

# LEA DETENIDAMENTE ESTA INFORMACIÓN. Es importante.

## SIGA ESTAS INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

**SE DEBE PROPORCIONAR TODA LA INFORMACIÓN PARA QUE SE PROCESA LA RECLAMACIÓN. SI NO SE RECIBE LA INFORMACIÓN COMPLETA, SE RETRASARÁ EL PROCESAMIENTO DE LA RECLAMACIÓN.**

**NOTA:** Los beneficios de la póliza de accidentes son limitados y es posible que no proporcionen el 100% de cobertura. En virtud de esta póliza, se proporciona cobertura en exceso para los gastos médicos por accidente y los beneficios solo se pagarán con este plan después de que su seguro personal o grupal haya pagado los beneficios. El beneficio máximo para el tratamiento ambulatorio por parte del médico en relación con la fisioterapia o la manipulación espinal es de \$1,250 por lesión no quirúrgica para la cobertura adquirida por la escuela. El hecho de completar un formulario de reclamación no garantiza el pago de los beneficios. Cada reclamación se revisa conforme a las disposiciones de la póliza.

**Pautas de reclamación: Se deben seguir las siguientes pautas de reclamación.**

♦Responda todas las preguntas de forma detallada (incluya también su firma en todos los espacios requeridos del anverso y reverso del formulario). Es necesario completar un formulario de reclamación por cada accidente.

♦Si usted tiene otro seguro, presente su reclamación a su otra compañía de seguros. Cuando reciba la notificación de explicación de beneficios (se adjunta ejemplo) de su aseguradora principal, envíenosla junto con las facturas médicas de HCFA/UB04 correspondientes y el formulario de reclamación lleno por completo. Debe presentar las facturas médicas del proveedor; los resúmenes de saldo adeudado no se procesarán. Las facturas médicas deben incluir el código de procedimiento y diagnóstico, junto con el número de identificación federal del proveedor. Estas facturas incluyen:

- 1) HCFA-1500 (formulario estándar utilizado por los proveedores; ejemplo adjunto)
- 2) UB-04 o UB-92 (formulario estándar utilizado por los hospitales; ejemplo adjunto)
- 3) Formulario de reclamación dental de la Asociación Dental Americana (American Dental Association, ADA) y una carta del dentista que verifique que el diente lesionado era un diente entero, sano y natural. (Todas las facturas dentales deben enviarse primero mediante los planes médico y dental del seguro principal, antes de enviarse a WebTPA)

Sería útil si se proporcionara lo siguiente a todos los proveedores a los que acude la persona lesionada:

1. Información de contacto de WebTPA
2. Número de póliza que figura en el formulario de reclamación

De esta manera, los proveedores del servicio pueden trabajar directamente con la oficina de reclamaciones y proporcionar los formularios de facturación correctos (la factura detallada debe incluir el código de procedimiento y diagnóstico, y el número de identificación fiscal) necesarios para procesar una reclamación.

♦Si ya pagó la factura médica, incluya un recibo de pago o una copia de su cheque cancelado cuando envíe la factura médica. De lo contrario, el pago se realizará a los proveedores del servicio (hospital, médico u otros).

♦Envíe toda la correspondencia a WebTPA, Inc., **P.O. Box 2415 Grapevine, TX 76099-2415**. El formulario de reclamación se debe enviar en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que recibió atención médica por primera vez. Las facturas que no se presenten con el formulario de reclamación se deben enviar, en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que recibió atención médica, a la compañía identificada con el nombre del reclamante, el nombre de la organización o escuela, y la fecha del accidente.

♦Si cambia su dirección, notifique a WebTPA, Inc. por medio de una notificación a WebTPA, para que no haya demoras al procesar las reclamaciones.

♦Comuníquese con WebTPA, Inc. llamando al número **866-975-9468**, si desea comprobar el estado de su reclamación o si tiene preguntas sobre cómo se procesó su reclamación o se pagó el beneficio.

### **Causas comunes de las demoras en el procesamiento de reclamaciones**

1. Formularios de reclamación no enviados o incompletos.
2. Resúmenes de saldo adeudado, saldo pendiente o vencimiento presentados en lugar de las facturas.
3. Explicación de beneficios de la compañía principal no proporcionada con las facturas.

