


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 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."						
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 <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.