

2022-2

Formulario de Accidente del Estudiante

Lea las instrucciones en la página siguiente antes de completar

POR FAVOR MANDE LOS FORMULARIOS A:
CLAIMS ADMINISTRATOR
RPS BOLLINGER
P.O. Box 1346
Morristown, NJ 07962
or email to:
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. <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
7. Telefono:		8. Dirección:			
9. Ciudad / Estado / Zona Postal:				10. Dirección de correo electrónico personal del padre o tutor:	

11. 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 Clase de Educación Fisica 04 Yendo y Viniendo a/de la Escuela 07 Actividad Extra-Curricular (Despues de Escuela) Dentro de la Escuela
- 02 En la Clase o en el Pasillo 05 Viajando en Grupo 08 Actividad Extra-Curricular FUERA de la Escuela
- 03 En el Patio de Recreo (pero NO durante clase de Educación Fisica) 06 Actividad Fuere de la Escuela (Plan de 24 horas) 09 Espectator
- ¿La Escuela estaba en sesion? Si No Hora de Entrada: _____ Hora de Salida: _____

12. Fecha del Accidente:	13. Hora: <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	14. ¿Cómo ocurrió el accidente?
15. ¿Donde ocurrió el accidente?		16. Parte del cuerpo herida/o:

17. 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 del Padre:	2. Nombre y Dirección du su Empleo:
3. Nombre de la Madre:	4. Nombre y Dirección du 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 Madre/Padre/Guardian: _____ 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 5 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:



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

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