Print Claim Form | Clear Claim Form

PHILADELPHIA INSURANCE COMPANIES
A Member of the Tokio Marine Group

FORMULARIO DE RECLAMO POR ACCIDENTE

ENVIAR A:
NAHGA Claim Services
P.O. Box 189
Bridgton, ME 04009
Correo electrónico: customerservice@nahgaclaims.com
Presentar reclamaciones electrónicamente: Pagador 67788 Preguntas: Contactar al 800.952.4320 Fax: 207.647.4569

INSTRUCCIONES *(COMPLETAR LA SECCIÓN DE FIRMA AL FINAL DE CADA UNA DE LAS DOS PÁGINAS)*

- Completar todos los campos. (**Las páginas uno y dos deben estar firmadas y fechadas.**)
- Parte I – Debe ser completada por el Titular de la Póliza.
- Parte II – Debe ser completada por el Reclamante o el Padre, la Madre o el Tutor Legal, si el Reclamante es menor de edad.
- Enviar copias de facturas detalladas que muestren el nombre, la dirección y el número de identificación para impuestos (Tax ID Number) del proveedor, así como el diagnóstico y los códigos de procedimientos.
- Adjunte descripción de los beneficios, las facturas adicionales con historial de pagos o la denegatoria de la compañía de seguros primaria. Este requisito no se aplica si la póliza de accidentes brinda cobertura primaria.
- Todos los beneficios serán pagaderos a los médicos y proveedores, a menos que estén acompañados de recibos pagados.

**Para instrucciones adicionales sobre cómo presentar un reclamo, enviar un correo electrónico a AH@phly.com

PARTE I – INFORME DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (Se requiere firma al final de esta sección)

1. Número de póliza:_____
2. Nombre del Titular de la Póliza:_____
3. Dirección del Titular de la Póliza:_____
4. Ciudad:_____ Estado: _____ Codigo Postal:_____
5. Contacto del Titular de la Póliza:_____ Correo electrónico: _____
   Teléfono:_____ Fax:_____
6. Apellido del Reclamante:_____ Primer nombre del Reclamante:_____
7. Número de Seguro Social:_____ Fecha de Nacimiento:_____
8. Si está cubierto por Medicare, la información de género (masculino/femenino) es requerida por el gobierno federal para propósitos de informes.
   Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Prefiero no contester
9. Grado (si corresponde):____ Marque uno (si corresponde) ☐ Escuela diurna ☐ Internado
10. Naturaleza de la lesión: **(Describa e indique en detalle en qué parte del cuerpo fue la lesión — p. ej.: brazo roto, torcedura en el tobillo). Debe ser una lesión corporal causada por un accidente.**

    _____
11. Describa cómo sucedió el accidente. Incluya todos los detalles.
    Use una hoja adicional si es necesario. (Incluya el nombre del deporte/de la actividad)

    _____
12. ¿Cómo ocurrió el accidente?
    a. Durante una actividad supervisada/autorizada por el Titular de la Póliza. ☐ Sï ☐ No
    b. Durante una actividad patrocinada por el Titular de la Póliza. ☐ Sí ☐ No
    c. Durante las horas programadas del Titular de la Póliza. ☐ Sí ☐ No
    d. Durante el trayecto desde o hacia una actividad patrocinada y supervisada por el Titular de la Póliza. ☐ Sí ☐ No
    e. Fuera de las instalaciones del Titular de la Póliza, en casa, durante un fin de semana, un día feriado o vacaciones de verano. ☐ Sí ☐ No
13. Fecha del accidente:_____ Hora del accidente: _____ ☐ a.m. ☐ p.m.
    Lugar del accidente: _____
14. Nombre y cargo de la persona que supervisaba la actividad:_____
    ¿Esta persona fue testigo del accidente? ☐ Sí ☐ No

Firma del Representante Autorizado del Titular de la Póliza **Cargo** **Fecha**

Print Claim Form | Clear Claim Form

PARTE II

(Debe ser completada por el Reclamante o por el Padre/la Madre/el Tutor Legal, si el Reclamante es menor de edad)

