

Este formulario debe ser devuelto a la **Escuela dentro de los 90 días desde la fecha del incidente**. VACORP enviará información a los padres sobre la presentación de facturas y EOB para su consideración en las reclamaciones pertinentes (Escuela no aceptará facturas o documentación EOB).



**ACCIDENTES
PARA
ESTUDIANTES
PETITION**

Cobertura de Accidente es **SECUNDARIO** a cualquier otro seguro, incluyendo Medicaid, FAMIS, o un seguro de salud privado.

PARTE 1: INFORMACIÓN DE INCIDENTES (A RELLENAR POR LA ESCUELA)

División de la Escuela: _____
 Nombre de Escuela: _____
 Dirección de Escuela: _____
 El Nombre del Estudiante: _____
 Masculino Hembra Fecha de Herida: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Nivel de Grado: _____
 Parte del Cuerpo: _____
 Descripción del Accidente (Incluya una página adicional si es necesario):

 Si Atletismo, indique el deporte: _____
 En el momento de la lesión, fue el estudiante involucrado en una actividad patrocinada por la División de la Escuela?
 Sí No
 Bajo la supervisión de quién? _____ Teléfono #: _____
 Firma del Preparador: _____ Título: _____
 Nombre Impreso: _____ Fecha: _____ Teléfono #: _____

PARTE 2: INFORMACIÓN DE LOS PADRES (PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE, POR FAVOR INCLUYA EL ESTUDIANTE Y INFORMACIÓN PARA LOS PADRES)

Información del Estudiante:
 Dirección del Estudiante: _____

Información para los Padres:
 Nombre del Padre: _____ Teléfono #: _____
 Empleador del Padre: _____
 Dirección del Empleado: _____
 Nombre de la Madre: _____ Teléfono #: _____
 Empleador de la Madre: _____
 Dirección del Empleado: _____

Indique **TODAS** las pólizas de seguro: Comprueba que no hay Seguros

Nombre de la Aseguradora: _____
 Dirección: _____ Política #: _____
 Teléfono #: _____ Seguro de Grupo Seguro Individual

Tratamiento de la Información:
 Médico / Nombre de la Instalación: _____
 Dirección del Médico / Centro: _____
 Teléfono #: _____ Fecha Visto por Médico / Centro: _____

Instrucciones:

En caso de un accidente, notifique a la escuela inmediatamente.

1. Complete este formulario de reclamación y devolverlo a la escuela dentro de 90 días desde la fecha de la lesión.
2. Por favor, incluya información sobre cualquier seguro de salud disponibles, incluyendo Medicaid.
3. Con el fin de procesar esta reclamación de pago, VACORP necesitará detalle en las facturas y todas las Explicaciones de Beneficios (EOB) que muestran lo que su seguro haya pagado. No se aceptarán declaraciones sin información detallada.
4. Cuando recibe su EOB, enviarlo a VACORP, junto con las declaraciones detalladas correspondientes. Vamos a pagar beneficios por gastos elegibles por los términos del contrato.
5. Los beneficios son pagados directamente a los proveedores de servicio a menos que reciba VACORP recibos de pago.
6. Cobertura de accidente sólo está disponible para cubrir a los estudiantes para una lesión accidental que ocurre mientras el contrato esté en vigor.

Los beneficios se proporcionan sobre **UNA BASE SECUNDARIA** para el exceso de gastos cubiertos **incurridos y divulgados** en el plazo de un año después de la fecha del accidente.

Los beneficios son pagaderos hasta el máximo aplicable a los gastos cubiertos que se encuentran por encima de otro seguro válido y cobrable incluyendo: Medicaid, Medicare, FAMIS y el seguro de salud privado.

Esta forma de reclamo debe ser presentado a VACORP por la división de la escuela antes de cualquier factura en revisión o procesados.

Si su cobertura médica está bajo una HMO, PPO o plan similar, debe seguir sus requisitos para obtener beneficios; de lo contrario, los beneficios de VACORP se pueden reducir, en su caso, como se indica en las disposiciones contractuales.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: AUTORIZO a cualquier médico, proveedor de atención médica, hospital, clínica, centro médico, compañía de seguros, plan de salud patrocinado por el gobierno, o empleado que tenga información disponible sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico con respecto a cualquier enfermedad, lesión, condición física o mental, y/o tratamiento para mí o mis hijos menores de edad ahora o en el pasado, para dar al VACO Grupo de Autoseguro Piscina Riesgo (VACORP) o su representante legal, cualquier y toda esa información.

ENTIENDO que la información obtenida será utilizada por VACORP para determinar la elegibilidad para el seguro y la elegibilidad para los beneficios bajo cualquier política existente. Cualquier información obtenida no será liberado por VACORP a cualquier persona u organización, excepto la conexión de estaño como es necesario con la tramitación de esta solicitud, reclamación o como puede ser de otro modo legalmente requerido o que yo pueda autorizar más. Además, entiendo que puedo solicitar para recibir una copia de esta autorización.

ESTOY de acuerdo que una copia fotográfica de esta autorización tendrá la misma validez que el original. También estoy de acuerdo esta autorización será válida por un período de dos años a partir de la fecha se muestra a continuación. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante solicitud por escrito a VACORP.

CERTIFICO que la información dada por mí en apoyo de esta afirmación es verdadera y correcta.

Cualquier pago se hará al proveedor de servicios (hospital, médico, etc.) a menos que un recibo o factura pagada acompañe al cuando la reclamación se someta a VACORP.

DECLARACIÓN: Yo verifico que la declaración en la Parte 2 sobre otro seguro es exacta y completa. Yo entiendo que el suministro intencional de información errónea a través del correo de los EEUU puede ser fraudulento y violar las leyes federales y estatales. Estoy de acuerdo que si se determina en una fecha posterior que hay otros beneficios de seguro de colección en este reclamo, Reembolsaré VACORP en la medida VACORP hizo un pago para el que no estaba obligado en virtud del contrato.

Padre o Representante Autorizado de la Firma de: _____ Fecha: _____

Si Representante Autorizado, Relación con el Estudiante o Designación Legal: _____