**CONSERVE EN SUS ARCHIVOS LAS COPIAS DE TODOS LOS FORMULARIOS DE RECLAMACIÓN, LAS FACTURAS MÉDICAS Y LA CORRESPONDENCIA, HASTA QUE SE HAYA PROCESADO SU RECLAMACIÓN.**

**HEALTH INSURANCE CLAIM FORM**

1. MEDICARE MEDICAID CHAMPUS CHAMPVA GROUP HEALTH PLAN (PUB. 1000) OTHER (INDICATE BY NUMBER) (FORM PROGRAM NUMBER)

2. PATIENT'S NAME (Last, First, Middle Initial) PREFIX (MR, MRS, MISS, MS) SUFFIX (Jr, Sr, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXVIII, XXIX, XXX)

3. PATIENT'S ADDRESS (No. Street) CITY STATE ZIP CODE

4. INSUREE'S NAME (Last, First, Middle Initial) PREFIX (MR, MRS, MISS, MS) SUFFIX (Jr, Sr, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXVIII, XXIX, XXX)

5. INSUREE'S ADDRESS (No. Street) CITY STATE ZIP CODE

6. EMPLOYMENT INFORMATION

7. EMPLOYER'S NAME OR PROGRAM NAME

8. EMPLOYER'S ADDRESS (No. Street) CITY STATE ZIP CODE

9. EMPLOYER'S PHONE NUMBER

10. EMPLOYER'S POLICY GROUP OR PLAN NUMBER

11. EMPLOYER'S DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

12. EMPLOYER'S NAME OR SCHOOL NAME

13. EMPLOYER'S HEALTH BENEFIT PLAN

14. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

15. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

16. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

17. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

18. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

19. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

20. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

21. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

22. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

23. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

24. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

25. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

26. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

27. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

28. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

29. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

30. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

31. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

32. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

33. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

34. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

35. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

36. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

37. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

38. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

39. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

40. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

41. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

42. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

43. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

44. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

45. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

46. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

47. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

48. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

49. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

50. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

51. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

52. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

53. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

54. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

55. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

56. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

57. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

58. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

59. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

60. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

61. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

62. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

63. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

64. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

65. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

66. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

67. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

68. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

69. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

70. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

71. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

72. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

73. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

74. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

75. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

76. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

77. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

78. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

79. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

80. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

81. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

82. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

83. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

84. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

85. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

86. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

87. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

88. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

89. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

90. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

91. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

92. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

93. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

94. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

95. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

96. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

97. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

98. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

99. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

100. DATE OF BIRTH (MM - DD - YY) SEX (M - F)

**UB-04 DE EJEMPLO**

1. PATIENT NAME

2. PATIENT ADDRESS

3. PATIENT PHONE NUMBER

4. PATIENT DATE OF BIRTH

5. PATIENT SEX

6. PATIENT MARITAL STATUS

7. PATIENT OCCUPATION

8. PATIENT EMPLOYER

9. PATIENT EMPLOYER ADDRESS

10. PATIENT EMPLOYER PHONE NUMBER

11. PATIENT EMPLOYER POLICY NUMBER

12. PATIENT EMPLOYER DATE OF BIRTH

13. PATIENT EMPLOYER SEX

14. PATIENT EMPLOYER NAME

15. PATIENT EMPLOYER HEALTH BENEFIT PLAN

16. PATIENT EMPLOYER DATE OF BIRTH

17. PATIENT EMPLOYER SEX

18. PATIENT EMPLOYER NAME

19. PATIENT EMPLOYER HEALTH BENEFIT PLAN

20. PATIENT EMPLOYER DATE OF BIRTH

21. PATIENT EMPLOYER SEX

22. PATIENT EMPLOYER NAME

23. PATIENT EMPLOYER HEALTH BENEFIT PLAN

24. PATIENT EMPLOYER DATE OF BIRTH

25. PATIENT EMPLOYER SEX

26. PATIENT EMPLOYER NAME

27. PATIENT EMPLOYER HEALTH BENEFIT PLAN

28. PATIENT EMPLOYER DATE OF BIRTH

29. PATIENT EMPLOYER SEX

30. PATIENT EMPLOYER NAME

31. PATIENT EMPLOYER HEALTH BENEFIT PLAN

32. PATIENT EMPLOYER DATE OF BIRTH

33. PATIENT EMPLOYER SEX

34. PATIENT EMPLOYER NAME

35. PATIENT EMPLOYER HEALTH BENEFIT PLAN

36. PATIENT EMPLOYER DATE OF BIRTH

37. PATIENT EMPLOYER SEX

38. PATIENT EMPLOYER NAME

39. PATIENT EMPLOYER HEALTH BENEFIT PLAN

40. PATIENT EMPLOYER DATE OF BIRTH

41. PATIENT EMPLOYER SEX

42. PATIENT EMPLOYER NAME

43. PATIENT EMPLOYER HEALTH BENEFIT PLAN

44. PATIENT EMPLOYER DATE OF BIRTH

45. PATIENT EMPLOYER SEX

46. PATIENT EMPLOYER NAME

47. PATIENT EMPLOYER HEALTH BENEFIT PLAN

48. PATIENT EMPLOYER DATE OF BIRTH

49. PATIENT EMPLOYER SEX

50. PATIENT EMPLOYER NAME

51. PATIENT EMPLOYER HEALTH BENEFIT PLAN

52. PATIENT EMPLOYER DATE OF BIRTH

53. PATIENT EMPLOYER SEX

54. PATIENT EMPLOYER NAME

55. PATIENT EMPLOYER HEALTH BENEFIT PLAN

56. PATIENT EMPLOYER DATE OF BIRTH

57. PATIENT EMPLOYER SEX

58. PATIENT EMPLOYER NAME

59. PATIENT EMPLOYER HEALTH BENEFIT PLAN

60. PATIENT EMPLOYER DATE OF BIRTH

61. PATIENT EMPLOYER SEX

62. PATIENT EMPLOYER NAME

63. PATIENT EMPLOYER HEALTH BENEFIT PLAN

64. PATIENT EMPLOYER DATE OF BIRTH

65. PATIENT EMPLOYER SEX

66. PATIENT EMPLOYER NAME

67. PATIENT EMPLOYER HEALTH BENEFIT PLAN

68. PATIENT EMPLOYER DATE OF BIRTH

69. PATIENT EMPLOYER SEX

70. PATIENT EMPLOYER NAME

71. PATIENT EMPLOYER HEALTH BENEFIT PLAN

72. PATIENT EMPLOYER DATE OF BIRTH

73. PATIENT EMPLOYER SEX

74. PATIENT EMPLOYER NAME

75. PATIENT EMPLOYER HEALTH BENEFIT PLAN

76. PATIENT EMPLOYER DATE OF BIRTH

77. PATIENT EMPLOYER SEX

78. PATIENT EMPLOYER NAME

79. PATIENT EMPLOYER HEALTH BENEFIT PLAN

80. PATIENT EMPLOYER DATE OF BIRTH

81. PATIENT EMPLOYER SEX

82. PATIENT EMPLOYER NAME

83. PATIENT EMPLOYER HEALTH BENEFIT PLAN

84. PATIENT EMPLOYER DATE OF BIRTH

85. PATIENT EMPLOYER SEX

86. PATIENT EMPLOYER NAME

87. PATIENT EMPLOYER HEALTH BENEFIT PLAN

88. PATIENT EMPLOYER DATE OF BIRTH

89. PATIENT EMPLOYER SEX

90. PATIENT EMPLOYER NAME

91. PATIENT EMPLOYER HEALTH BENEFIT PLAN

92. PATIENT EMPLOYER DATE OF BIRTH

93. PATIENT EMPLOYER SEX

94. PATIENT EMPLOYER NAME

95. PATIENT EMPLOYER HEALTH BENEFIT PLAN

96. PATIENT EMPLOYER DATE OF BIRTH

97. PATIENT EMPLOYER SEX

98. PATIENT EMPLOYER NAME

99. PATIENT EMPLOYER HEALTH BENEFIT PLAN

100. PATIENT EMPLOYER DATE OF BIRTH

EXPLICACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE EJEMPLO

**UNITEDHEALTHCARE SERVICE LLC**  
**GREENSBORO SERVICE CENTER**  
 P O BOX 740800  
 ATLANTA, GA 30374-0800  
 PHONE: 1-800-638-8010  
 VISIT WWW.MYUHC.COM FOR SELF SERVICE

**UnitedHealthcare**  
 A UnitedHealth Group Company

PAGE: 1 OF 1  
 DATE: 04/29/10  
 SSN/ID #: \_\_\_\_\_  
 EMPLOYEE: \_\_\_\_\_  
 CONTRACT: \_\_\_\_\_  
 BENEFIT PLAN: PFIZER INC

