

Este formulario debe devolverse a la **División Escolar dentro de los 365 días a partir de la fecha del incidente.**

La escuela no aceptará facturas ni EOB. VAcorp enviará información a los padres sobre el envío de las facturas y EOB para su consideración en los reclamos aplicables.



(888) 822-6772

Formulario de Reclamo
Catastrófico de
Accidente Estudiantil

La Cobertura de Accidentes estudiantiles es SECUNDARIA a cualquier otro seguro, incluidos Medicaid, FAMIS o seguro de salud privado.

Por favor escoja uno de los siguientes: Fatalidad Herida catastrófica

PARTE 1: INFORMACION DEL INCIDENTE (PARA SER COMPLETADA POR LA ESCUELA)

división de la escuela: _____

Nombre de la escuela: _____

dirección de la escuela: _____

Nombre del estudiante: _____

Masculino Femenino Fecha de la lesión/fatalidad _____ Fecha de nacimiento: _____

Grado cursado: _____

Parte del Cuerpo: _____ Diagnostico: _____

descripción del incidente (use otro pedazo de papel si es necesario): _____

Si es actividad física, indique el deporte: _____

Al momento de la lesión, estaba participando en una actividad patrocinada por la división Escolar Si No

¿Bajo qué supervisión? _____ teléfono #: _____

Numero de reclamo asignado en el sitio web: _____

Firma del Preparador: _____ Titulo: _____

Nombre Impreso: _____ Fecha: _____ teléfono #: _____

PART 2: INFORMACION DE LOS PADRES (A COMPLETAR POR LOS PADRES, INCLUYA LA INFORMACION DEL ESTUDIANTE Y DE LOS PADRES) *Si necesita espacio adicional, puede utilizar otro pedazo de papel.*

información del Estudiante:

dirección del Estudiante: _____ SSN del Estudiante----- _____

información de los Padres:

Nombre del Padre: _____ teléfono #: _____

Empleador del Padre: _____

dirección del Empleador: _____

Nombre de la Madre: _____ teléfono #: _____

Empleador de la madre: _____

dirección del Empleador: _____

Enumere TODAS las pólizas de seguro: Medicare/Medicaid Marcar si no tiene seguro

Nombre de la aseguranza (1): _____

dirección: _____ póliza #: _____

télefono #: _____ Grupo HICN (si es Medicare): _____

Nombre del Titular de la póliza: _____

Nombre de la aseguranza (2): _____

dirección: _____ póliza #: _____

HICN (Si es Medicare): _____

télefono #: _____ Grupo Nombre individual del titular de la póliza: _____

<p>información sobre el tratamiento; Nombre y direcciones de médicos que atendieron al estudiante después del accidente:</p> <p>Nombre del Medico/ instalación (1): _____</p> <p>dirección del Medico/ instalación : _____</p> <p>teléfono #: _____ Fecha tratado por el Medico/instalación _____</p> <p>Nombre del Medico/ instalación (2): _____</p> <p>dirección del Médico o instalación: _____</p> <p>teléfono #: _____ Fecha tratado por Medico/instalación: _____</p> <p>Nombre del Medico/ instalación (3): _____</p> <p>dirección del Medico/ instalación: _____</p> <p>teléfono#: _____ Fecha tratado por Medico/ instalación: _____</p>
<p>Si informo este incidente al departamento de policía? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso que si, indique el nombre del departamento de policía</p>
<p>En caso de fatalidad, se realizó una autopsia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, quien realizo la autopsia (Nombre y dirección)</p>
<p>¿El fallecido tenía alguna enfermedad crónica, defectos físicos o deformidades? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso de que si, describa:</p>

INSTRUCCIONES:

En caso de accidente, notifique a la escuela de inmediato.

La cobertura de accidentes estudiantiles solo está disponible para cubrir a los estudiantes por lesiones accidentales que ocurran mientras el contrato esté vigente.

