DEPARTAMENTO DE RECLAMACIONES
1712 Magnavox Way, P.O. Box 2338 | Fort Wayne, IN 46801-2338
Tel.:800-237-2917 | Fax: 312-381-9077 California License #0334819
Correo electrónico: kk.PAClaims@kandkinsurance.com
www.kandkinsurance.com

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE ACCIDENTE DE UN ESTUDIANTE O ATLETA

Cobertura en Exceso
CUENTAS DE JARDÍN DE INFANTES HASTA 12° GRADO (K-12)

INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN

NOTA: El Formulario de Reclamaciones debe completarse en su totalidad y firmarse. Presente su reclamación sin demora. El hecho de no hacerlo podría tener como resultado la denegación de la cobertura.

Procedimientos básicos para presentar la Declaración de Reclamación

1. Un directivo de la institución educativa completará su parte y luego entregará el formulario de reclamación al estudiante o al (a los) padre(s)/tutor(es) del estudiante o atleta para que lo complete(n).
2. El (los) padre(s)/tutor(es) del estudiante o atleta completará(n) la parte correspondiente del formulario. Adjunte cualquier factura médica relacionada y la explicación de beneficios del seguro principal y envíelo a K&K Insurance Group, Inc.

Al Estudiante o Atleta/Padre o Madre/Tutor

Si está adjuntando facturas médicas relacionadas, estas facturas deben incluir el nombre, la afección (diagnóstico), tipo de tratamiento proporcionado al paciente, fecha en que se incurrió en el gasto y los cargos efectuados. Para los cargos del hospital, sería un UB04 y para los cargos del médico/adicionales, sería un CMS1500. Los proveedores médicos también pueden facturar a K&K Insurance Group, Inc. directamente a la dirección indicada arriba.

SECCIÓN I – DEBE SER COMPLETADA POR EL (LOS) PADRE(S)/TUTOR(ES) DEL RECLAMANTE

1. Nombre del alumno Apellido:_____ Nombre:_____ Inicial del segundo nombre:_____
2. Fecha de nacimiento:_____ Número de Seguro Social:_____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino
3. Grado al que asiste el estudiante en la institución educativa:_____ Email:_____
4. Dirección particular:_____
   Ciudad:_____ Estado:_____ Código postal:_____
   Teléfono particular del (de los) padre(s)/tutor(es):_____
5. Fecha del accidente:_____ Hora del accidente:_____ ☐ a.m ☐ p.m
   Naturaleza de la lesión:_____ Describa exactamente cómo ocurrió el accidente:_____
   _____
6. Naturaleza de la actividad y ubicación en que se sufrió la lesión (marcar todas las casillas que correspondan):

   ☐ Jardín de infantes ☐ Escuela primaria ☐ Escuela secundaria
   ☐ Preparatoria ☐ Cafetería ☐ Actividades en el aula
   ☐ Deportes entre distintas escuelas ☐ Deportes dentro de la institución, *nombre del deporte, si corresponde:*_____
   ☐ Club de deportes ☐ Clase de educación física ☐ Otra actividad (especificar)_____
   ☐ Durante la práctica ☐ Durante el juego ☐ Durante el viaje hacia o desde el evento

   Naturaleza de su participación:
   ☐ Estudiante ☐ Voluntario ☐ Estudiante/Jefe
   ☐ Participante atleta ☐ Animador ☐ Miembro de la banda
   ☐ Otra actividad (especificar)_____
7. ¿Estudiante transferido? ☐ Sí ☐ No
   En caso afirmativo, identifique el nombre de la institución educativa anterior:_____
8. Nombre, dirección y número de teléfono del médico que primero le administró tratamiento:_____
   _____

9. ¿Ha tenido una lesión similar en el pasado? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es afirmativa, descríbala y proporcione fechas:_____

