

Este formulario debe devolverse a la **División Escolar dentro de los 90 días a partir de la fecha del incidente**. VAcorp enviará información a los padres sobre la presentación de facturas y EOB para su consideración en las reclamaciones aplicables. La escuela no aceptará facturas ni EOB.



(888) 822-6772

FORMULARIO DE RECLAMO DE ACCIDENTE ESTUDIANTIL

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

PART 1: INFORMACION DE INCIDENTE (A COMPLETAR POR LA ESCUELA)

División Escolar: _____
 Nombre de la Escuela: _____
 Dirección de Escuela: _____
 El Nombre del Estudiante: _____
 Masculino Femenino Fecha del incidente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Nivel de Grado: _____
 Parte del Cuerpo: _____ Diagnostico: _____
 Descripción del Accidente(Incluya una página adicional 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 que supervisión? _____ Teléfono #: _____
 Numero de reclamo asignado en sitio web: _____
 Firma del Preparador: _____ Titulo: _____
 Nombre Impreso: _____ Fecha: _____ teléfono #: _____

PART 2: INFORMACION DE LOS PADRES (DEBERA SER COMPLETADO POR LOS PADRES, INCLUYA LA INFORMACION DEL ESTUDIANTE Y DE LOS PADRES) *Si se necesita espacio adicional, no dude en usar otra pieza de papel. *

Información del Estudiante:
 dirección del Estudiante: _____ SSN de 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 palizas de seguro: Medicare/Medicaid Seleccionar si no tiene seguro
 Nombre de la aseguranza: _____
 dirección: _____ póliza#: _____
 teléfono #: _____ Grupo Individual HICN (si es Medicare): _____
 Nombre del Titular de la póliza: _____
Médico Tratante Inicial:
 Nombre del Medico/ Instalaciones: _____
 dirección del Medico/ Instalaciones: _____
 teléfono #: _____ Fecha de visita al Medico: _____

INSTRUCCIONES PARA EL RECLAMO: 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 90 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 90 días de la fecha de la lesión, el reclamo no se considerará para pago.
2. Todos los gastos deben ser incurridos y reportados a VAcorp dentro de un año a partir de la fecha del incidente. Cualquier gasto incurrido y / o reportado a VAcorp con más de 365 días después del accidente no será considerado para el pago.
3. Para poder tramitar este reclamo de pago, VAcorp necesitará facturas detalladas con todas las explicaciones de beneficios (EOB) que muestre 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 padres / representantes legales, quienes deben pagar a los proveedores médicos.
6. VAcorp no emitirá el pago de ningún reclamo hasta que se proporcione un número de Seguro Social 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).
7. 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 brindan en forma de exceso **SECUNDARIO** para los gastos cubiertos. Los beneficios se pagan hasta el máximo aplicable para los gastos cubiertos que exceden otros seguros válidos y de colección, incluidos Medicaid, Medicare, FAMIS y seguros de salud privados. Debe seguir cualquier requisito para obtener beneficios de atención médica; de lo contrario, los beneficios de VAcorp pueden reducirse, cuando corresponda, como se establece en las disposiciones del Contrato.

AUTORIZACIÓN PARA LIBERACION DE INFORMACIÓN: Por la presente autorizo a todas las fuentes de servicios médicos y proveedores de atención médica a entregar una copia completa de mis registros de salud, incluidos los registros relacionados con la salud mental, enfermedades transmisibles, VIH o SIDA y el tratamiento de abuso de alcohol o drogas a Virginia Grupo de riesgo de autoseguro de la Asociación de Condados, sus subsidiarias y afiliados, sus asociados de reclamos y representantes legales (en adelante denominados colectivamente como VAcorp).

Autorizo el uso de la información anterior para que VAcorp investigue, procese y determine el monto a pagar, si corresponde, por todos los reclamos realizados en virtud de cualquier contrato de propiedad y siniestro de VAcorp que se aplique al 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, proveedores médicos para su revisión y opinión profesional. Esta información también puede divulgarse a otras compañías de seguros para su uso en relación con transacciones de seguros, o según lo exija o permita la ley. La información obtenida de conformidad con esta autorización se puede volver a divulgar posteriormente y no se puede proteger bajo la regla 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 un retraso en el proceso o la denegación de los beneficios del seguro para los reclamos de lesiones pendientes.

Esta autorización puede revocarse en cualquier momento, excepto en la medida en que VAcorp haya tomado medidas basándose en esta autorización antes de la notificación de revocación. Dicha revocación debe ser por escrito, fechada, firmada e incluir el número de reclamo mencionado anteriormente. Entiendo que la revocación de esta autorización puede causar un retraso en el procesamiento o la denegación de los beneficios del seguro para los reclamos de lesiones pendientes. Esta autorización es válida por la duración del reclamo mencionado anteriormente, y una fotocopia es tan válida como el documento original. Esta autorización se aplica específicamente a los registros realizados antes, durante y después de la fecha de firma de esta autorización durante el tiempo que la autorización esté vigente.

He leído la autorización y he firmado este documento. Verifico que la declaración en la Parte 2 sobre otro seguro es verídica y completa. Estoy en acuerdo en que si se determina en una fecha posterior que hay otros beneficios de seguro que se pueden cobrar en este reclamo, reembolsaré a VAcorp en la medida en que VAcorp realizó 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.

Cualquier pago se realizará directamente a los padres / representantes legales, quienes deberán pagar a los proveedores médicos.

Firma del padre o representante legal: _____ **Fecha:** _____

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