

# FORMA de RECLAMO de ACCIDENTE

ENVIE A:

Administrative Concepts, Inc.

P.O. Box 4000

Collegeville, PA 19426-9000

Phone: 888-293-9229

www.visit-aci.com

# CHUBB®

ACE American Insurance  
Company

**Para el Servicio de Cliente, Llama 888-293-9229 y Aprieta "2".**

Cualquier persona que presenta a sabiendas un reclamo falso o fraudulento para el pago de pérdida o beneficio o a sabiendas presenta información falsa en una aplicación para el seguro es culpable de un crimen y puede ser sujetos a multas y confinamiento en prisión..

## PARTE A: ESCUELA Y PADRES

No. de póliza \_\_\_\_\_

- |   |  |
|---|--|
| (1) La Escuela: _____   | (2) No. de identificación de la escuela: _____   |
| (3) La dirección de la Escuela: _____   | (4) No. de Teléfono de la escuela: _____   |
| (5) Estudiante: _____   | (6) No. de seguro social del estudiante: _____   |
| (7) El grado: _____   | (8) La fecha de nacimiento _____ (Apellido) (Primer Nombre)  |
| (9) Macho <input type="checkbox"/>  | (10) La fecha de Herida _____  |
| (11) Hembra <input type="checkbox"/>  | (11) Tiempo _____  |
| (12) ¿Dónde ocurrió la herida? _____  | (13) La fecha de primer tratamiento _____  |
| (14) ¿Cómo ocurrió la herida? _____   | (16) El tipo del Deporte _____   |
| (15) La parte del cuerpo hirió: _____   | (17) ¿En aquel momento de herida fue el estudiante implicado en una escuela patrocinada & actividad supervisada? Sí No |
| (18) Si atletismo, designa: <input type="checkbox"/> Clase P.E. <input type="checkbox"/> Intramuros <input type="checkbox"/> Inter-escolástico <input type="checkbox"/> Práctica <input type="checkbox"/> Juego | (19) ¿Bajo la supervisión de quién? _____  |
| (19) ¿Bajo la supervisión de quién? _____   | (20) ¿Fue ella/el un testigo? Sí No  |
| (20) Firma: X _____   | Título: _____ Fecha: _____   |

(Debe ser firmado por Oficial de la escuela a menos que herida no ocurriera durante actividad de escuela).

**Administrative Concepts, Inc. no comparte información privada de salud excepto como requeridos o permitidos por la ley. Nosotros son cometidos a proteger la información privada confió a nosotros.**

## PARTE B: DECLARACION de PADRES O GUARDIAN

- |   |   |
|---|---|
| (1) No. de seguro social del estudiante _____   | (2) La fecha de primer tratamiento _____              |
| (3) El Nombre de padre _____  | No. de seguro social _____                            |
| (4) El Nombre de madre _____  | No. de seguro social _____                            |
| (5) La dirección de casa _____  | (ESTADO) (CODIGO POSTAL) (NO. DE TELEFONO DE SU CASA) |
| (6) Empleador de padre _____  | El Teléfono del negocio # _____                       |
| (7) La Dirección de empleador _____   |   |
| (8) Denomine y la Dirección de otra Compañía de seguros _____   |   |
| (9) Número de política _____ <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Individuo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ningún otro Seguro  |   |
| (10) Empleador de madre _____   | El Teléfono del negocio # _____                       |
| (11) La Dirección de empleador _____  |   |
| (12) Nombre y Dirección de otra Compañía de seguros _____   |   |
| (13) Número de política _____ <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Individuo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ningún otro Seguro |   |

**DECLARACION JURADA:** Yo verifico que la declaración antes mencionada de otro seguro es exacta y completa. Yo entiendo que el suministro intencional de incorrecta información a través del EEUU correo puede ser fraudulento y violar las leyes federales, así como las leyes del Estado. Estoy de acuerdo que si se determina en una fecha posterior que hay otros beneficios del seguro que son coleccionables en esta reclamación yo le reembolsará Administrative Concepts, Inc. en la medida en que Administrative Concepts, Inc. no hubiera sido responsables..