10. Nombre, dirección y número de teléfono del médico que le administró tratamiento para la lesión previa:_____

_____

11. ¿Está cubierto por otro plan de beneficios para gastos médicos? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es afirmativa, proporcione los nombres del (de los) plan(es) y de la(s) persona(s) a través de las cuales está asegurado y su relación con usted:_____

SI NO TIENE OTRO SEGURO SOBRE SU HIJO, PERO USTED Y/O SU CÓNYUGE ES O SON EMPLEADOS DE TIEMPO COMPLETO, PROPORCIONE UNA DECLARACIÓN DEL (DE LOS) EMPLEADOR(ES) DONDE SE INDIQUE QUE SU HIJO NO ESTÁ CUBIERTO POR NINGÚN SEGURO QUE OFREZCA(N).

TODOS LOS BENEFICIOS SE HARÁN PAGADEROS A LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS INVOLUCRADOS, A MENOS QUE SE ACOMPAÑE CON RECIBOS PAGADOS.

ESTA ES UNA COBERTURA MÉDICA EN *EXCESO*.

Por la presente, autorizo a cualquier médico, hospital o cualquier otro establecimiento médicamente relacionado, compañía de seguros, u otra organización, institución o persona que tenga cualquier registro en lo que respecta a conocimiento sobre mi persona, y/o el reclamante arriba mencionado, a revelar la totalidad de dicha información en cualquier momento en que así lo solicite K&K Insurance/Specialty Benefits o su representante. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan vigente y válida como el original.

Toda persona que a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros u otra persona presente formularios de reclamación de seguro que contengan información sustancialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información relacionada con cualquier dato sustancial al respecto, estará cometiendo un acto de seguro fraudulento, lo cual constituirá un delito.

Fecha_____ Firma del padre/tutor_____

UNA DEMORA INNECESARIA EN EL PROCESAMIENTO DE ESTA RECLAMACIÓN.

1. Nombre del estudiante: Apellido_____ Nombre_____ Inicial del segundo nombre_____
2. Fecha del accidente_____
3. Actividad_____
4. Naturaleza de la lesión_____
5. Nombre del SISTEMA ESCOLAR o DISTRITO ESCOLAR participante_____
6. Nombre de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA participante_____
7. Por la presente certifico que mis declaraciones que anteceden en este formulario son verdaderas a mi leal saber y entender. Estoy al tanto de que si alguna de mis declaraciones anteriores en este formulario es intencionalmente falsa, puedo quedar sujeto a sanciones, que pueden incluir un procesamiento penal.

   FIRMA DEL DIRECTIVO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA:_____

   NOMBRE/CARGO EN LETRA DE IMPRENTA:_____

   TELÉFONO:_____ FAX:_____

   CORREO ELECTRÓNICO:_____ FECHA:_____

   Toda persona que a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros u otra persona presente formularios de reclamación de seguro que contengan información sustancialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información relacionada con cualquier dato sustancial al respecto, estará cometiendo un acto de seguro fraudulento, lo cual constituirá un delito.

   Fecha_____ Firma del Titular de la póliza (Directivo de la institución educativa)_____

AVISO IMPORTANTE

▪ **En general, y de manera específica para los residentes de Arkansas, Illinois, Louisiana, Rhode Island y Virginia Occidental:** Toda persona que intencionadamente presente un reclamo falso o fraudulento exigiendo el pago de un perjuicio o beneficio o que intencionadamente presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y encarcelamiento en prisión.

▪ **Para residentes de Alabama:** Toda persona que intencionadamente presente un reclamo falso o fraudulento exigiendo el pago de un perjuicio o beneficio o que intencionadamente presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y podrá estar sujeta a indemnizaciones, multas y encarcelamiento en prisión, o a cualquier combinación de las penalidades anteriores.

▪ **Para residentes de Colorado:** Es ilegal proporcionar intencionadamente información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el fin de defraudar o intentar defraudar a la 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 intencionadamente proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos a un tomador o reclamante con el fin de defraudar o intentar defraudar al tomador 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.

▪ **Para los residentes del Distrito de Columbia: 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 siniestro.

