



ZURICH AMERICAN INSURANCE COMPANY
K12 - COMPROBANTE DE RECLAMO – GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE
Reclamos por correo/correo electrónico/fax a:
K&K Insurance/Specialty Benefits
P. O. BOX 2338
Ft. Wayne, IN 46801
Fax: 312-381-9077 Número gratuito: 800-237-2917
Correo electrónico: kk.PAClaims@kandkinsurance.com

PARTE A

Número de la póliza:	Titular:
Nombre del afiliado	Relación con el afiliado:
Nombre del reclamante (si es diferente)	Fecha de nacimiento
Dirección postal	N.º de Seguridad Social
Nombre y dirección del médico/dentista tratante	

Parte B	Fecha del accidente	Lugar del accidente/nombre del centro	
	Diagnóstico	Tipo de deporte (si procede)	
	Describa el accidente		
	¿Qué parte del cuerpo resultó herida?	¿De qué lado? (si procede)	D I
	En el momento del accidente, ¿se encontraba la persona lesionada participando en una actividad patrocinada y supervisada por el titular del seguro? Sí No		
	Nombre del supervisor	¿Fue él/ella testigo del accidente?	Sí No
	Nombre de verificación del titular		Título

Parte B

Nombre del afiliado	N.º de Seguro Social	Parentesco: Padre ☐ Madre ☐ Tutor ☐ Otro ☐		
Dirección (número)	Calle (lote o dpto. n.º)	Ciudad	Estado	Código postal
Código de área - Número de teléfono particular		Código de área - Teléfono y extensión del trabajo		
Ocupación del padre o tutor masculino	Lugar de trabajo	Empleador: Código de área - Número de teléfono		
Ocupación de la madre o la tutora	Lugar de trabajo	Empleador: Código de área - Número de teléfono		
¿Tiene algún otro plan de seguro médico y/o de accidentes (aparte de este plan)? Demandante: Sí ☐ No ☐ Padre: Sí ☐ No ☐ Madre: Sí ☐ No ☐ Tutor: Sí ☐ No ☐				
¿La persona lesionada está cubierta por otro plan de seguro de salud y/o accidentes?				
Nombre de otra compañía de seguros de salud y/o accidentes		Dirección		Número de la póliza

*** ADJUNTE FACTURAS DETALLADAS PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO RECIBIDO Y LOS RESÚMENES DE BENEFICIOS DE SU(S) ASEGURADORA(S) DE SALUD PRIMARIA(S) (Resumen de beneficios)**

(EL RECLAMANTE DEBE COMPLETAR LA AUTORIZACIÓN, O EL PADRE/LA MADRE O EL TUTOR SI EL RECLAMANTE ES MENOR DE EDAD)

AUTORIZO a cualquier médico, profesional de la salud, hospital, clínica u otra institución médica o relacionada con la medicina, compañía de seguros o reaseguradora, o empleador, que tenga información disponible sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico con respecto a cualquier condición física o mental y/o tratamiento del reclamante y cualquier otra información no médica del reclamante, a que suministre a ZURICH AMERICAN INSURANCE COMPANY o a su representante legal, toda y cualquier información de dicha naturaleza. ENTIENDO que ZURICH AMERICAN INSURANCE COMPANY utilizará la información obtenida a través de esta Autorización para evaluar la elegibilidad para el seguro y la elegibilidad para los beneficios bajo cualquier póliza vigente. ZURICH AMERICAN INSURANCE COMPANY no divulgará la información obtenida a ninguna persona u organización EXCEPTO a las compañías reaseguradoras u otras personas u organizaciones que presten servicios comerciales o legales en relación con mi solicitud, reclamo o si se requiere por ley o si así lo autorizo más adelante. SÉ que puedo solicitar una copia de esta Autorización. ACEPTO que una copia fotográfica o fotostática de esta Autorización tendrá la misma validez que el original. ACEPTO que esta autorización será válida durante la vigencia del reclamo.

Firma del afiliado, o del padre, la madre o el tutor si el Demandante es menor de edad

Fecha

DECLARACIÓN DE FRAUDE

ALASKA: "Una persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesada en virtud de las leyes estatales".

ARIZONA: "Para su protección, las leyes de Arizona exigen que se incluya la siguiente declaración en este formulario. Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro quedará sujeta a sanciones penales y civiles".

ARKANSAS: "Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro o beneficio, o a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguros, comete un delito y podrá quedar sujeta a multas y encarcelamiento en prisión".

CALIFORNIA: "Para su protección, las leyes de California exigen que se incluya lo siguiente en este formulario: Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro es culpable de un delito y podrá quedar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal".

COLORADO: "Es ilegal proporcionar a sabiendas información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el fin de defraudar o intentar defraudar a una compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, negación de seguro e indemnización por daños y perjuicios de responsabilidad civil. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que a sabiendas proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos a un titular o reclamante con el fin de defraudar o intentar defraudar al titular o reclamante con respecto a una liquidación o fallo a pagar con cargo al producto del seguro será denunciado ante la división de seguros de Colorado, dentro del departamento de agencias reguladoras".

