

2019-20

Formulario de Accidente del Estudiante

Lea las instrucciones en la página siguiente antes de completar

**POR FAVOR MANDE LOS FORMULARIOS A:
CLAIMS ADMINISTRATOR
BOLLINGER INC.
P.O. Box 1346
Morristown, NJ 07962**

1. Distrito Escolar		2. Escuela que Asiste el Niño/la Niña en el Distrito:			3. Master Policy No.: SR2014-P-053825	
4. Apellido del Reclamador:		Primer Nombre:		5. Fecha de nacimiento	6. <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	7. Telefono
8. Dirección:			9. Ciudad / Estado / Zona Postal:			
10. Dirección de correo electrónico personal del padre o tutor:						

11. Marque actividad en cual participaba el estudiante cuando tuvo el accidente:

- A. Deportes Intrescolasticos _____ Nombre del Deporte
- B. Animadoras Batutera o Banderetera Banda de Musica
- O:
- | | | |
|---|--|--|
| 01 <input type="checkbox"/> Clase de Educación Física | 04 <input type="checkbox"/> Yendo y Viniendo a/de la Escuela | 07 <input type="checkbox"/> Actividad Extra-Curricular (Despues de Escuela) Dentro de la Escuela |
| 02 <input type="checkbox"/> En la Clase o en el Pasillo | 05 <input type="checkbox"/> Viajando en Grupo | 08 <input type="checkbox"/> Actividad Extra-Curricular FUERA de la Escuela |
| 03 <input type="checkbox"/> En el Patio de Recreo (pero NO durante clase de Educación Física) | 06 <input type="checkbox"/> Actividad Fuere de la Escuela (Plan de 24 horas) | 09 <input type="checkbox"/> Espectador |
- ¿La Escuela estaba en sesion? Si No Hora de Entrada: _____ Hora de Salida: _____

12. Fecha del Accidente:	13. Hora: <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	14. ¿Cómo ocurrió el accidente?
15. ¿Donde ocurrió el accidente?		16. Parte del cuerpo herida/o:

17. Certifico que la actividad indicada arriba es patrocinda y supervisada por la escuela y que se cubre bajo una poliza que solicito y compro el dueño de dicha poliza.

Firma de Administrador (a) Escolar _____ Título: _____ Fecha _____

Dirección de correo electrónico _____ Número de teléfono _____

AUTORIZACION Y PRUEBA DE OTRO SEGURO, TIENE QUE COMPLETARLO LOS PADRES O EL GUARDIAN

AUTORIZACIONES MEDICA: Autorizo entrega de cualquier informe medico tipo que sea necesario para procesar esta reclamacion, inclusivo de todos los datos pertinentes a esta limitación o otra incapacidad preva.	AUTORIZACIÓN DE PAGO: Autorizo pagar beneficios medicos directamente a los proveedores que prestaron servicios..
FIRMA _____ FECHA _____	FIRMA _____ FECHA _____

1. Nombre del Padre:	2. Nombre y Dirección de su Empleo:
3. Nombre de la Madre:	4. Nombre y Dirección de su Empleo:
5. <input type="checkbox"/> NO tengo/tenemos seguro personal o de grupo de ningun tipo. La carta de mi empleo verificando que no tengo seguro medico esta uncluida. <input type="checkbox"/> NO tengo/tenemos seguro medico soy/somos: <input type="checkbox"/> Empleo Propio Desempleado <input type="checkbox"/> Invalido <input type="checkbox"/> Si, tengo/tenemos seguro personal o de grupo (Por favor complete #6). <input type="checkbox"/> Tenemos un plan financiado por el gobierno. (Medicaid, Tricare, etc.). Si usted tiene seguro de enfermedad, por favor suplirnos con una copia de su tarjeta.	
6. Nombre de Otra(s) Compañía(s) de Seguro	Dirección

Certifico, juro y afirmo que los informes dados aqui son verdaderos y correctos. Entiendo por completo que cualquier representación fradulenta hecha por mi con intenciones de recibir beneficios baja esta poliza constituye un fraude y puede ser castigable bajo la ley.

Firma de Madre/Padre/Guardian: _____ Fecha _____

PADRES: POR FAVOR, LEA TODAS LAS INSTRUCCIONES ANTES DE PRESENTAR UN RECLAMO:

La cobertura de seguro contra accidentes comprada por la Junta de Educación / Escuela proporciona cobertura únicamente en EXCESO. Esto significa que solo aquellos gastos médicos que NO sean pagaderos por su propio seguro personal o grupal son elegibles para cobertura bajo esta política hasta los límites.

Siga estas instrucciones a continuación cuando presente un reclamo:

1. **ESTE FORMULARIO DEBE SER ENVIADO POR CORREO A BOLLINGER DENTRO DE 90 DIAS DEL DIA DEL ACCIDENTE PARA ESTABLECER EL ARCHIVO DE RECLAMO DE SU HIJO.**

Por favor verifique y hacer seguro que:

- a) El administrador escolar halla llenado su parte en le formulario de reclamacion.
 - b) Usted halla llenado y firmado la declaracion y autorizacion medica de Padre/Madre.
 - c) La Declaracion de Otra seccion de Seguro debe completarse por completo.
2. Una vez que usted haya mandado este formulario a Bollinger, presentar un reclamo por todos los gastos medicos a su compania que administra su seguro personal o grupo (incluyendo una cobertura medica importante).
3. Despues de que su seguro primario haya pagado sus gastos medicos, hasta los limites de poliza, enviar todas las facturas (CMS-1500 de los medicos y UB-04 de los hospitals) con la explicacion correspondiente de los Beneficios de su compania de seguros primaria a medida que los reciba y envíe por correo a la PO BOX mostrado abajo. Si ha pagado alguna factura, debe incluir un recibo(s) o el pago se enviara al proveedor que presta el servicio.

Si esto es una lesion dental, su proveedor debe presentar una lesion relacionada solamente en un formulario ADA Dental formulario J430 o su equivalente y copias de los correspondientes Explicacion de Beneficios de su compania de seguros primaria. Documentos deben ser enviados at PO BOX mostrado abajo.

No podemos aceptar saldos adeudados, estados de cuenta, facturas o libros contables.

4. Por favor escriba el nombre del demandante, el numero de poliza y la fecha de accidente en todas las facturas y la Explicacion de Beneficios.
5. Por favor mantenga copia de ester formulario de reclamo, todas las facturas, y la Explicacion de Beneficios de su seguro primario para sus registros.
6. Si necesita mas informacion o tiene alguna pregunta, por favor llamar al 866-267-0092 para hablar con uno de nuestros altamente calificados Representantes de Servicio al Cliente entre las horas de 8 a.m. y 5 p.m. E.S.T. Lunes - Viernes o contactenos en nuestro sitio web www.BollingerSchools.com
POR FAVOR NO LLAMAR A LA ESCUELA.
7. Despues de haber enviado su hoja de reclamo completa y haya recibido su primer Explicacion de Beneficios de parte de Bollinger Specialty Group, ahora tendra un numero de reclamo y pueden ir a www.BollingerSchools.com para inscribirse y verificar condicion de su reclamo en linea.

PLAN ADMINISTRACIÓN Y RECLAMO DE SERVICIO POR:



Bollinger Specialty Group

BOLLINGER, INC., A SUBSIDIARY OF
ARTHUR J. GALLAGHER & CO.

P.O. BOX 1346, MORRISTOWN, N.J. 07962

TELEPHONE 866-267-0092

www.BollingerSchools.com