### EXPLANATION OF BENEFITS

1 2 3 4 5 6 7 8

PATIENT/RELAT CLAIM NUMBER	PROVIDER/SERVICE	DATE OF SERVICE	AMOUNT CHARGED	NOT COVERED	AMOUNT ALLOWED	COPAY/ DEDUCTIBLE	PLAN COVERS	BENEFIT AVAILABLE	REMARK CODE
9061512101	MEDICAL SERVICES	05/19/10	379.00	297.83	81.17		80%	64.94	4C
		<b>TOTAL</b>	<b>379.00</b>	<b>297.83</b>	<b>81.17</b>			<b>64.94</b>	
<b>MEDICARE PAID</b>								<b>44.64</b>	
<b>PLAN PAYS</b>								<b>20.30</b>	

(\*) INDICATES PAYMENT ASSIGNED TO PROVIDER

REMARK CODE(S) LISTED BELOW ARE REFERENCED IN THE "SERVICE DETAIL" SECTION UNDER THE HEADING "REMARK CODE"  
 (4C) THIS PLAN DETERMINES BENEFITS ONCE MEDICARE MAKES PAYMENT. IF MEDICARE PAYS LESS THAN THIS PLAN'S BENEFIT, THIS PLAN WILL CONSIDER THE DIFFERENCE. THIS PLAN'S ALLOWABLE BENEFITS ARE BASED ON THE MEDICARE APPROVED AMOUNT IF THE PHYSICIAN OR PROVIDER ACCEPTED MEDICARE'S ASSIGNMENT OR ON THE LIMITING CHARGE IF THEY DID NOT ACCEPT THE ASSIGNMENT. THE PATIENT IS RESPONSIBLE FOR THE DIFFERENCE BETWEEN THE ALLOWABLE AMOUNT AND THE TOTAL AMOUNT PAID BY BOTH PLANS. THE PATIENT MUST PAY ANY APPLICABLE PLAN DEDUCTIBLES AND COPAYS BEFORE THIS PLAN CAN PAY ANY BENEFITS.

**BENEFIT PLAN PAYMENT SUMMARY INFORMATION**

\$20.30

SATISFIED 2010 TO-DATE	DEDUCTIBLE	OUT OF POCKET
FAMILY	\$1000.00	\$1328.77
SP	\$500.00	\$1281.45
<b>PLAN YEAR 2010</b>	FAMILY \$1000.00	FAMILY \$4000.00
	INDIV \$500.00	INDIV \$4000.00



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE SEGURO DE ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES

SE REQUIERE EL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN FIRMADO

- 1. LLENE COMPLETAMENTE LA PÁGINA 1 Y LA PÁGINA 2 DE ESTE FORMULARIO
2. ADJUNTE LAS FACTURAS MÉDICAS DE HCFA/UB04 Y LAS EXPLICACIONES DE BENEFICIOS (EXPLANATION OF BENEFITS, EOB) DE CUALQUIER OTRO SEGURO QUE TENGA
3. ENVIE TODA LA CORRESPONDENCIA A:

WEB-TPA
P.O. Box 2415
Grapevine, TX 76099-2415

Número gratuito: 866-975-9468
Fax: 469-417-1969
Correo electrónico: benefit.assist@webtpa.com

AVISO IMPORTANTE:

Su plan de seguro está diseñado para proporcionar los máximos beneficios por una prima mínima. Este plan de seguro es secundario a cualquier seguro médico que tenga. Si usted tiene otro seguro, presente su reclamación (médica o dental) a su otra compañía de seguros. Cuando reciba su Declaración de beneficios, envíenlo junto con sus HCFA/UB04 (facturas médicas), el diagnóstico y este formulario completado. Nota: Los beneficios de la póliza de accidentes son limitados y es posible que no proporcionen el 100% de cobertura.

