

# **NOTA: POR FAVOR LEA ESTO ANTES DE ENVIAR UNA RECLAMACIÓN**

## **INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR UN MÉDICO DE ACCIDENTE PETITION**

- El formulario deberá ser completado y firmado por la escuela o distrito escolar y el miembro lesionado (si el miembro es menor de edad, los padres del miembro o tutor debe llenar y firmar el formulario de reclamación). Por favor indique su número de póliza en el formulario de reclamación. Además, el "HIPAA Autorización para permitir el uso y divulgación de la información sobre salud" debe ser firmado.
- PRUEBA DE PÉRDIDA (FORMULARIO DE RECLAMACIÓN Y LAS FACTURAS DETALLADAS) DEBE SER PRESENTADA **DENTRO DE LOS 90 DÍAS** DEL ACCIDENTE. FACTURAS ADICIONAL RELACIONADA CON EL ACCIDENTE DEBE SER PRESENTADA **DENTRO DE LOS 90 DÍAS** DE TRATAMIENTO.
- Por favor, adjunte las facturas detalladas al formulario de solicitud. Un proyecto de ley debido equilibrada de su proveedor no es suficiente. Una factura detallada es una declaración que indica:
  - 1) **La fecha(s) de tratamiento,**
  - 2) **El tipo(s) de servicio,**
  - 3) **El diagnostico,**
  - 4) **Nombre y dirección del proveedor médico**
  - 5) **La carga individual para cada gasto.**
- Si usted tiene otra cobertura (primaria) de seguro, por favor, envíenos una copia de su pago o la denegación ("Explicación de Beneficios") declaración.
- Devolver el formulario completado, las facturas detalladas y el otro pago seguro o la negación ("Explicación de Beneficios ") declaraciones (si corresponde) a:

**GUARANTEE TRUST LIFE INSURANCE COMPANY  
P.O. Box 1148  
Glenview, Illinois 60025**

- Por favor, indique qué proyectos de ley han sido pagados por usted. Si prefiere nuestro pago para ir directamente al médico proveedor, por favor notate presente en los billetes.
- Un formulario de reclamación debe ser completado sólo al comienzo del tratamiento para cada accidente. facturas adicionales o el seguimiento del tratamiento deben indicar su nombre, la escuela o el Nombre del distrito escolar, número de póliza y fecha del accidente.
- Le sugerimos que haga fotocopias de toda la correspondencia enviada a nuestra oficina para conservar para sus propios registros.

### **IMPORTANTE:**

**Por favor tome nota de que su reclamo dará lugar a retrasos en el proceso como el resultado de no que nos proporciona la siguiente: los formularios de solicitud completado, las facturas detalladas de su proveedor médico y una copia de su otro pago seguro o la negación ("Explicación de Beneficios ") comunicado.**

*Si usted tiene alguna pregunta, por favor, póngase en contacto con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al (800) 622-1993.*

NOMBRE DE LA ESCUELA \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
No. de Póliza \_\_\_\_\_

¡IMPORTANTE! ESTA INFORMACIÓN  
DEBE SER DADA O RECLAMO SERÁ  
DEVUELTO

GUARANTEE TRUST LIFE INS. CO.  
P.O. Box 1148  
Glenview, IL 60025  
(800) 622-1993

**ASIGNACION DE BENEFICIOS:**

Médico: \_\_\_\_\_ Hospital: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal Ciudad Estado Código Postal Ciudad Estado Código Postal

Por la presente autorizo Guarantee Trust Life Insurance Co. para pagar las facturas en relación con este accidente directamente al médico, hospital u otro beneficiario indicado anteriormente.

FECHA \_\_\_\_\_ FIRMA DEL PADRE O TUTOR \_\_\_\_\_  
Reclamante - Si es un ADULTO

**OFICIAL DE LA ESCUELA PARA COMPLETAR: POR FAVOR ESCRIBA (PADRE DEBE COMPLETAR SI UNA RECLAMACIÓN de 24 HR COBERTURA ESTA COMPROMETIDA.)**

1. El nombre completo del reclamante \_\_\_\_\_ Nombre alternativo \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ grado \_\_\_\_
2. Dirección del reclamante: la calle o RFD \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_
3. Fecha del Accidente \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ AM  PM
4. Descripción del Accidente: (A) ¿Cómo y dónde ocurrió? \_\_\_\_\_ (Si necesita más espacio, adjunte una hoja aparte)  
(B) Naturaleza de la lesión \_\_\_\_\_
5. Descripción de la actividad (¿Qué estaba haciendo el demandante en el momento de la lesión?) \_\_\_\_\_  
Si Atletismo, nombre del deporte \_\_\_\_\_  Intramural  Interescolar  Otro
6. (A) En la fecha del accidente a qué hora empezó la escuela para este estudiante? \_\_\_\_\_  AM  PM  
(B) ¿A qué hora fue despedido de la escuela? \_\_\_\_\_  AM  PM
7. ¿Se ha presentado un reclamo anterior de este accidente?  Sí  No
8. (A) Nombre de la Autoridad Escolar supervisando actividad \_\_\_\_\_  
(B) ¿Fue Supervisor un testigo? Sí  No   
(C) Si no, cuando se informó del accidente a la autoridad escolar? \_\_\_\_\_