DELAWARE: "Toda persona que, con pleno conocimiento y con la finalidad de causar daño, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o inductora a error, será responsable de un delito grave".

WASHINGTON D.C.: "ADVERTENCIA: Constituye delito proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el fin de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento o multas. Además, una aseguradora podrá denegar beneficios de seguro si el solicitante proporcionó información falsa estrechamente relacionada con un reclamo".

FLORIDA: "Toda persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora presente un escrito de pretensiones con información falsa, incompleta o engañosa comete un delito grave de tercer grado".

IDAHO: "Toda persona que, actuando a sabiendas y con la finalidad de defraudar o inducir a error a cualquier compañía de seguros, presente una declaración con información falsa, incompleta o engañosa, será responsable de un delito grave".

INDIANA: "Una persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una aseguradora, presente una declaración de reclamo que contenga cualquier información falsa, incompleta o engañosa comete un delito grave".

KENTUCKY: "Toda persona que, con pleno conocimiento y con la finalidad de engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa o que oculte, con la intención de inducir a error, información relevante a cualquier hecho material con ella relacionado, se considerará responsable de un acto fraudulento en materia de seguros, el cual es constitutivo de delito".

LOUISIANA: "Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro o beneficio, o a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguros, comete un delito y podrá quedar sujeta a multas y encarcelamiento en prisión".

MAINE: "Constituye un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o negación de beneficios del seguro".

MINNESOTA: "Una persona que presente un reclamo con la intención de defraudar o ayudar a cometer un fraude contra una aseguradora es culpable de un delito"

NEW HAMPSHIRE: "Toda persona que, con el propósito de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una notificación de siniestro, que contenga información falsa, incompleta o engañosa, está sujeta a enjuiciamiento y castigo por fraude contra el seguro, según lo dispuesto en la ley RSA 638:20"

NEW JERSEY: "Toda persona que a sabiendas presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa estará sujeta a sanciones penales y civiles." Una redacción sustancialmente similar debe ser aprobada por el DOI (Departamento del Interior de los EE. UU.).

NEW MEXICO: "Toda persona que, actuando con conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento con el fin de obtener el pago de una pérdida o beneficio o que, con igual conciencia, presente información falsa en una solicitud de seguro, se considerará culpable de un delito y podrá ser sancionada con multas civiles y penas penales."

NEW YORK: "Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una notificación de reclamo que contenga información esencialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información relacionada con cualquier hecho importante relacionado a ella, incurrirá en un acto fraudulento en contra del seguro. Será culpable de un delito, y también estará sujeta a una sanción civil que no superará los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada uno de los ilícitos"

OHIO: "Cualquier persona que, con la intención de defraudar a una aseguradora o a sabiendas de que está facilitando un fraude en su contra, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa, es culpable de fraude en seguros"

OKLAHOMA: "ADVERTENCIA: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una aseguradora, presente una notificación de siniestro reclamando el producto de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave"

OREGON: "Entiendo que quien, actuando con pleno conocimiento y con la finalidad de engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una declaración de reclamo con información materialmente falsa o que oculte, con la intención de inducir a error, información relevante a cualquier hecho material con ella relacionado, se considerará responsable de un acto fraudulento en materia de seguros, el cual es constitutivo de delito y dicha persona podrá ser declarada culpable de fraude en seguros"

PENNSYLVANIA: "Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una aseguradora presente una solicitud de seguro o notificación de reclamo que contenga información esencialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información relacionada con cualquier hecho importante relacionado incurrirá en un acto fraudulento en contra del seguro, constitutivo de delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles"

TENNESSEE: "Constituye un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y negación de beneficios del seguro"

TEXAS: "Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro es culpable de un delito y podrá quedar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal"

VIRGINIA: "Constituye un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y negación de beneficios del seguro"

WASHINGTON: "Constituye un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y negación de beneficios del seguro"

WEST VIRGINIA: "Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro o beneficio, o a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguros, comete un delito y podrá quedar sujeta a multas y encarcelamiento en prisión"



OTHER INSURANCE QUESTIONNAIRE

NAME OF CLAIMANT: _____ INTERNATIONAL STUDENT ☐ Yes ☐ No
EMANCIPATED STUDENT: ☐ Yes ☐ No OVER AGE 26 AND NO LONGER DEPENDENT ON PARENT: ☐ Yes ☐ No
NAME OF INSURED: _____ POLICY NO: _____

FATHER

IS FATHER DECEASED? ☐ Yes ☐ No
IS FATHER LEGALLY RESPONSIBLE? ☐ Yes ☐ No
FATHER'S NAME (if injured is a minor) _____
DATE OF BIRTH: _____
EMPLOYED? ☐ Yes ☐ No SELF-EMPLOYED? ☐ Yes ☐ No
DISABLED ON MEDICAID OR OTHER PUBLIC ASSISTANCE? ☐ Yes ☐ No
EMPLOYER NAME: _____
EMPLOYER ADDRESS: _____
CITY: _____ STATE: _____ ZIP: _____
PHONE: (_____) _____
CONTACT PERSON: _____

Do you have group medical insurance coverage through your employment?
☐ Yes ☐ No
If Yes, is it: ☐ Individual ☐ Family
If No, please be advised K&K may contact your employer to verify no primary insurance is in force.