<SI LA PARTE 1-A Y LA PARTE 1-B NO SE LLENAN POR COMPLETO, ESTA RECLAMACIÓN NO SE PODRÁ PROCESAR Y SE DEVOLVERÁ >

PARTE 1-A: LA ORGANIZACIÓN/ESCUELA LA DEBE LLENAR POR COMPLETO

Nombre de la organización/del distrito escolar Número de póliza
Nombre de la escuela N.º de teléfono ( )
Dirección Correo electrónico
Tipo de actividad/deporte

Si es Atletismo, nombre Clase de educación física Interno Intercolegial Juego Equipo universitario júnior Equipo universitario
Joven Adulto Práctica Otro

Nombre de la persona/el estudiante lesionado
Fecha del accidente Hora del accidente
Fecha del primer tratamiento Se ha completado el tratamiento? Sí No
Dónde y cómo ocurrió el accidente? (sea específico)

Parte del cuerpo lesionada Derecha o Izquierda En el momento del accidente, estaba el reclamante involucrado en una actividad patrocinada y supervisada, y era un estudiante/miembro actual de la organización/el distrito escolar? Sí No

Bajo la supervisión de quién? Fue testigo? Sí No
Firma autorizada Título Fecha

(DEBE ESTAR FIRMADO POR UN FUNCIONARIO DE LA ORGANIZACIÓN/ESCUELA, A MENOS QUE LA LESIÓN NO SE HAYA PRODUCIDO DURANTE UNA ACTIVIDAD DE LA ORGANIZACIÓN/ESCUELA. LA FIRMA ES OBLIGATORIA.)

PARTE 1-B: LO DEBE LLENAR POR COMPLETO EL RECLAMANTE; O SU MADRE/PADRE/TUTOR LEGAL SI EL RECLAMANTE ES MENOR DE EDAD

Nombre legal de la parte/el estudiante lesionado Nombre preferido/apodo:
Fecha de nacimiento Edad Grado escolar Masculino Femenino
Dirección de la persona lesionada o su madre/padre/tutor legal

N.º de teléfono ( ) Dirección de correo electrónico
Si la parte lesionada es mayor de 18 años: Nombre y dirección del empleador

N.º de teléfono ( ) Autónomo Desempleado
Nombre del padre/tutor legal
Nombre y dirección del empleador N.º de teléfono ( )
Autónomo Desempleado

CONTINÚE CON LA PRÓXIMA PÁGINA DEL FORMULARIO QUE SE DEBE LLENAR POR COMPLETO

Nombre de la madre/tutora legal \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del empleador \_\_\_\_\_ N.º de teléfono ( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Autónomo  Desempleado

Si la lesión es dental, envíe la verificación del dentista que indique que el diente o los dientes están enteros, sanos y son naturales.

El reclamante está cubierto por alguna otra póliza de seguro médico y/o dental?  Sí  No

El reclamante está cubierto por un seguro patrocinado por el gobierno como Medicare/Medicaid?  Sí  No

Nombre de todas las compañías que le proporcionan al reclamante cobertura de seguro o planes médicos prepagos

Nombre de la compañía	Dirección	Póliza N.º
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Los beneficios están sujetos a esta reclamación según estas otras coberturas de seguro?**  Sí  No **(Consulte el AVISO IMPORTANTE en la parte superior del formulario en la página 1)**

Su hijo o hija tiene cobertura de seguro médico como dependiente elegible de un matrimonio anterior según lo ordenado en un decreto de divorcio?  Sí  No Si respondió que sí, proporcione el nombre, la dirección y el número de teléfono de la parte responsable \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN JURADA:** Verifico que la declaración anterior sobre el otro seguro es exacta y completa. Comprendo que el hecho de proporcionar intencionalmente información incorrecta a través del correo estadounidense puede ser fraudulento y puede infringir las leyes federales y estatales. Acepto que de determinarse en una fecha posterior que existen otros beneficios de seguro que podrían indemnizarse en esta reclamación, reembolsaré a Gerber Life Insurance Company en la medida en que esta no fuera responsable por los mismos.

**Firma:** Persona lesionada, padre, madre o tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*LA FIRMA ES OBLIGATORIA*

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN:** Por medio del presente, autorizo a cualquier empleado, plan médico, compañía de seguros, hospital, médico, profesional de atención médica, clínica, laboratorio, farmacia, instalación médica u otra persona que haya proporcionado tratamiento, pago o servicios en relación con esta reclamación, a divulgar, cuando se lo soliciten, toda la información relativa a las lesiones, coberturas de póliza, historiales médicos, consultas, recetas o tratamientos, y las copias de todos los registros hospitalarios o médicos, y las facturas detalladas a WebTPA, Inc. y Gerber Life Insurance Company, sus agentes, empleados y representantes.