**FIRMA:** Padres o el Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**EL PAGO SERA HECHO A LOS PROVEEDORES DE SERVICIO (HOSPITAL, MEDICO Y OTROS), A MENOS QUE UN RECIBO O DECLARACION ACOMPAÑA LA FACTURA EN EL MOMENTO EN QUE EL RECLAMO ES SOMETIDO.**

A cualquier proveedor de atención médica, centro de atención médica, asegurador, plan de salud patrocinado por el Gobierno, o empleador: Yo autorizo la liberación de cualquier información médica acerca de mí a Administrative Concepts, Inc. o la compañía debajo de la escritura. Esto se aplica a toda la información sobre el diagnóstico, tratamiento, o pronóstico de cualquier enfermedad o herida yo ahora tengo o han tenido en el pasado. La Compañía utilizará esta información para determinar si mi reclamación es elegible. Cualquier información obtenida no será lanzada por la compañía excepto a mi primaria compañía de seguro de salud (si existe) o personas o las organizaciones que prestan servicios de investigación o servicios legales para la compañía en conexión con mi reclamo. Una copia de esta autorización será considerada como válida que el original y deberá permanecer en vigor durante un año desde la fecha de autorización. Yo certifico que la información dada por mí en apoyo de mi reclamación es verdadera y correcta.

Firma del Paciente o Representante Autorizado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si Representante Autorizado, la Relación al Paciente \_\_\_\_\_

o Designación Legal \_\_\_\_\_  
(CALLE) (CIUDAD) (ESTADO) (CODIGO POSTAL)

**FACTURAS DETALLADAS PARA GASTOS DE MEDICO DEBEN SER CONECTADOS**

## INSTRUCCIONES

1. PARTE A – Debe ser completado por la organización.
2. PART B – Debe ser completado por los Padres o Guardián.
3. **Este plan de seguro es secundario a cualquier seguro de enfermedad que usted tiene. Si tiene otro seguro, presenta su reclamo a su otro asegurador. Cuando reciba su Declaración del Beneficio, envíelo a ACI (a la dirección listó abajo). Conecte todas las cuentas médicas detalladas (con diagnóstico), que ha recibido hasta la fecha incluyendo esta forma completada. Las cuentas posteriores pueden ser enviadas a la compañía de seguros separadamente. Por favor indicar el nombre de la organización en todas las facturas posteriores. Por favor no envíe saldo debido, saldo resumido o vencidas declaraciones para el pago. Enviando estos tipos de declaraciones solo se retrasará pago, como ACI tendrá que solicitar una factura detallada.**
4. Envíe este informe y las facturas en menos de 30 días después del primer tratamiento a:

**Administrative Concepts, Inc.**  
**P.O. Box 4000**  
**Collegeville, PA 19426-9000**

**Teléfono: 888-293-9229**  
**Fax: 610-293-9299**  
**Web: [www.visit-aci.com](http://www.visit-aci.com)**

### *Las leyes de algunos Estados requieren que le brinden los siguientes avisos:*

#### **ADVERTENCIA cualquier persona que a sabiendas**

**Alaska:** y con intención para herir, defraudar, o engañar una compañía de seguros presenta una reclamación que contiene información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesado bajo la ley de estado.

**Arizona, Arkansas y Rhode Island:** presenta un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio es susceptible a criminal y penas civiles, **o específico a AR y RI** presenta información falsa en una aplicación para el seguro es culpable de un crimen y puede ser susceptible a multas y confinamiento en la cárcel.

**California:** Para su protección la ley de California requiere el siguiente aparecer en esta forma: Cualquier persona que a sabiendas presenta un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un crimen y puede ser susceptible a multas y confinamiento en la cárcel estatal.

**Delaware:** y con intención para herir, defraudar o engañar a un asegurador, presenta una declaración de reclamo que contiene falsa, incompleta o engañosa información es culpable de un crimen grave.

**Distrito de Columbia:** Es un crimen para proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora para el propósito de defraudar al asegurador o cualquier otra persona. Las penas incluyen prisión y/o multas. Además, una asegurador puede negar beneficios de seguros si información falsa materialmente relacionada con una reclamo era proporcionó por el solicitante.

**Florida:** y con intención para herir, defraudar, o para engañar a cualquier asegurador, presenta una declaración de reclamo o aplicación que contienen cualquier información falsa, incompleta o engañosa es culpables de un crimen grave del tercer grado.

**Idaho and Indiana:** y con intención para defraudar, o engañar a cualquier compañía de seguros, presenta una declaración de reclamo que contiene falsa, incompleta o engañosa información (para Idaho) es culpable de y (para Indiana) cometa un crimen grave.

