



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DEL ESTUDIANTE

- 1. Complete este formulario en su totalidad
2. Adjunte facturas detalladas
3. Envíe el correo, correo electrónico o fax a HSR

P.O. Box 117558
Carrollton, Texas 75011-7558
Teléfono: (972) 512-5600 Fax: (972) 512-5818
Llamada gratuita (866) 409-5734
Correo electrónico: K12claims@hsri.com

Distrito escolar:

Nombre de la escuela:

Número de identificación del estudiante:

PARTE I - INFORME DEL ASEGURADO

Formulario de Parte I con campos para: 1. Nombre del solicitante, 2. Número de seguridad social, 3. Sexo, 4. Fecha de nacimiento, 5. Correo electrónico, 6. Dirección de la persona lesionada, 7. Número de teléfono, 8. Nombre, dirección, ciudad, estado y código postal del Padre/Tutor Legal, 9. Número de teléfono, 10. Fecha del accidente/enfermedad, 11. Hora del accidente, 12. Lugar donde ocurrió el accidente, 13. Fecha del primer tratamiento, 14. Indique qué dientes fueron dañados, 15. Describir estado de los dientes lesionados, 16. Tipo de lesión, 17. Describa cómo ocurrió el accidente, 18. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor la actividad?, 19. Nombre de la persona a cargo, 20. Si participaba en un deporte.

PARTE II - OTRA DECLARACIÓN DE SEGUROS

¿Tiene usted, su esposo o su padre un plan médico o de salud? o ¿el demandante se encuentra registrado como individuo, empleado o miembro dependiente de una entidad de medicina prepagada (HMO) o un plan de atención de salud prepagado similar...

Formulario de Parte II con campos para: En caso afirmativo, nombre de la compañía de seguros, Nombre de la compañía de seguros, Si corresponde, nombre, dirección y número de teléfono del empleador principal del solicitante, Si corresponde, nombre, dirección y número de teléfono del empleador principal de la madre, Si corresponde, nombre, dirección y número de teléfono del empleador principal del padre.

SI EXISTEN OTROS SEGUROS O PLANES DE SALUD, PRESENTAR COPIAS de la EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS, junto con su reclamación. SI NO EXISTE OTRO SEGURO o PLAN DE SALUD, LEA Y FIRME ABAJO.

Estoy de acuerdo que, en caso de que se determine en una fecha posterior la existencia de un seguro (o similar), deberé reembolsar a HEALTH SPECIAL RISK, INC., o a la compañía de seguros hasta la cantidad que pueda cobrarse.

Formulario de Parte II con campos para: Firma del Padre/Tutor legal, Fecha, Firma del testigo, Fecha.

PARTE III - AUTORIZACIÓN PARA PAGAR LOS BENEFICIOS AL PROVEEDOR

Por la presente autorizo a que los pagos médicos se realicen directamente al/los médico(s), hospital(es), o proveedor(es) de servicio(s) indicados en relación con esta reclamación. (Si no está firmado, presentar el comprobante de pago)

FIRMA FECHA

Por la presente autorizo a cualquier compañía de seguros, hospital, médico u otra persona que haya asistido o examinado al solicitante a revelar, cuando así se lo solicite, toda información respecto a cualquier lesión, cobertura de la póliza, historia clínica, consulta, prescripción o tratamiento, y copias de todos los registros hospitalarios o médicos.

FIRMA FECHA

DECLARACIONES DE FRAUDE

PARA RESIDENTES DE TODOS LOS ESTADOS, CON EXCEPCIÓN DE LOS ENUMERADOS A CONTINUACIÓN:

Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y encarcelamiento.

Alaska y Kentucky: Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa, incompleta o engañosa, o que, con el propósito de engañar, oculte información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello, comete un acto fraudulento contra el seguro, lo cual es un delito, y podrá ser procesado bajo la ley estatal.

Arizona: Para su protección, la ley de Arizona requiere que la siguiente declaración aparezca en este formulario. Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles.

Arkansas, Luisiana, Maryland, Virginia Occidental y Rhode Island: Advertencia: Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y encarcelamiento.

California: Para su protección, la ley de California requiere que la siguiente declaración aparezca en este formulario. Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y encarcelamiento.

Colorado: Es ilegal proporcionar a sabiendas información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de estafar o intentar estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, negación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que a sabiendas proporciona información o hechos falsos, incompletos o engañosos a un asegurado o solicitante con el propósito de estafar o intentar estafar al asegurado o solicitante en lo que se refiere a la suma pagadera por lo recaudado en el seguro se denunciará a la División de seguros de Colorado del Departamento de agencias reguladoras.

Connecticut: Este formulario debe completarse en su totalidad. Cualquier persona que intencionalmente tergiversa o no da a conocer cualquier hecho material relacionado con una lesión reclamada puede ser culpable de un delito grave.

Delaware, Idaho, Indiana: Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de perjudicar, estafar o engañar a cualquier compañía de seguros presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Distrito de Columbia: Advertencia: Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar a la compañía de seguros o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento y/o multas. Además, una compañía de seguros podrá negar el pago de beneficios del seguro si la información falsa materialmente relacionada con una reclamación fue proporcionada por el solicitante.

Florida: ADVERTENCIA: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de lesionar, estafar o engañar a cualquier aseguradora, presente una reclamación o solicitud que contenga cualquier información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave en tercer grado.

Hawai: Para su protección, la ley de Hawai requiere que se le informe que la presentación de una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio es un delito punible con multas o encarcelamiento, o ambas.