Por medio del presente, autorizo a WebTPA, Inc. a debatir toda la información relacionada con los gastos médicos en los que se incurra o los tratamientos proporcionados en relación con esta reclamación, con los representantes de Special Markets Insurance Consultants, Inc. y sus agentes asignados, y con los funcionarios de la escuela u organización a través de la cual se emita esta póliza. Una fotocopia estática de esta autorización se considerará igual de eficaz y válida que la original.

**Firma:** Persona lesionada, padre, madre o tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## DECLARACIONES DE AVISO DE FRAUDE

**AVISO PARA LOS SOLICITANTES:** "TODA PERSONA QUE, CON PLENO CONOCIMIENTO Y CON LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS O A OTRA PERSONA, PRESENTE UNA SOLICITUD DE SEGURO O DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN MANIFIESTAMENTE FALSA O QUE OCULTE, CON LA FINALIDAD DE INDUCIR A ERROR, INFORMACIÓN CONCERNIENTE A CUALQUIER HECHO QUE RESULTE IMPORTANTE PARA ESTE, COMETE UN ACTO DE FRAUDE DE SEGURO, LO QUE CONSTITUYE UN DELITO Y PUEDE DEJAR A TAL PERSONA SUJETA A SANCIONES PENALES O CIVILES".

**RESIDENTES DE ALABAMA:** TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTA UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTA PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O UN BENEFICIO, O QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTA INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS DE RESARCIMIENTO, ENCARCELAMIENTO O UNA COMBINACIÓN DE AMBAS SANCIONES".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE ALASKA:** "UNA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO Y LA INTENCIÓN DE PERJUDICAR, ESTAFAR O ENGAÑAR A CUALQUIER ASEGURADORA, COMPLETE UNA RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR PODRÍA SER PROCESADA JUDICIALMENTE POR DELITO CONFORME A LA LEY ESTATAL".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE ARKANSAS:** "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTA UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTA PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO, O QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTA INFORMACIÓN FALSA EN EL MARCO DE UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE ARIZONA:** PARA SU PROTECCIÓN, LA LEY DE ARIZONA REQUIERE QUE LA SIGUIENTE DECLARACIÓN APAREZCA EN ESTE FORMULARIO. TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTA UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTA PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA ESTARÁ SUJETA A MULTAS PENALES Y CIVILES".

**RESIDENTES DE CALIFORNIA:** "PARA SU PROTECCIÓN, LA LEY DE CALIFORNIA REQUIERE QUE EN ESTE FORMULARIO APAREZCA LO SIGUIENTE: TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTA POR EL PAGO DE UNA PÉRDIDA ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO EN UNA PRISIÓN ESTATAL".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE COLORADO:** "ES ILEGAL PROPORCIONAR HECHOS O INFORMACIÓN FALSOS, INCOMPLETOS O QUE INDUZCAN A ERROR, CON PLENO CONOCIMIENTO, A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON EL PROPÓSITO DE ENGAÑARLA O INTENTAR HACERLO. LAS PENALIDADES INCLUYEN PRISIÓN, MULTAS, DENEGACIÓN DEL SEGURO Y DAÑOS CIVILES. TODA COMPAÑÍA DE SEGUROS O AGENTE DE UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PROPORCIONE HECHOS O INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR A UN TITULAR DE UNA PÓLIZA O DE UNA RECLAMACIÓN CON EL PROPÓSITO DE ENGAÑAR O INTENTAR ENGAÑAR A TAL TITULAR DE LA PÓLIZA O DE UNA RECLAMACIÓN CON RESPECTO A UN ACUERDO ENTRE PARTES O SUBSIDIO A PAGAR COMO RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS DE LA ASEGURADORA, SERÁ DENUNCIADO A LA DIVISIÓN DE SEGUROS DEL DEPARTAMENTO DE ORGANISMOS REGULATORIOS DE COLORADO".

**RESIDENTES DE DELAWARE:** "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO Y LA INTENCIÓN DE PERJUDICAR, ESTAFAR O ENGAÑAR A CUALQUIER ASEGURADORA, PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE".

