

**CLAIM INSTRUCTIONS**



**Account Management:**  
469-579-4139 Main  
469-579-4482 Fax



- 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](http://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 distrito 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 <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/>						
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> a) Mientras que el demandante fue supervisado? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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."						
<b>OTRA INFORMACIÓN, DEBE SER COMPLETADO EN SU TOTALIDAD</b>						
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
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						

**\*\* TAMBIÉN SE DEBE COMPLETAR EL FORMULARIO EN LA SEGUNDA PÁGINA \*\***

**CATLIN**

**Catlin Insurance Company  
27422 Portola Pkwy, Suite 110  
Foothill Ranch, CA 92610  
(877)-916-7920**

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

Nombre del distrito 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 Compañía: \_\_\_\_\_

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.