Georgia: Cualquier persona física que, a sabiendas o intencionalmente

1) haga o ayude a hacer cualquier declaración o representación falsa o fraudulenta de cualquier hecho material o cosa:

- En cualquier declaración escrita;
- En la presentación de una reclamación; o
- En la recepción de dinero para una solicitud de una póliza de seguro con el fin de obtener o intentar obtener el pago de cualquier reclamación falsa o fraudulenta u otro beneficio por parte de una compañía de seguros;

2) Reciba dinero con el propósito de comprar un seguro, y use ese dinero en su beneficio;

3) Emita pólizas de seguro, certificados de seguros, tarjetas de identificación de seguro, o carpetas de seguros falsas o falsificadas; o

4) Haga cualquier representación falsa o fraudulenta en cuanto a la muerte o incapacidad del titular de la póliza o certificado en cualquier declaración por escrito con el propósito de obtener fraudulentamente dinero u obtener un beneficio de una compañía de seguros comete el delito de fraude de seguros.

Maine: Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, o una negación del pago de beneficios de seguro.

Michigan, Dakota del Norte, Dakota del Sur: Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa, o que, con el propósito de engañar, oculte información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello, comete un acto fraudulento contra el seguro, lo cual es un delito, por lo que dicha persona está sujeta a sanciones civiles y penales.

Minnesota: Una persona que presenta una reclamación con la intención de estafar o ayudar a cometer un fraude contra una compañía de seguros es culpable de un delito.

Nevada: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación que contenga cualquier declaración falsa o información falsa, incompleta o engañosa puede ser culpable de un delito punible en virtud de la ley estatal o federal, o ambas, y puede estar sujeto a sanciones civiles.

New Hampshire: Cualquier persona que, con el propósito de perjudicar, estafar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa podrá ser sometida a juicio y condenada por fraude de seguros, según lo dispuesto en la RSA 638: 20.

New Jersey: Cualquier persona que a sabiendas presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

Nuevo México y Pennsylvania: Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa, o que, con el propósito de engañar, oculte información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello, comete un acto fraudulento contra el seguro, lo cual es un delito, por lo que dicha persona está sujeta a sanciones civiles y penales.

Nueva York: Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga información esencialmente falsa, o que con el propósito de engañar, oculte información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello, comete un acto fraudulento contra el seguro, lo cual es un delito, y está sujeta a sanciones civiles que no superen los \$5,000 y el valor declarado de la reclamación por cada infracción.

Ohio: Cualquier persona que, con la intención de estafar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una compañía de seguros, presente una solicitud o una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguros.

Oklahoma: ADVERTENCIA: Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de perjudicar, estafar o engañar a cualquier compañía de seguros, reclame la cantidad de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Oregón: Advertencia: Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de estafar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa, o que, con el propósito de engañar, oculte información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello, podrá ser sometida a juicio por fraude de seguros.

Tennessee, Virginia, Washington: Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, o una negación del pago de beneficios de seguro.

Texas: Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y encarcelamiento.

A continuación se enumeran las instrucciones y observaciones importantes acerca de la presentación de una reclamación.

SU FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

1. Este formulario de reclamación debe completarse en su totalidad y presentarse dentro de los 90 días siguientes a la fecha de la lesión. Asegúrese de contestar y completar la sección «**OTRA DECLARACIÓN DE SEGUROS**», marcar sí o no, y firmar la línea de autorización, para que **HSR** y los médicos o el hospital puedan comunicarse con respecto a su reclamación.
Una de las razones más frecuentes por la que los pagos de las reclamaciones se retrasan son los formularios de reclamación incompletos.
2. Solo debe presentar un formulario de reclamación por cada accidente.
3. Una vez completado, haga una fotocopia para sus documentos, y envíelos a la dirección que aparece a continuación.
4. NO asuma que alguien más enviará este formulario de reclamación a **HSR** por usted.

SUS FACTURAS

1. Avise a todos los médicos y hospitales acerca de esta cobertura para que nos puedan enviar sus facturas detalladas.
2. Si ya fue al médico u hospital y no sabía de la existencia de esta cobertura, envíe todas las facturas detalladas a **HSR** a la dirección que se muestra a continuación.
3. Las facturas deben incluir el nombre del médico u hospital, su dirección postal completa, número de teléfono, la fecha en que fue al médico u hospital, lo que el médico diagnosticó y los cargos específicos incurridos en detalle (descripción del tratamiento y cantidad de dólares) (incluyendo el CPT/código de procedimiento).
4. Si esta información no está en la factura cuando la envíe, tendremos que ponernos en contacto con el médico u hospital, lo que retrasará la revisión de su reclamación. Las declaraciones «Saldo adeudado» o «Saldo remanente» no contienen información suficiente para completar su reclamación.

FRANQUICIA

1. Esta póliza proporciona cobertura excedente /secundaria. Si tiene cualquier otra cobertura de seguro principal, debe enviar las facturas a su seguro principal.
2. **HSR** tendrá en cuenta los beneficios después de que su otro seguro, el principal, haya procesado la reclamación.
3. Vamos a exigir una copia de la Explicación de Beneficios (EOB) de su seguro principal, que debe recibir de su seguro principal, en donde se explica qué se pagó o negó, y el motivo.
4. **HSR** no considerará su reclamación sin esta información.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el servicio de atención al cliente al (866) 409-5734. Horarios de atención: de 8:00 a 18:00 hora central, de lunes a viernes. También puede enviar los documentos por fax al (972) 512-5818.

Health Special Risk, Inc.
P.O. Box 117558
Carrollton, TX 75011-7558