**Kentucky, New York y Pennsylvania:** y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona presenta una solicitud de seguro, o presenta un declaración de reclamación, que contiene cualquier materialmente falsa información u oculte, para el propósito de engañosa, información relativa a cualquier hecho material allí a comete un acto fraudulento de seguros, que es un delito, **específico a PA:** sujetos a tal persona al criminal y penas civiles, **y específicas a NY:** también estarán sujetos a una sanción civil máximo de cinco mil dólares y el declaró valor de la reclamación por cada tal violación

**Luisiana, Nuevo México, Tejas y Virginia Occidental:** presenta un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida (**o específico a LA, TX y W VA:** quién a sabiendas presenta falsa información en una aplicación para seguro) es culpable de un crimen y puede ser susceptible a multas y confinamiento en la prisión estatal, (**o específico a NM:** a multa civiles y penas criminales).

**Maryland:** y intencionalmente presenta una reclamación falsa o fraudulenta para pago de pérdida o beneficio o quien a sabiendas y intencionalmente presenta información en la solicitud de seguro es culpable de un crimen y puede ser sujeta a multas y confinamiento en la cárcel.

**Nueva Jersey:** presenta una declaración de reclamo que contiene cualquier falsa o engañosa información está sujeta a sanciones penales y civiles.

**Ohio:** con intención para defraudar o sabiendo que el es facilita un fraude contra un asegurador, envía una aplicación o presenta un reclamo que contienen una falsa o engañosa declaración es culpable de fraude de seguros.

**Oklahoma:** y con intención para herir, defraudar o engañar a cualquier asegurador, hacer cualquier reclamación por los beneficios de una póliza de seguros que contiene cualquier falso, información incompleta o engañosa es culpable de un crimen grave.

**Oregon:** y con intención para defraudar cualquier compañía de seguros o a otra persona presenta una aplicación para el seguro o una declaración de contener de reclamo cualquier información materialmente falsa o oculta para el propósito de engañosa, la información relativa a cualquier material de hecho, puede ser sujeto a acusación para fraude de seguros

**Puerto Rico:** y con la intención de defraudar presentes información falsa en una aplicación de seguro, o presentes, ayudas, o causa la presentación de un reclamo fraudulento para el pago de una pérdida o cualquier otro beneficios o presentes más de un reclamo para el mismo daño o pérdida, deberá incurrir un delito grave y, cuando condenada, deberá ser sancionado por cada violación con una pena de una multa no menos de cinco mil (5.000) dólares y no más de diez mil (10.000) dólares, o un plazo fijo de prisión para tres (3) años, o ambas penas. Si existen circunstancias agravantes, la pena establecida así podrá aumentarse hasta un máximo de cinco (5) años; Si existen circunstancias atenuantes, puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

#### **ADVERTENCIA**

**Colorado:** Es ilegal para proporcionar a sabiendas hechos falsas, incompletas o engañosas o información a una compañía de seguros para el propósito de estafar o tratar de estafar a la compañía. Las penas pueden incluir encarcelamiento, multas, negación de seguro, y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o el agente de una compañía de seguros quien a sabiendas proporciona hechos falsas, incompletas o engañosas o información a un tomador del seguro o reclamante para el propósito de estafar o tratar de estafar el tomador del seguro o el reclamante con respecto a un arreglo o premio por pagar del producto de seguro deberá ser informo a la División de Colorado de Seguro dentro del Departamento de Agencias Regulador.

**Hawái:** Presentando una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio es un delito penado con multas o encarcelamiento o los dos

**Maine/Washington:** Es un crimen para proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros para el propósito de defraudar la compañía. Las penas pueden incluir encarcelamiento, multas, o negación de los beneficios del seguro.

**Minnesota:** Persona que presenta un reclamo con intención para defraudar o ayuda a cometer un fraude contra un asegurador es culpable de un crimen.

**Nuevo Hampshire:** Cualquier persona que, con el propósito para herir, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presentas una declaración de reclamo que contenga cualquier falsa, incompleta o información engañosa está sujeto a enjuiciamiento y castigo de fraude de seguros, tal como se prevé en RS! 638.20

**Tennessee y Virginia:** Es un crimen para proporcionar a sabiendas la información falsa, incompleta o engañosa a un asegurador o la compañía de seguros para el propósito de defraudar al asegurador o la compañía de seguros. Las penas incluyen encarcelamiento, multas, y la negación de beneficios del seguro.