TIPO DE ESCUELA EL RECLAIMANTE ASISTE:  Primaria  Jr. High  Alto  Otros

**Certifico que la información anterior es correcta, a la mejor de mi conocimiento y creencia.**

Fecha de este informe \_\_\_\_\_ Firma del Oficial \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_

**PADRES PARA COMPLETAR (o reclamante, si es un adulto) PARA QUE RECLAMO SEA PROCESADO.**

9. ¿Tiene otro seguro, que cubre esta condición, ambos grupos, individual, de automóviles de responsabilidad médica o? Sí  No   
En caso afirmativo, dé el nombre de la empresa y número de teléfono \_\_\_\_\_ Póliza # \_\_\_\_\_
10. Nombre de los padres: Padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador: \_\_\_\_\_  
Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

**Certifico que la información anterior es correcta, a mejor de mi conocimiento y creencia.**

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
(Padre / tutor o demandante si un adulto)

**Para su protección la ley de California requiere que los siguiente aparecen en este formulario. Cualquier persona que a sabiendas presenta falsa o fraudulenta reclamo para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede ser castigado con multas y reclusión en prisión estatal.**

**GUARANTEE TRUST LIFE INSURANCE COMPANY**  
**1275 Milwaukee Avenue, Glenview, Illinois 60025**  
**1-800-622-1993**

**HIPAA AUTORIZACIÓN**

Para permitir el uso y divulgación de información médica

**Esta autorización fue preparado por GTL para los fines de la obtención de la información necesaria para procesar una solicitud de prestaciones. Política / Certificado # \_\_\_\_\_**

Tras la presentación del original o una fotocopia de esta autorización firmada, autorizo, sin restricción alguna (excepto las notas de psicoterapia), cualquier médico con licencia, profesional médico, hospital u otra institución médica, organización de apoyo de seguros, farmacia, agencia gubernamental, compañía de seguros, póliza de grupo, el empleador o plan de beneficios administrador situado en el centro nombrado a continuación para proporcionar Fideicomiso de Garantía Life Insurance Company (GTL) o un agente, abogado, agencia de información o administrador independiente, que actúa sobre él es nombre, toda la información relativa asesoramiento, atención o el tratamiento siempre que el paciente, empleado o fallecidos nombrada a continuación, incluyendo toda la información relacionada con las enfermedades mentales, uso de drogas o el uso de alcohol. Esta autorización incluye también la información proporcionada a nuestra división de salud para la suscripción o la reivindicación servicio y la información proporcionada a cualquier compañía de seguros afiliada en las aplicaciones anteriores. Si esta autorización es para alguien que no sea yo, se explica esa persona y mi autoridad para actuar en su nombre a continuación. Yo entiendo que yo o mi representante tendrán derecho a recibir una copia de la autorización a petición.

Nombre de la instalación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento mediante el envío de una notificación por escrito a mi (nuestro) agente o de la Compañía a la dirección anterior. Entiendo que una revocación no será efectiva en la medida en la Compañía se ha basado en el uso o divulgación de la información protegida de salud o si se obtuvo mi autorización como condición para determinar mi elegibilidad para los beneficios. Las solicitudes de revocación deben ser enviadas por escrito a la atención del Director del Departamento de Reclamación.

Entiendo que Fideicomiso de Garantía Life Insurance Company puede condicionar el pago de una reclamación sobre mi firma de esta autorización, si es necesario, la divulgación de información para determinar el nivel o la validez del pago de la reclamación. También entiendo vez que la información se da a conocer a nosotros en virtud de esta autorización, la información permanecerá protegida por GTL de conformidad con la ley federal o estatal.

Esta autorización se mantendrá vigente y en efecto hasta dos (2) años a partir de la fecha de esta autorización está firmada momento en el que expira esta autorización.

\_\_\_\_\_  
(Por favor Imprimir) Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
(Letra de imprenta) Nombre del representante autorizado, o pariente más cercano

\_\_\_\_\_  
Relación del representante autorizado o pariente más cercano al paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del representante autorizado o pariente más cercano

\_\_\_\_\_  
Fecha