

Este formulario debe ser devuelto a la **división escolar dentro de 90 días a partir de la fecha del incidente**. La escuela no aceptará facturas ni EOBs. VAcorp enviará información a los padres o representantes legales para presentar facturas o EOBs para consideración de los reclamos aplicables.



(888) 822-6772



**Formulario de Demanda  
Fatal o catastrófica**

**La cobertura accidental para el estudiante es SECUNDARIO a cualquier otro seguro incluyendo Medicaid, FAMIS o seguro de salud privado**

**Por favor escoja uno de los siguientes:**  Fatalidad  Herida Catastrófica

**PARTE 1: INFORMACION DE EL 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 del accidente/fatalidad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Grado cursado: \_\_\_\_\_

Parte del cuerpo afectada: \_\_\_\_\_ Diagnostico: \_\_\_\_\_

Descripción del accidente (use otro pedazo de papel si es necesario): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor indique el deporte en el que el estudiante estaba participando al momento del incidente: \_\_\_\_\_

¿Al momento del accidente, estaba el estudiante participando en una actividad organizada por la división de Escolar? Si

No Bajo la supervisión de quién? \_\_\_\_\_ Teléfono#: \_\_\_\_\_

Numero de reclamo asignado en el sitio del web: \_\_\_\_\_

Firma del preparador: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ teléfono #: \_\_\_\_\_

**PARTE 2 INFORMACION DE LOS PADRES (PARA SER COMPLETADA POR LOS PADRES, POR FAVOR INCLUYA INFORMACION DE LOS PADRES Y EL ESTUDIANTE \*USE OTRO PEDAZO DE PAPEL SI NECESARIO\***

**Información del Estudiante:**

Dirección del estudiante: \_\_\_\_\_

Numero Seguro Social del estudiante ----- \_\_\_\_\_

**información del Padre:**

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ teléfono #: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador del Padre: \_\_\_\_\_

dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ teléfono#: \_\_\_\_\_

Empleador de la Madre: \_\_\_\_\_

dirección del empleador de la madre: \_\_\_\_\_

Por favor liste **TODAS** pólizas de seguro:  Medicare/Medicaid  Marque si no tiene seguro

Nombre de aseguranza (1): \_\_\_\_\_

dirección: \_\_\_\_\_

Póliza#: \_\_\_\_\_ HICN (si es Medicare): \_\_\_\_\_

télefono #: \_\_\_\_\_  Grupo  Nombre individual de el poseedor de la póliza: \_\_\_\_\_

Nombre de aseguranza(2): \_\_\_\_\_

dirección: \_\_\_\_\_ póliza #: \_\_\_\_\_

póliza #: \_\_\_\_\_ HICN (Si es Medicare): \_\_\_\_\_

télefono #: \_\_\_\_\_  Grupo  Individual Nombre del Titular de la póliza: \_\_\_\_\_

<b>información del tratamiento; Nombre y direcciones de médicos que atendieron al estudiante después del accidente:</b>	
Nombre del Medico/instalación (1): _____	
dirección de Medico/instalación: _____	
teléfono #: _____	Fecha visto por Medico/instalación _____
Nombre del Medico/instalación (2): _____	
dirección de Medico o Facilidad: _____	
teléfono #: _____	Día visto por Medico/Facilidad: _____
Nombre del Medico/instalación (3): _____	
dirección de Medico/instalación: _____	
teléfono#: _____	Día visto por Medico/Facilidad: _____
Si ocurrió una fatalidad. ¿Se realizó una autopsia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Quien condujo la autopsia? (Nombre y dirección)	
Tenia el fallecido una enfermedad crónica, defectos físicos, o deformidades?? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Por favor describa:	

#### Instrucciones

En caso de accidente notifique a la escuela inmediatamente.

La cobertura catastrófica de VHSL está disponible solo para cubrir estudiantes con heridas accidentales ocurridas mientras participando en actividades VHSL y mientras este contrato este vigente.

1. Complete este formulario de reclamo, fírmelo y devuélvalo dentro de 90 días a partir de la fecha del incidente. Este formulario de reclamo debe ser enviado a VAcorp por la división escolar antes de que cualquier factura sea revisada o procesada. **Si el formulario es enviado después de 90 días a partir de la fecha del incidente, el reclamo no será considerado para ser pagado.**
2. Para procesar el pago de este reclamo, VAcorp necesitará una lista detallada de facturas y todas las explicaciones de beneficios (EOB) que su seguro haya pagado. Facturas sin información detallada no serán aceptadas.
3. Cuando reciba un EOB, envíelo a VAcorp junto con cualquier factura detallada. Nosotros pagaremos beneficios para gastos elegibles según los términos del contrato.
4. Si el incidente resultó en una fatalidad, envíe una copia del certificado de defunción con este formulario; solo una copia es necesaria.
5. VAcorp no pagará ningún reclamo hasta que el número de seguro social y prueba de la fecha de nacimiento del solicitante sean proporcionados según las guías de MMSEA. En lugar del número de seguro social, se puede enviar el número de reclamo de seguro de salud de Medicare (HICN).
6. Todos los reclamos están sujetos a los términos, condiciones y exclusiones encontradas en el documento de cobertura. El contrato de cobertura reemplaza cualquier declaración contradictoria contenida en este documento.

El **Fondo** pagara los gastos médicos que la **persona cubierta** incurra que sobrepasen la cantidad pagable por **Otro Plan de Seguro** sujetos a los porcentajes de deducible y **Periodo de Beneficios** mostrado en el programa. El **Fondo** determinara la cantidad de beneficios proveídos por **Otro Plan de Seguro** sin referencia a cualquier coordinación de beneficios no-duplicados de beneficios o provisiones similares. La cantidad de beneficios por otro **Plan de Seguro** incluye cualquier cantidad que la **persona cubierta** tenga derechos sea que el reclamo de beneficios sea hecha o no.

**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 padres o representante legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Si firma el representante autorizado, explique su relación con el estudiante o designación legal: \_\_\_\_\_