**2017-2018 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**

**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 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.