▪ **Para residentes de Florida:** Toda persona que intencionadamente, y buscando perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una notificación de siniestro o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave de tercer grado.

▪ **Para residentes de Kentucky:** Toda persona que intencionadamente, y buscando defraudar a cualquier compañía de seguros, presente una solicitud de seguro 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.

▪ **Para residentes de Maine, Tennessee y Washington:** Constituye delito proporcionar intencionadamente 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.

▪ **Para residentes de Oregón:** Toda persona que intencionada y dolosamente presente un reclamo falso o fraudulento exigiendo el pago de un perjuicio o beneficio, o que intencionada o dolosamente presente información falsa en una solicitud de seguro podrá ser culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y encarcelamiento en prisión.

▪ **Para los residentes de Maryland:** Toda persona que intencionada o dolosamente presente un reclamo falso o fraudulento exigiendo el pago de un perjuicio o beneficio, o que intencionada o dolosamente presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y encarcelamiento en prisión.

▪ **Para residentes de New Jersey:** Toda persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud de una póliza de seguro estará sujeta a sanciones penales y civiles.

▪ **Para residentes de Nuevo México:** TODA PERSONA QUE INTENCIONADAMENTE PRESENTE UN RECLAMO FALSO O FRAUDULENTO EXIGIENDO EL PAGO DE UN PERJUICIO O BENEFICIO, O QUE INTENCIONADAMENTE PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO SERÁ CULPABLE DE UN DELITO Y PODRÁ ESTAR SUJETA A MULTAS CIVILES Y SANCIONES PENALES

▪ **Para los residentes de Nueva York:** Toda persona que intencionadamente, y buscando defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una notificación de siniestro 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 también estará sujeta a una sanción civil que no superará los cinco mil dólares y el valor declarado del siniestro por cada uno de los ilícitos.

▪ **Para residentes de Ohio:** Toda persona que, buscando defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una notificación de siniestro que contenga una declaración falsa o engañosa será culpable de fraude contra el seguro.

▪ **Para residentes de Oklahoma:** ADVERTENCIA: Toda persona que intencionadamente, y buscando perjudicar, defraudar o engañar a cualquier 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.

▪ **Para residentes de Pennsylvania:** Toda persona que intencionadamente, y buscando defraudar a cualquier compañía de seguros, presente una solicitud de seguro o notificación de siniestro 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.

▪ **Para residentes de Texas:** Toda persona que intencionadamente presente un reclamo falso o fraudulento exigiendo el pago de un perjuicio será culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

▪ **Para residentes de Virginia:** Toda persona que, buscando defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una declaración falsa o engañosa podrá haber incurrido en una violación de la ley del estado.

[AXIS-FRAUD 0220]

Estimado participante: Si tiene una cita con un médico por una lesión deportiva, muestre este documento en la secretaría de seguros del médico. Debe ser identificado como miembro de las siguientes redes de proveedores preferidos y/o sus filiales.

Estimado médico o proveedor: Este documento indica que este paciente participa en las siguientes redes de proveedores preferidos y/o sus filiales:

The First Health Network

HYGEIA

PHCS

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE SEGURO DE ACCIDENTES PARA LA PERSONA LESIONADA/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

A la persona lesionada/padre/madre/tutor legal:

Complete la parte II de este formulario de reclamación. Adjunte facturas actuales detalladas de médicos, hospitales u otros proveedores por gastos médicos relacionados con accidentes, así como la explicación del beneficio de la aseguradora principal que indique su pago y denegación. En las facturas debe figurar el nombre del paciente, el estado (diagnóstico), el tipo de tratamiento administrado, la fecha en que se incurrió en el gasto y los cargos realizados. Envíe este formulario a K&K Insurance Group, Inc. Tenga en cuenta lo siguiente: los formularios de reclamación se devolverán si no están totalmente cumplimentados y firmados. La omisión de información vital ocasionará un retraso en la tramitación de la reclamación.