1. Nombre del Reclamante o el Padre/Tutor Legal:_____
   Número de Seguro Social:_____ Dirección de correo electrónico:_____
2. Nombre de la Madre o el Tutor Legal:_____
   Número de Seguro Social:_____ Dirección de correo electrónico:_____
3. Dirección postal del reclamante o del padre / tutor del reclamante:_____
   Ciudad:_____ Estado:_____ Código postal:_____
   Número de teléfono:_____
4. Compañía de seguros del Padre o el Tutor Legal:_____
5. Compañía de seguros de la Madre o el Tutor Legal:_____
6. Nombre y dirección del Empleador del Reclamante o el Padre/Tutor Legal, si el Reclamante es menor de edad:_____
   Nombre del Empleador:_____
   Dirección postal del Empleador:_____
   Ciudad:_____ Estado:_____ Código postal:_____
7. Nombre y dirección del Empleador del Reclamante o la Madre/Tutor Legal, si el Reclamante es menor de edad:_____
   Nombre del Empleador:_____
   Dirección postal del Empleador:_____
   Ciudad:_____ Estado:_____ Código postal:_____
8. ¿El reclamante está inscrito, es un miembro o participa en alguno de los siguientes planes como individuo, empleado o dependiente? Si es así, presente una copia de la tarjeta de seguro (por ambos lados).
   a. Organización de proveedores preferida (PPO, en inglés) o plan de salud prepagado similar. ☐ Sí ☐ No
      Si la respuesta es sí, indique la PPO:_____
   b. Organización para el mantenimiento de la salud (HMO, en inglés) o plan de salud prepagado similar ☐ Sí ☐ No
      Si la respuesta es sí, indique la HMO:_____
   c. Medicare? ☐ Sí ☐ No
   d. Medicaid? ☐ Sí ☐ No
   e. Dental ☐ Si ☐ No

SE REQUIERE UNA FIRMA AL FINAL DE ESTA SECCIÓN

DECLARACIÓN JURADA

Verifico que la declaración sobre el otro seguro es verdadera y completa. Comprendo que el hecho de intencionalmente proveer información incorrecta mediante el Servicio Postal de los Estados Unidos puede constituir fraude e infringir leyes federales y estatales. Me comprometo a devolver a la Compañía el valor del cual la Compañía no hubiera sido responsable, si se determinara luego que otros beneficios de seguro pudieran ser cobrados bajo este reclamo.

AUTORIZACIÓN DE REVELAR INFORMACIÓN

Autorizo a todo/a Proveedor de Salud, Médico, Profesional Médico, Institución Médica, Compañía de Seguros, persona u Organización a revelar toda información con relación al historial, el tratamiento o los beneficios pagaderos referente a los servicios médicos, dentales, mentales, y de abuso de alcohol o drogas, incluyendo información sobre incapacidad o empleo, relativa al paciente, a Philadelphia Indemnity Insurance Company, sus empleados y agentes autorizados, para fines de validación y determinación de beneficios a pagar. Asimismo, autorizo a Philadelphia Indemnity Insurance Company Representante a entregar al Titular de la Póliza o a sus agentes toda la información relativa a mi reclamo de seguro con la finalidad de facilitar la adjudicación del reclamo. Estos datos pueden ser extraídos para fines de auditoria o estadísticos. Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento y que dicha revocación no es efectiva sobre la medida en la que ya se hubiera aplicado dicha autorización.

AUTORIZACIÓN DE PAGO (Se requiere firma al final de esta sección)

Autorizo que todos los beneficios médicos, presentes y futuros, por servicios prestados y facturados como resultado de este reclamo, se hagan pagaderos a los médicos y proveedores indicados en las facturas, a menos que recibos pagados sean adjuntados a este formulario.

NEW YORK DECLARACIÓN DE FRAUDE:
Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una compañía de seguro o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa o que oculte, con la finalidad de engañar, información relativa a cualquier hecho material de dicho documento comete un acto de fraude de seguros, lo que es un delito. Dicha persona estará sujeta a sanciones civiles que no deberán exceder cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada infracción de esta índole.

_____ _____
Firma del Reclamante (Padre, Madre o Tutor Legal, si el Reclamante es menor de edad) Fecha

Su firma arriba también reconoce que ha leído las siguientes declaraciones de fraude

Print Claim Form | Clear Claim Form

AVISOS SOBRE FRAUDE EN EL FORMULARIO DE RECLAMO (Se requiere firma al final de esta sección)

ALABAMA: Toda persona que presente a sabiendas un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro es culpable un delito y puede ser sancionada con restitución, multas, encarcelamiento o cualquier combinación de estas sanciones.

ARIZONA: Para su protección, las leyes de Arizona exigen que la siguiente declaración aparezca en este formulario: Cualquier persona que presente a sabiendas un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida está sujeta a sanciones civiles y penales.