INSURANCE COMPANY: _____
INSURANCE COMPANY ADDRESS: _____
CITY: _____ STATE: _____ ZIP: _____
POLICY NUMBER: _____

TYPE OF PLAN: ☐ HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATION (HMO)
☐ PREFERRED PROVIDER ORGANIZATION (PPO)
☐ STANDARD MEDICAL AND HOSPITALIZATION COVERAGE
☐ OTHER (describe) _____

MOTHER

IS MOTHER DECEASED? ☐ Yes ☐ No
IS MOTHER LEGALLY RESPONSIBLE? ☐ Yes ☐ No
MOTHER'S NAME (if injured is a minor) _____
DATE OF BIRTH: _____
EMPLOYED? ☐ Yes ☐ No SELF-EMPLOYED? ☐ Yes ☐ No
DISABLED ON MEDICAID OR OTHER PUBLIC ASSISTANCE? ☐ Yes ☐ No
EMPLOYER NAME: _____
EMPLOYER ADDRESS: _____
CITY: _____ STATE: _____ ZIP: _____
PHONE: (_____) _____
CONTACT PERSON: _____

Do you have group medical insurance coverage through your employment?
☐ Yes ☐ No
If Yes, is it: ☐ Individual ☐ Family
If No, please be advised K&K may contact your employer to verify no primary insurance is in force.

INSURANCE COMPANY: _____
INSURANCE COMPANY ADDRESS: _____
CITY: _____ STATE: _____ ZIP: _____
POLICY NUMBER: _____

TYPE OF PLAN: ☐ HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATION (HMO)
☐ PREFERRED PROVIDER ORGANIZATION (PPO)
☐ STANDARD MEDICAL AND HOSPITALIZATION COVERAGE
☐ OTHER (describe) _____

I/WE AGREE THAT ALL INFORMATION PROVIDED IN THIS DOCUMENT IS ACCURATE AND COMPLETE TO THE BEST OF MY/OUR KNOWLEDGE. I/WE UNDERSTAND THAT ANY INCORRECT OR UNDISCLOSED INFORMATION CAN RESULT IN DUPLICATE PAYMENTS CREATING A SUBSTANTIAL OVERPAYMENT. THE RESPONSIBILITY OF SUCH OVERPAYMENT WILL BE THE OBLIGATION OF THE UNDERSIGNED TO REIMBURSE IN FULL, UPON REQUEST, ALL AMOUNTS DEEMED REFUNDABLE. I UNDERSTAND THAT IT IS A CRIME TO INTENTIONALLY ATTEMPT TO DEFRAUD OR KNOWINGLY FACILITATE A FRAUD AGAINST AN INSURER BY FILING INFORMATION CONTAINING FALSE OR DECEPTIVE STATEMENTS. ANY QUESTIONS ON THIS FORM NOT ANSWERED TRUTHFULLY CAN RESULT IN A CRIME.

PARENT/GUARDIAN/FATHER SIGNATURE: _____ PARENT/GUARDIAN/MOTHER SIGNATURE: _____
DATE: _____ DATE: _____

I WAIVE ANY PROVISION OF LAW TO THE CONTRARY AND HEREBY AUTHORIZE K&K OR ITS REPRESENTATIVES TO FURNISH TO ANY HOSPITAL, PHYSICIAN OR OTHER PERSON WHO HAS ATTENDED ME, AND MY INSURANCE CARRIER, ANY AND ALL INFORMATION WITH RESPECT TO THE ACCIDENTAL INJURY FOR WHICH I AM CLAIMING INSURANCE BENEFITS.

I WAIVE ANY PROVISION OF LAW TO THE CONTRARY AND HEREBY AUTHORIZE ANY HOSPITAL, PHYSICIAN OR OTHER PERSON WHO HAS ATTENDED ME, AND MY INSURANCE CARRIER OR EMPLOYER, TO FURNISH TO K&K OR ITS REPRESENTATIVES ANY AND ALL INFORMATION WITH RESPECT TO ANY SICKNESS OR INJURY, MEDICAL HISTORY, CONSULTATION, PRESCRIPTIONS, OR TREATMENT, AND COPIES OF ALL HOSPITAL, MEDICAL, OR INSURANCE RECORDS INCLUDING, BUT NOT LIMITED TO, INFORMATION REGARDING OTHER INSURANCE COVERAGES. I AGREE THAT A PHOTOCOPY OF THIS AUTHORIZATION SHALL BE CONSIDERED AS EFFECTIVE AS THE ORIGINAL.

I UNDERSTAND THIS AUTHORIZATION IS NECESSARY TO FACILITATE THE OBTAINING AND PROVIDING OF INFORMATION NEEDED TO QUICKLY PROCESS MY CLAIM.

SIGNED: _____ DATE: _____

Please Note: If injured person is a minor, signature must be of parent or legal guardian.