1. Complete este formulario de reclamo, firme y devuélvalo a la división escolar dentro de los 365 días a partir de la fecha de la lesión. La división escolar debe enviar este formulario de reclamo a VAcorp antes de que cualquier factura sea revisada o procesada. **Si el formulario de reclamo se envía a VAcorp después de 365 días de la fecha de la lesión, el reclamo no se considerará para pago.**
2. El tratamiento debe comenzar dentro de los 180 días del accidente para ser considerado; los gastos se deben incurrir dentro de los 5 años posteriores a la fecha del accidente. **Cualquier gasto incurrido más de 5 años después del accidente no será considerado para pago.**
3. Para procesar este reclamo para pago, VAcorp necesitará facturas detalladas y todas las explicaciones de beneficios (EOB) que muestren lo que ha pagado su seguro. No se aceptarán declaraciones sin información detallada.
4. Cuando reciba un EOB, envíelo a VAcorp, junto con las declaraciones detalladas correspondientes. Pagaremos beneficios por gastos elegibles según los términos del contrato.
5. Los beneficios se pagan directamente a los proveedores de servicios a menos que VAcorp reciba recibos pagados.
6. Si el incidente resultó en una muerte, adjunte una copia del certificado de defunción a este formulario. Solo se requiere una copia del certificado de defunción, no un certificado notariado.
7. VAcorp no emitirá el pago de ningún reclamo hasta que se proporcione un Número de Seguro Social (SSN) y la fecha de nacimiento del reclamante según las pautas de MMSEA. En lugar de un SSN, se puede enviar un número de reclamo de seguro médico de Medicare (HICN).
8. Todos los reclamos están sujetos a los términos, condiciones y exclusiones que se encuentran en el documento de cobertura. El contrato de cobertura reemplaza cualquier declaración contradictoria contenida en este documento.

Los beneficios se proporcionarán sobre una base de excedente **SECUNDARIO** para los gastos cubiertos. Los beneficios se pagan hasta el máximo aplicable para los gastos cubiertos que exceden otros seguros válidos y de colectivos, incluidos Medicaid, Medicare, FAMIS y seguros de salud privados. Deberá de seguir cualquier requisito para obtener beneficios de atención medica; de lo contrario, los beneficios de VAcorp pueden reducirse, cuando corresponda, como se establece en las disposiciones del Contrato.

AUTHORIZACION DE LIBERACION DE INFORMACION: Por la presente autorizo a todas las fuentes de servicios médicos a entregar copias completas de mi historial médico, incluyendo historia relacionada a mi salud mental, enfermedades transmisibles, HIV, AIDS, y el tratamiento de alcohol, y abuso de drogas a Virginia Association of Counties Group Self-Insurance Risk Pool y sus subsidiarios y afiliados, sus asociados de reclamo y representantes legales (en adelante denominados colectivamente como VAcorp). Autorizo el uso de esta información para que VAcorp investigue, procese y determine el monto a pagar, si corresponde, por todas demandas hecha bajo el contrato de VAcorp siniestro & propiedad que aplique a el accidente o suceso en _____. Entiendo que, como parte del proceso de trámite de reclamos, VAcorp puede divulgar información médica y cualquier otra información obtenida por otros profesionales médicos, dentistas o proveedores médicos, para su revisión y opinión profesional. Esta información puede ser revelada a otras compañías de seguro para su uso en relación con transacciones de seguro o como requerido o permitido por la ley. información obtenida después de esta autorización se puede volver a divulgar posteriormente y puede que no sea protegida bajo las reglas de privacidad de HIPAA. Entiendo que puedo negarme a autorizar la divulgación de toda o parte de la información solicitada, pero esta negación podría potencialmente causar retraso en procesar o resultar en negación de beneficios de seguro para los reclamos por lesiones pendientes.

Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento, excepto en la medida que VAcorp ha tomado acción en defender esta autorización antes de la notificación de la revocación. La revocación debe ser por escrito, fechada, firmada y debe incluir el número de reclamo referido. Yo entiendo que revocación de esta autorización potencialmente puede causar retraso en el proceso o resultar en negación de beneficios de seguro para el reclamo por lesiones pendientes. Esta autorización es válida por el periodo del reclamo referido, y una fotocopia es tan valida como el documento original. Esta autorización específicamente aplica a documentos hechos antes, durante o después del día que firme esta autorización y durante el tiempo que esta autorización este en efecto.

He leído la autorización y he firmado este documento. Estoy de acuerdo en que si se determina en una fecha posterior que hay otros beneficios de seguro que se pueden cobrar en este reclamo, reembolsare a VAcorp en la medida en que VAcorp realizo un pago por el cual no estaba obligado por el contrato. Es un delito proporcionar conscientemente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudación. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y negación de beneficios de seguro.

Pagos serán hechos al proveedor de servicios (hospital, médicos y otros) a menos que un recibo de pago acompañe la factura cuando el reclamo es ingresada a VAcorp.

Firma de pares o representante legal: _____ Fecha: _____

Si firma el representative autorizado, explique su relación con el estudiante o designación legal: _____