

INSTRUCCIONES PARA LLENAR UN FORMULARIO DE REEMBOLSO POR ACCIDENTE

- La Parte 1 del formulario de reembolso debe ser completada y firmada por un funcionario de la Escuela para las notificaciones que se presentan en virtud de la cobertura exclusiva en la escuela. La Parte 2 del formulario de reembolso debe ser completada y firmada por uno de los padres o el tutor (o el denunciante, si se trata de un adulto). Si el reembolso es presentado bajo la *cobertura de 24 horas*, el padre debe llenar y firmar el formulario de reembolso (a excepción de la sección de firma del funcionario de la escuela). Además, es necesario firmar la *Autorización HIPAA Para Permitir el Uso y la Divulgación de la Información de Salud*.
- Su plan Médico para Accidentes en la Escuela requiere que obtenga el tratamiento dentro de un plazo específico. Por favor, consulte el "Periodo de Tratamiento Inicial" en la Tabla de Beneficios en su Póliza o Certificado de Seguro.
- LA PRUEBA DEL SINIESTRO (FORMULARIO DE DENUNCIA LLENO Y FACTURAS DETALLADAS) DEBE SER PRESENTADA **DENTRO DE LOS 90 DÍAS DEL ACCIDENTE**. LAS FACTURAS ADICIONALES RELACIONADAS CON EL ACCIDENTE DEBEN SER PRESENTADAS **DENTRO DE LOS 90 DÍAS DEL TRATAMIENTO**.
- Por favor, adjunte las facturas detalladas al formulario de denuncia. Una factura de saldo adeudado no es suficiente. Una factura detallada es una declaración que indica:
 - 1.) La fecha(s) de tratamiento,
 - 2.) El/los tipo(s) de servicio,
 - 3.) El diagnóstico,
 - 4.) El nombre y la dirección del proveedor de servicios médicos,
 - 5.) Y el cargo individual para cada gasto.
- Si tiene otra cobertura de seguro (primaria); por favor, envíenos una copia de la declaración de su pago o denegación de seguro ("Explicación de Beneficios").
- Entregue el formulario completo, las facturas detalladas y otra declaración de pago o denegación (en su caso del seguro ("Explicación de Beneficios") a:
GUARANTEE TRUST LIFE INSURANCE COMPANY, P.O. Box 1144, Glenview, Illinois 60025
- Por favor, identifique las facturas que usted ha pagado. Si prefiere que el pago se envíe directamente al proveedor médico, por favor, indíquelo en las facturas.
- Solo requerimos el envío de un formulario de reembolso lleno por accidente. Las facturas adicionales afines o el tratamiento de seguimiento a ser enviados a nuestras oficinas deben indicar su nombre, nombre de la escuela y/o el número de la póliza y la fecha del accidente.
- Le sugerimos sacar fotocopias de toda la correspondencia enviada a nuestra oficina para que conserve sus propios registros.

IMPORTANTE:

Por favor, tenga en cuenta que su reembolso podrá sufrir retrasos en el procesamiento como resultado de la ausencia en el suministro de algunos de los siguientes documentos: formularios de solicitud completos, facturas detalladas de su proveedor médico y una copia de otra declaración de su pago o seguro o denegación ("Explicación de Beneficios").

Si tiene alguna pregunta, por favor, comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al (800) 338-7452.



NOMBRE DE LA ESCUELA _____ DIRECCIÓN _____ No. de Póliza _____

¡IMPORTANTE! ESTA INFORMACIÓN DEBE SER DADA O RECLAMO SERÁ DEVUELTO

SPECIAL RISK ACCIDENT CLAIM FORM

ASIGNACION DE BENEFICIOS:

Médico: Hospital: Otro: Dirección: Dirección: Dirección: Ciudad Estado Código Postal Ciudad Estado Código Postal Ciudad Estado Código Postal Por la presente autorizo Guarantee Trust Life Insurance Co. para pagar las facturas en relación con este accidente directamente al médico, hospital u otro beneficiario indicado anteriormente. FECHA : FIRMA DEL PADRE O TUTOR Reclamante - Si es un ADULTO

OFICIAL DE LA ESCUELA PARA COMPLETAR: POR FAVOR ESCRIBA (PADRE DEBE COMPLETAR SI UNA RECLAMACIÓN de 24 HR COBERTURA ESTA COMPROMETIDA.)