ARKANSAS, RHODE ISLAND y WEST VIRGINIA: Toda persona que presente a sabiendas un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede ser sancionada con multas y encarcelamiento.

CALIFORNIA: Para su protección, la ley de California requiere que aparezca lo siguiente en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura de seguro o para presentar una reclamación por el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.

COLORADO: Es ilegal proporcionar a sabiendas hechos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con la finalidad de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, negación de seguro y daños civiles. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que presente a sabiendas hechos o información falsos, incompletos o engañosos a un titular de la póliza o reclamante con la finalidad de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o reclamante en relación con un acuerdo o compensación pagadera de los fondos provenientes del seguro será acusado ante la División de Seguros de Colorado, en el Departamento de Agencias Regulatorias.

DELAWARE y IDAHO: Toda persona que, a sabiendas y con intención de dañar, defraudar o engañar, presenta una declaración de reclamo que contiene información falsa, incomplete o engañosa es culpable de un delito grave.

DISTRICT OF COLUMBIA: AVISO: Es un delito proveer información falsa o engañosa a un asegurador con el propósito de defraudar al asegurador o alguna otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento y/o multas. Asimismo, un asegurador puede negar beneficios de seguro si el solicitante proporcionó información falsa que esté materialmente relacionada con un reclamo.

FLORIDA: Toda persona que, a sabiendas y con intención de dañar, defraudar, o engañar a un asegurador, presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa comete un delito de tercer grado.

INDIANA: Una persona que, a sabiendas y con intento de defraudar a un asegurador, presente un reclamo que contiene información falsa, incompleta o engañosa comete un delito grave.

KANSAS: Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar, presente, haga que se presente o prepare con conocimiento o convicción de que será presentada a o será presentada por un asegurador, supuesto asegurador, corredor o agente de los mismos, cualquier declaración escrita como parte de o en soporte de, una solicitud para la emisión o la tarificación de una póliza de seguro para seguro personal o comercial, o un reclamo por pago u otro beneficio en conformidad a una póliza de seguro para seguro comercial o personal que dicha persona sepa que tal declaración escrita contiene información materialmente falsa en relación con cualquier hecho material de dicho documento; o que oculte información relativa a cualquier hecho material de dicho documento con la finalidad de engañar comete un acto de fraude de seguros.

KENTUCKY: Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presenta una declaración de reclamo que contiene información materialmente falsa o que oculta información relativa a cualquier hecho material de dicho documento con la finalidad de engañar comete un acto de fraude de seguros, lo que constituye un delito.

MAINE, TENNESSEE, VIRGINIA y WASHINGTON: Es un delito proporcionar información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con la finalidad de defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o negación de beneficios de seguro.

MARYLAND: Toda persona que, a sabiendas o deliberadamente, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago por una pérdida o beneficio, o que, a sabiendas o deliberadamente, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede ser penalizada con multas y encarcelamiento.

MINNESOTA: Una persona que presente un reclamo con la intención de defraudar o ayude a cometer fraude contra un asegurador es culpable de un delito.

NEW HAMPSHIRE: Cualquier persona que, con el propósito de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeto a enjuiciamiento y sanciones por fraude de seguros, según lo dispuesto en RSA 638:20.

NEW JERSEY: Toda persona que presente a sabiendas una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

NORTH CAROLINA y OREGON: Toda persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas que facilita un fraude contra un asegurador, presente una solicitud o un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa comete fraude de seguros, lo que constituye un delito y sujeta a dicha persona a sanciones civiles y penales.

OHIO: Toda persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas que está facilitando un fraude contra un asegurador, presente una solicitud o un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguros.

OKLAHOMA: Toda persona que, a sabiendas y con intento de dañar, defraudar o engañar a un asegurador, haga un reclamo por los recaudos de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

PENNSYLVANIA: Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una compañía de seguro o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa o que oculte, con la finalidad de engañar, información relativa a cualquier hecho material de dicho documento comete un acto de fraude de seguros, lo que es delito lo que sujeta a dicha persona a sanciones penales y civiles.

TEXAS: Toda persona que presente a sabiendas un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida comete un delito y puede ser sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

ESTE DOCUMENTO DEBE ESTAR FIRMADO Y FECHADO EN LAS PÁGINAS UNO Y DOS ANTES DE ENVIARLO.