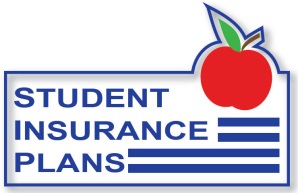
**Catlin%20Logo2017-2018 K-12 ACCIDENT ONLY CLAIM FORM**

**MAIL TO: Catlin Insurance Company**

**27422 Portola Pkwy, Suite 110**

***Account Management:***

***469-579-4139 Main***

***469-579-4482 Fax***

**Foothill Ranch, CA 92610**

[](https://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi0q5njnpbVAhVI2oMKHZV1AdsQjRwIBw&url=https://www.cofinity.net/&psig=AFQjCNEUcpZ1j1pYcP4wgpM29CqjBqnrJA&ust=1500584433126834)**Phone (877)-916-7920 / Fax (949)-271-2330**

**CLAIM INSTRUCTIONS**

* La forma de accidente debe ser presentada dentro de 90 días desde la fecha de la lesión para Student Insurance Plans por el padre o tutor no esperar para facturas a presentar el formulario de accidente. **EL PROVEEDOR DE ESTE ARCHIVO PARA NO SE ESPERAN.**
* Tratamiento debe iniciarse dentro de 90 días de la lesión. Tratamiento será cubierto por 1 año desde la fecha del accidente.
* Todos los pagos se harán a los proveedores de servicio (Hospital, médico y otros), a menos que acompañado por un recibo de pago.
* Cubierto de correo todas las facturas detallada mostrando diagnóstico, fechas de tratamiento y los planes seguro de estudiante con cualquier explicación aplicable de los beneficios de la aseguradora primaria dentro de 90 días de tratamiento o de pago a la aseguradora primaria
* Cobertura completo exceso - beneficios son pagaderas para gastos que no pueden por salud Plan

***Fracaso para seguir primario de otra compañía pautas será resultado en negación de beneficios***

Tenga en cuenta el nombre del distrito escolar en todas las facturas y correspondencia NINGÚN RECLAMO ADICIONAL ES NECESARIO.

**Para la verificación de proveedor participación visita imsppo.com**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NINGUNA RECLAMACIÓN PUEDE SER PROCESADA A MENOS QUE SE SIGAN TODAS LAS INSTRUCCIONES Y EL FORMULARIO ES COMPLETADO EN SU TOTALIDAD** | | | | | | | | | | |
| **PARTE I - INFORME DE LA ESCUELA** | | | | | | | | | | |
| 1. Nombre del districto escolar |  | | | 2. Nombre de la escuela | | |  | | | |
| 3. Nombre del estudiante: Apellido Nombre MI | | | 4. Estudiante ID# | | 5. Grado | | | 6. Cumpleaños | | 7. Sexo |
| 8. Naturaleza de la lesión (por favor describa completamente, lo que indica qué parte del cuerpo fue herido – es decir, rotura de brazo, esguince de tobillo, etc.) Left Right | | | | | | | | | | |
| 9. Describir cómo ocurrió el accidente. (Dar todos los datos posibles) DEBE SER UNA LESIÓN CORPORAL DEBIDO A UN ACCIDENTE. | | | | | | | | | | |
| 10. Si el accidente ocurrido en la escuela o actividad escolar, por favor complete lo siguiente:  Yes No a) Mientras que el demandante fue supervisado?  Yes No b) Durante una actividad patrocinada? | | | 11. a) Fecha y hora del accidente         b) donde ocurrió: | | | | | | 12. Tipo de actividad (ei: fútbol, softball) | |
| 13 Nombre y título de oficial de la escuela | | 14. Firma del oficial de la escuela | | | | | | | 15 Fecha | |
| "Cualquier persona que a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o de cualquier otra persona archivos una declaración de reclamación que contenga cualquier información materialmente falsa u oculta para el propósito de engañar, información sobre material de hecho, comete un acto de seguro fraudulento, que es un crimen." | | | | | | | | | | |
| **OTRA INFORMACIÓN, DEBE SER COMPLETADO EN SU TOTALIDAD** | | | | | | | | | | |
| 1. Nombre del padre o tutor: | | | | | | | | | | |
| 2. Nombre de la madre o tutor: | | | | | | | | | | |
| 3. Dirección: | | | | 3A. Número de teléfono: | | | | | | |
| (Ciudad, estado, código postal) | | | | | | | | | | |
| 4. Nombre y dirección del empleador del padre: | | | | | | 4A. Número de teléfono: | | | | |
| 5. Nombre y dirección del empleador de la madre: | | | | | | 5A. Número de teléfono: | | | | |
| **6. Es el estudiante cubierto por otro seguro? Yes**  **No**  **Grupo o póliza individual?**  **Si la cobertura es de grupo, por favor proporcione la siguiente información:**  **Nombre del asegurado:** **Relación a estudiante:** **Seguro Compañía:**  **Phone # or Policy #:** **7. Es el estudiante asegurado bajo CHIPS or Medicaid? Yes**  **No** | | | | | | | | | | |
| Declaración jurada: verificar que la declaración anterior en otro seguro es exacta y completa. Entiendo que la decoración intencional de información incorrecta por el correo puede ser fraudulento y violan las leyes federales, así como las leyes del estado por la presente autorizo a cualquier médico u hospital que ha tratado o asistieron al reclamante anterior para equipar a la compañía de seguros o su representante cualquier información solicitada. Una fotocopia de esta autorización debe ser considerado válido.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del padre o tutor debe firmar fecha de firma | | | | | | | | | | |

**Catlin%20Logo**

**Catlin Insurance Company**

**27422 Portola Pkwy, Suite 110**

**Foothill Ranch, CA 92610**

**(844)-882-8318**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del districto escolar: \_\_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hemos recibido cargos por los servicios prestados al estudiante que se hace referencia arriba, sin embargo para poder procesar esta afirmación necesitamos verificación con respecto a otros seguros.

Está cubierto el estudiante por cualquier otra cobertura de seguro?

Yes  No

Si es así, es este sustituciones un grupo o una póliza individual? **\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Si sustituciones es una directiva de grupo, por favor proporcione la siguiente información:

Nombre del asegurado:

Relación alumno/paciente :

Seguro Comañia:

Declaración jurada: verificar que la declaración anterior con respecto a otros seguros es exacta y completa. Entiendo que el equipamiento intencional de información incorrecta por el correo puede ser fraudulento y violan las leyes federales, así como las leyes del estado.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Firma del padre o tutor Fecha

NOTA: La cobertura se proporciona sobre una base exceso. Ningún beneficio de esta póliza es pagadera por cualquier gasto que sea pagado o por pagar por otro seguro válido y cobrable, incluyendo cualquier ERISA o auto financiado plan de grupo o seguro de automóvil. Si se aplica otra cobertura de seguro, su reclamo con ellos primero. Cuando se recibe la explicación de la prestación o negación (EOB) de su otro seguro, enviar a la dirección anterior con cuentas detalladas. Beneficios para gastos elegibles serán pagados por la política.