**SOLICITANTES RESIDENTES DEL DISTRITO DE COLUMBIA:** "ADVERTENCIA: PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA O QUE INDUZCA A ERROR A UNA ASEGURADORA CON EL PROPÓSITO DE ENGAÑAR A TAL ASEGURADORA O A CUALQUIER OTRA PERSONA CONSTITUYE UN DELITO. LAS PENALIDADES INCLUYEN PRISIÓN O MULTAS. ADEMÁS, LAS ASEGURADORAS PUEDEN NEGARSE A PAGAR BENEFICIOS DE SEGUROS SI EL SOLICITANTE PROPORCIONÓ INFORMACIÓN FALSA QUE SE RELACIONA SUSTANTIVAMENTE CON UNA RECLAMACIÓN".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE FLORIDA:** "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO E INTENCIÓN DE PERJUDICAR, ESTAFAR O ENGAÑAR A UNA ASEGURADORA PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN O UNA SOLICITUD QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE EN TERCER GRADO".

**RESIDENTES DE IDAHO:** "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO Y LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR O ENGAÑAR A CUALQUIER ASEGURADORA, PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE".

**RESIDENTES DE INDIANA:** "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO Y LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR A UNA ASEGURADORA, PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE KANSAS:** "TODA PERSONA QUE, CON PLENO CONOCIMIENTO Y CON LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS O A OTRA PERSONA, HAGA QUE SE PRESENTE O SE PREPARE CON CONOCIMIENTO UNA PRESENTACIÓN PARA O POR PARTE DE UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS, UNA PRESUNTA COMPAÑÍA DE SEGUROS, UN CORREDOR O AGENTE DE ESTA, UNA DECLARACIÓN ESCRITA COMO PARTE O COMPLEMENTO DE UNA SOLICITUD DE SEGURO, O UNA CALIFICACIÓN DE UNA PÓLIZA DE SEGURO, O UNA RECLAMACIÓN DE PAGO U OTRO BENEFICIO EN VIRTUD DE UNA PÓLIZA DE SEGURO QUE DICHA PERSONA SEPA QUE CONTIENE INFORMACIÓN MANIFIESTAMENTE FALSA SOBRE CUALQUIER HECHO DE IMPORTANCIA O QUE OCULTE, CON LA FINALIDAD DE INDUCIR A ERROR, INFORMACIÓN CONCERNIENTE A CUALQUIER HECHO QUE RESULTE IMPORTANTE PARA ESTE, COMETE UN ACTO DE FRAUDE DE SEGURO, LO QUE CONSTITUYE UN DELITO Y PUEDE DEJAR A TAL PERSONA SUJETA A SANCIONES PENALES O CIVILES".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE KENTUCKY:** "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO Y CON LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR A CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS O A OTRA PERSONA, PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTenga CUALQUIER INFORMACIÓN 'MANIFIESTAMENTE' FALSA, O QUE OCULTE CON EL FIN DE INDUCIR A ERROR, CUALQUIER INFORMACIÓN RELATIVA A UN HECHO QUE RESULTE DE IMPORTANCIA PARA ESTE, COMETE UN ACTO DE FRAUDE DE SEGURO, LO CUAL CONSTITUYE UN DELITO".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE LUISIANA:** "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTA UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTA PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO, O QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTA INFORMACIÓN FALSA EN EL MARCO DE UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE MAINE:** "PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON EL PROPÓSITO DE DEFRAUDARLA CONSTITUYE UN DELITO. LAS PENALIDADES INCLUYEN ENCARCELAMIENTO, MULTAS O DENEGACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE MARYLAND:** "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO O VOLUNTAD PRESENTE UNA RECLAMACIÓN DE PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO QUE SEA FALSA O FRAUDULENTE, O QUE CON PLENO CONOCIMIENTO O VOLUNTAD PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN EL MARCO DE UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE MINNESOTA:** "TODA PERSONA QUE ENVÍE UNA SOLICITUD O PRESENTE UNA RECLAMACIÓN CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR O SABIENDO QUE FACILITA UN FRAUDE CONTRA UNA ASEGURADORA, ES CULPABLE DE UN DELITO".