1. El nombre completo del reclamante Nombre alternativo Fecha de nacimiento grado 2. Dirección del reclamante: la calle o RFD Ciudad Estado Código Postal 3. Fecha del Accidente 20 Hora AM PM 4. Descripción del Accidente: (A) ¿Cómo y dónde ocurrió? (Si necesita más espacio, adjunte una hoja aparte) (B) Naturaleza de la lesión 5. Descripción de la actividad (¿Qué estaba haciendo el demandante en el momento de la lesión?) Si Atletismo, nombre del deporte Intramural Interescolar Otro 6. (A) En la fecha del accidente a qué hora empezó la escuela para este estudiante? AM PM (B) ¿A qué hora fue despedido de la escuela? AM PM 7. ¿Se ha presentado un reclamo anterior de este accidente? Sí No 8. (A) Nombre de la Autoridad Escolar supervisando actividad (B) ¿Fue Supervisor un testigo? Sí No (C) Si no, cuando se informó del accidente a la autoridad escolar? TIPO DE ESCUELA EL RECLAIMANTE ASISTE: Primaria Jr. High Alto Otros Certifico que la información anterior es correcta, a la mejor de mi conocimiento y creencia.

Fecha de este informe Firma del Oficial Título

PADRES PARA COMPLETAR (o reclamante, si es un adulto) PARA QUE RECLAMO SEA PROCESADO.

9. El paciente/reclamante es elegible o esta cubierto por Medicare? Sí No

10. El paciente/reclamante esta cubierto por Medicaid? Sí No

11. ¿Tiene otro seguro, que cubre esta condición, ambos grupos, individual, de automóviles de responsabilidad médica o? Sí No

En caso afirmativo, dé el nombre de la empresa y número de teléfono _____

Póliza # _____

12. Nombre de los padres: Padre _____ Madre _____

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Certifico que la información anterior es correcta, a mejor de mi conocimiento y creencia.

FIRMA: _____ **FECHA** _____ **DIRECCIÓN** _____

California - Para su protección, la ley de California exige que aparezca lo siguiente en este formulario: Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y confinamiento en una prisión estatal.

AUTORIZACIÓN HIPAA

Para Permitir el Uso y Divulgación de Información Sanitaria

Esta Autorización fue elaborada a efectos de obtener información para procesar una solicitud de prestación.

Póliza/Certificado # _____

Yo, el abajo firmante, autorizo a cualquier médico licenciado, profesional médico, hospital, clínica u otra instalación médica, farmacias, encargados de farmacia, agencia gubernamental, empresa de seguros, organización de seguros, agencia de informes de solvencia, grupo propietario de la póliza, empleador o administrador del plan de prestaciones a proporcionar a Guarantee Trust Life Insurance Company (GTL) o a algún agente, abogado o administrador independiente que actúe en su representación, cualquier información médica y sanitaria relacionada con directrices, asistencia o tratamientos proporcionados al paciente abajo nombrado. Esta información médica o sanitaria incluye información sobre el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales, consumo de alcohol y drogas. También incluye información sobre el diagnóstico, tratamiento y resultados de test de VIH, SIDA y enfermedades de transmisión sexual, salvo en los casos en que la legislación estatal lo restrinja. Esta Autorización excluye notas de psicoterapia. Esta Autorización también incluye información proporcionada a nuestro departamento sanitario para suscripciones y reclamaciones e información proporcionada a cualquier empresa de seguros afiliada en solicitudes anteriores. Entiendo que yo o mi representante autorizado tendremos derecho a recibir una copia de la Autorización si la solicitamos.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a GTL, a la atención del Encargado del Departamento de Reclamaciones, a la dirección arriba indicada. Entiendo que la revocación no será efectiva en la medida en que GTL haya usado o divulgado la información sanitaria protegida o si mi Autorización fue obtenida como condición para determinar mi elegibilidad para recibir prestaciones.

Entiendo que GTL podrá condicionar el pago de una reclamación a mi firma de esta Autorización si la revelación de información fuera necesaria para determinar el nivel o validez del pago reclamado. En caso de no firmar esta Autorización o de ser revocada, GTL podría verse impedida de procesar su solicitud o evaluar reclamos presentados, y ello podrá ser motivo para denegar una solicitud o reclamo de prestaciones; sin embargo, su capacidad de recibir atención sanitaria y servicios no se verá alterada en caso de no firmar esta Autorización.

Una vez la información sea revelada a GTL en cumplimiento de esta Autorización, la información seguirá protegida por GTL de acuerdo con las leyes federales o estatales de privacidad. Sin embargo, también entiendo que si alguna persona o entidad que reciba esta información no se encontrara protegida por regulaciones federales de privacidad, la información podrá ser divulgada a su vez por dicha persona o entidad, y dejará de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Esta autorización conservará su fuerza y efecto hasta pasados dos (2) años desde la fecha de su firma, momento en el que vencerá esta autorización.

Si esta Autorización es firmada por un representante autorizado, la autoridad de dicho individuo para actuar en mi representación queda descrita abajo

(En Letras de Imprenta) Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente

Fecha

(En Letras de Imprenta) Nombre del Representante Autorizado o Familiar

Relación del Representante Autorizado o Familiar con el Paciente

Firma del Representante Autorizado o Familiar

Fecha