

2023-24

Formulario de Accidente del Estudiante

Lea las instrucciones en la página siguiente antes de completar

POR FAVOR MANDE LOS FORMULARIOS A:
CLAIMS ADMINISTRATOR
BOLLINGER SPECIALTY GROUP
P.O. Box 1346
Morristown, NJ 07962
or email:
BollingerSchoolClaims.GBS@AJG.com

1. Distrito Escolar	2. Escuela que Asiste el Niño/la Niña en el Distrito:	3. Master Policy No.:
4. Apellido del Reclamador:	Primer Nombre:	5. Fecha de nacimiento
		6. Telefono
7. Dirección:	8. Ciudad / Estado / Zona Postal:	
9. Dirección de correo electrónico personal de padres o tutor:		

10. Marque actividad en cual participaba el estudiante cuando tuvo el accidente:

- A. Deportes Intrescolasticos _____ Nombre del Deporte _____
- B. Animadoras Batutera o Banderetera Banda de Musica
- 0: _____
- | | | |
|---|--|--|
| 01 <input type="checkbox"/> Clase de Educación Fisica | 04 <input type="checkbox"/> Yendo y Viniendo a/de la Escuela | 07 <input type="checkbox"/> Actividad Extra-Curricular (Despues de Escuela) Dentro de la Escuela |
| 02 <input type="checkbox"/> En la Clase o en el Pasillo | 05 <input type="checkbox"/> Viajando en Grupo | 08 <input type="checkbox"/> Actividad Extra-Curricular FUERA de la Escuela |
| 03 <input type="checkbox"/> En el Patio de Recreo (pero NO durante clase de Educación Fisica) | 06 <input type="checkbox"/> Actividad Fuere de la Escuela (Plan de 24 horas) | 09 <input type="checkbox"/> Espectator |
- ¿La Escuela estaba en sesion? Si No Hora de Entrada: _____ Hora de Salida: _____

11. Fecha del Accidente:	12. Hora: <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	13. ¿Cómo ocurrió el accidente?
14. ¿Donde ocurrió el accidente?		15. Parte del cuerpo herida/o:

16. Certifico que la actividad indicada arriba es patrocinda y supervisada por la escuela y que se cubre bajo una poliza que solicito y compro el dueño de dicha poliza.

Firma de Administrador (a) Escolar _____ Título: _____ Fecha _____

Dirección de correo electrónico _____ Número de teléfono _____

AUTORIZACION Y PRUEBA DE OTRO SEGURO, TIENE QUE COMPLETARLO LOS PADRES O EL GUARDIAN

AUTORIZACIONES MEDICA: Autorizo entrega de cualquier informe medico tipo que sea necesario para procesar esta reclamacion, inclusivo de todos los datos pertinentes a esta limitación o otra incapacidad preva.	AUTORIZACIÓN DE PAGO: Autorizo pagar beneficios medicos directamente a los proveedores que prestaron servicios..
FIRMA _____ FECHA _____	FIRMA _____ FECHA _____

1. Nombre de Padres o Tutor:	2. Nombre y Dirección de su Empleo:
3. Nombre de Padres o Tutor:	4. Nombre y Dirección de su Empleo:

5. NO tengo/tenemos seguro personal o de grupo de ningun tipo. La carta de mi empleo verificando que no tengo seguro medico esta uncluida.
- NO tengo/tenemos seguro medico soy/somos: Empleo Propio Desempleado Invalido
- Si, tengo/tenemos seguro personal o de grupo (Por favor complete #6).
- Tenemos un plan financiado por el gobierno. (Medicaid, Tricare, etc.).** Si usted tiene seguro de enfermedad, por favor suplirnos con una copia de su tarjeta.

6. Nombre de Otra(s) Compañia(s) de Seguro	Dirección

Certifico, juro y afirmo que los informes dados aqui son verdaderos y correctos. Entiendo por completo que cualquier representación fradulenta hecha por mi con intenciones de recibir beneficios baja esta poliza constituye un fraude y puede ser castigable bajo la ley.

Firma de Padres o Tutor: _____ Fecha _____

PADRES: POR FAVOR, LEA TODAS LAS INSTRUCCIONES ANTES DE PRESENTAR UN RECLAMO:

La cobertura del seguro de accidentes comprado proporciona cobertura en la base EXCESO. Bajo este plan, los primeros \$100 de cargos cubiertos se pagan independientemente de cualquier otra cobertura aplicable en que pueda estar en vigor. Después de los primeros \$100 en cargos cubiertos se pagan, gastos que no están cubiertos por su seguro personal o de otros grupos son elegibles para la cobertura de este plan hasta el límite de la póliza.

1. **ESTE FORMULARIO DEBE SER ENVIADO POR CORREO A BOLLINGER DENTRO DE 90 DÍAS DEL DÍA DEL ACCIDENTE PARA ESTABLECER EL ARCHIVO DE RECLAMO DE SU HIJO.**

Por favor verifique y hacer seguro que:

- a) El administrador escolar halla llenado su parte en el formulario de reclamación.
- b) Usted halla llenado y firmado la declaración y autorización médica de Padre/Madre.
- c) La Declaración de Otra sección de Seguro debe completarse por completo.

2. Si el reclamo asciende a más de \$100, Bollinger pagará los primeros \$100 y le devolverá los gastos para que los envíe a su propia cobertura de seguro personal.

3. Después de que su seguro primario haya pagado sus gastos médicos, hasta los límites de póliza, enviar todas las facturas (CMS-1500 de los médicos y UB-04 de los hospitales) con la explicación correspondiente de los Beneficios de su compañía de seguros primaria a medida que los reciba y envíe por correo a la PO BOX mostrado abajo. Si ha pagado alguna factura, debe incluir un recibo(s) o el pago se enviara al proveedor que presta el servicio.

Si esto es una lesión dental, su proveedor debe presentar una lesión relacionada solamente en un formulario ADA Dental formulario J430 o su equivalente y copias de los correspondientes Explicación de Beneficios de su compañía de seguros primaria. Documentos deben ser enviados a PO BOX mostrado abajo.

No podemos aceptar saldos adeudados, estados de cuenta, facturas o libros contables.

4. Por favor escriba el nombre del demandante, el número de póliza y la fecha de accidente en todas las facturas y la Explicación de Beneficios.

5. Por favor mantenga copia de este formulario de reclamo, todas las facturas, y la Explicación de Beneficios de su seguro primario para sus registros.

6. Si necesita más información o tiene alguna pregunta, por favor llamar al 866-267-0092 para hablar con uno de nuestros altamente calificados Representantes de Servicio al Cliente entre las horas de 8 a.m. y 4:15 p.m. E.S.T. Lunes - Viernes o contactenos en nuestro sitio web www.BollingerSchools.com

POR FAVOR NO LLAMAR A LA ESCUELA.

7. Después de haber enviado su hoja de reclamo completa y haya recibido su primer Explicación de Beneficios de parte de Bollinger Specialty Group, ahora tendrá un número de reclamo y pueden ir a www.BollingerSchools.com para inscribirse y verificar condición de su reclamo en línea.

NOTIFICACIÓN DE AVISO DE FRAUDE

Pennsylvania: Cualquier persona que intencionalmente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculte con el propósito de inducir a error, la información relativa a cualquier material factual incurrirá en una acción fraudulenta de insurrección. que es un crimen y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.

PLAN ADMINISTRACIÓN Y RECLAMO DE SERVICIO POR:

Bollinger Specialty Group

A Gallagher Company

P.O. BOX 1346, MORRISTOWN, N.J. 07962

TELEPHONE: 866-267-0092 FAX: 973-921-2876

Fraud Warning

Please review the specific fraud warning for your school or college's location prior to signing the attached form or application.

All Other States: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime and subjects such person to criminal and civil penalties.

Alabama: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or who knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to restitution fines or confinement in prison, or any combination thereof.

Arkansas/Louisiana/Rhode Island/West Virginia: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.

California: For your protection, California law requires the following to appear on this form: Any person who knowingly presents a false or fraudulent information to obtain or amend insurance coverage or to make a claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.

Colorado: It is unlawful to knowingly provide false, incomplete, or misleading facts or information to an insurance company for the purpose of defrauding or attempting to defraud the company.

Penalties may include imprisonment, fines, denial of insurance, and civil damages. Any insurance company or agent of an insurance company who knowingly provides false, incomplete, or misleading facts or information to a policyholder or claimant for the purpose of defrauding or attempting to defraud the policyholder or claimant with regard to a settlement or award payable from insurance proceeds shall be reported to the Colorado division of insurance within the department of regulatory agencies.

District of Columbia: It is a crime to provide false or misleading information to an insurer for the purpose of defrauding the insurer or any other person. Penalties include imprisonment and/or fines. In addition, an insurer may deny insurance benefits if false information materially related to a claim was provided by the applicant.

Florida: Any person who knowingly and with intent to injure, defraud, or deceive any insurer files a statement of claim or an application containing any false, incomplete, or misleading information is guilty of a felony of the third degree.

Kansas: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime and subjects such person to criminal and civil penalties as determined by a court of law.

Kentucky: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime.

Maine/Ohio: Any person who, with intent to defraud or knowing that he/she is facilitating a fraud against an insurer, submits an application or files a claim containing a false or deceptive statement is guilty of insurance fraud.

Maryland: Any person who knowingly or willfully presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or who knowingly or willfully presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.

Massachusetts/Vermont: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claims containing any materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto may be committing a fraudulent insurance act, which may be a crime and may subject such person to criminal and civil penalties.

New Hampshire: Any person who, with a purpose to injure, defraud, or deceive any insurance company, files a statement of claim containing any false, incomplete, or misleading information is subject to prosecution and punishment for insurance fraud, as provided in RSA 638:20.

New Jersey: Any person who includes any false or misleading information on an application for insurance is subject to criminal and civil penalties.

New Mexico: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to civil fines and criminal penalties.

New York: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information, or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent insurance act, which is a crime, and shall also be subject to a civil penalty not to exceed five thousand dollars and the stated value of the claim for each such violation.

North Carolina/Oregon: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto, may have committed a fraudulent insurance act, which may be a crime and may subject such person to criminal and civil penalties.

Oklahoma: WARNING: Any person who knowingly, and with intent to injure, defraud or deceive any insurer, makes any claim for the proceeds of an insurance policy containing any false, incomplete or misleading information is guilty of a felony.

Pennsylvania: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime and subjects such person to criminal and civil penalties.

Puerto Rico: Any person who furnishes information verbally or in writing, or offers any testimony on improper or illegal actions which, due to their nature constitute fraudulent acts in the insurance business, knowing that the facts are false shall incur a felony and, upon conviction, shall be punished by a fine of not less than five thousand (5,000) dollars, nor more than ten thousand (10,000) dollars for each violation or by imprisonment for a fixed term of three (3) years, or both penalties. Should aggravating circumstances be present, the fixed penalty thus established may be increased to a maximum of five (5) years; if extenuating circumstances are present, it may be reduced to a minimum of two (2) years.

Texas: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.

Virginia: Any person who, with the intent to defraud or knowing that he is facilitating a fraud against an insurer, submits an application or files a claim containing a false or deceptive statement may have violated state law.

Washington/Tennessee: It is a crime to knowingly provide false, incomplete or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines and denial of insurance benefits.