**RESIDENTES DE NEW HAMPSHIRE:** "TODA PERSONA QUE CON LA INTENCIÓN DE PERJUDICAR, ESTAFAR O ENGAÑAR A CUALQUIER ASEGURADORA PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR QUEDARÁ SUJETA A ACUSACIÓN Y SANCIÓN POR FRAUDE DE SEGURO, SEGÚN LO DISPUESTO EN LA SECCIÓN RSA 638.20".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE NUEVA JERSEY:** "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR QUEDARÁ SUJETA A SANCIONES PENALES Y CIVILES".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE NUEVO MÉXICO:** "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTE PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO, O QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A SANCIONES CIVILES Y PENALES".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE NUEVA YORK:** "TODA PERSONA QUE, CON PLENO CONOCIMIENTO Y CON LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS O A OTRA PERSONA, PRESENTE UNA SOLICITUD DE SEGURO O DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN MANIFIESTAMENTE FALSA O QUE OCULTE, CON LA FINALIDAD DE INDUCIR A ERROR, INFORMACIÓN CONCERNIENTE A CUALQUIER HECHO QUE RESULTE IMPORTANTE PARA EL MISMO, COMETE UN ACTO DE FRAUDE DES SEGURO, LO QUE CONSTITUYE UN DELITO Y DEJA A TAL PERSONA SUJETA A UNA PENALIDAD CIVIL MÁXIMA DE CINCO MIL DÓLARES MÁS EL VALOR DECLARADO DE LA RECLAMACIÓN POR CADA INFRACCIÓN".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE OHIO:** "TODA PERSONA QUE, CON LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR O SABIENDO QUE PERMITE UN FRAUDE CONTRA UNA ASEGURADORA, PRESENTE UNA SOLICITUD O UNA RECLAMACIÓN QUE CONTenga DECLARACIONES FALSAS O ENGAÑOSAS, SERÁ CULPABLE DE FRAUDE DE SEGURO".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE OKLAHOMA:** "ADVERTENCIA: TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO Y LA INTENCIÓN DE PERJUDICAR, ESTAFAR O ENGAÑAR A CUALQUIER ASEGURADORA PRESENTE UNA RECLAMACIÓN POR LOS PROCEDIMIENTOS DE UNA PÓLIZA DE SEGURO QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE OREGÓN:** "TODA PERSONA QUE, CON PLENO CONOCIMIENTO Y CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR O SOLICITAR A OTRO QUE DEFRAUDE A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS, (1) ENVÍE UNA SOLICITUD O (2) PRESENTE UNA RECLAMACIÓN QUE CONTenga UNA DECLARACIÓN FALSA SOBRE CUALQUIER HECHO DE IMPORTANCIA, PUEDE ESTAR VIOLANDO UNA LEY ESTATAL".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE PENNSILVANIA:** "TODA PERSONA QUE, CON PLENO CONOCIMIENTO Y CON LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS O A OTRA PERSONA, PRESENTE UNA SOLICITUD DE SEGURO O DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN MANIFIESTAMENTE FALSA O QUE OCULTE, CON LA FINALIDAD DE INDUCIR A ERROR, INFORMACIÓN CONCERNIENTE A CUALQUIER HECHO QUE RESULTE IMPORTANTE PARA EL MISMO, COMETE UN ACTO DE FRAUDE DE SEGURO, LO QUE CONSTITUYE UN DELITO Y DEJA A TAL PERSONA SUJETA A SANCIONES PENALES O CIVILES".

**RESIDENTES DE RHODE ISLAND:** "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTE POR EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO, O QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN EL MARCO DE UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE TENNESSEE:** "PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON EL PROPÓSITO DE DEFRAUDARLA CONSTITUYE UN DELITO. LAS PENALIDADES INCLUYEN EL ENCARCELAMIENTO, MULTAS Y LA NEGATIVA DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE TEXAS:** "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTE POR EL PAGO DE UNA PÉRDIDA ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO EN UNA PRISIÓN ESTATAL".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE VERMONT:** "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE UNA DECLARACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO PUEDE SER CULPABLE DE UN DELITO CRIMINAL Y ESTAR SUJETA A PENALIDADES EN VIRTUD DE LA LEY ESTATAL".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE VIRGINIA:** "PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON EL PROPÓSITO DE DEFRAUDARLA CONSTITUYE UN DELITO. LAS PENALIDADES PUEDEN INCLUIR ENCARCELAMIENTO, MULTAS Y LA NEGATIVA DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE WASHINGTON:** "PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA, CON PLENO CONOCIMIENTO, A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON EL PROPÓSITO DE ENGAÑARLA, CONSTITUYE UN DELITO. LAS PENALIDADES INCLUYEN ENCARCELAMIENTO, MULTAS Y LA NEGATIVA DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE VIRGINIA DEL OESTE:** "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTE POR EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO, O QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN EL MARCO DE UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO".