

LEA DETENIDAMENTE ESTA INFORMACIÓN. Es importante.

SIGA ESTAS INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

SE DEBE PROPORCIONAR TODA LA INFORMACIÓN PARA QUE SE PROCESA LA RECLAMACIÓN. SI NO SE RECIBE LA INFORMACIÓN COMPLETA, SE RETRASARÁ EL PROCESAMIENTO DE LA RECLAMACIÓN.

NOTA: Los beneficios de la póliza de accidentes son limitados y es posible que no proporcionen el 100% de cobertura. En virtud de esta póliza, se proporciona cobertura en exceso para los gastos médicos por accidente y los beneficios solo se pagarán con este plan después de que su seguro personal o grupal haya pagado los beneficios. El beneficio máximo para el tratamiento ambulatorio por parte del médico en relación con la fisioterapia o la manipulación espinal es de \$1,250 por lesión no quirúrgica para la cobertura adquirida por la escuela. El hecho de completar un formulario de reclamación no garantiza el pago de los beneficios. Cada reclamación se revisa conforme a las disposiciones de la póliza.

Pautas de reclamación: Se deben seguir las siguientes pautas de reclamación.

♦Responda todas las preguntas de forma detallada (incluya también su firma en todos los espacios requeridos del anverso y reverso del formulario). Es necesario completar un formulario de reclamación por cada accidente.

♦Si usted tiene otro seguro, presente su reclamación a su otra compañía de seguros. Cuando reciba la notificación de explicación de beneficios (se adjunta ejemplo) de su aseguradora principal, envíenosla junto con las facturas médicas de HCFA/UB04 correspondientes y el formulario de reclamación lleno por completo. Debe presentar las facturas médicas del proveedor; los resúmenes de saldo adeudado no se procesarán. Las facturas médicas deben incluir el código de procedimiento y diagnóstico, junto con el número de identificación federal del proveedor. Estas facturas incluyen:

- 1) HCFA-1500 (formulario estándar utilizado por los proveedores; ejemplo adjunto)
- 2) UB-04 o UB-92 (formulario estándar utilizado por los hospitales; ejemplo adjunto)
- 3) Formulario de reclamación dental de la Asociación Dental Americana (American Dental Association, ADA) y una carta del dentista que verifique que el diente lesionado era un diente entero, sano y natural. (Todas las facturas dentales deben enviarse primero mediante los planes médico y dental del seguro principal, antes de enviarse a WebTPA)

Sería útil si se proporcionara lo siguiente a todos los proveedores a los que acude la persona lesionada:

1. Información de contacto de WebTPA
2. Número de póliza que figura en el formulario de reclamación

De esta manera, los proveedores del servicio pueden trabajar directamente con la oficina de reclamaciones y proporcionar los formularios de facturación correctos (la factura detallada debe incluir el código de procedimiento y diagnóstico, y el número de identificación fiscal) necesarios para procesar una reclamación.

♦Si ya pagó la factura médica, incluya un recibo de pago o una copia de su cheque cancelado cuando envíe la factura médica. De lo contrario, el pago se realizará a los proveedores del servicio (hospital, médico u otros).

♦Envíe toda la correspondencia a WebTPA, Inc., **P.O. Box 2415 Grapevine, TX 76099-2415**. El formulario de reclamación se debe enviar en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que recibió atención médica por primera vez. Las facturas que no se presenten con el formulario de reclamación se deben enviar, en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que recibió atención médica, a la compañía identificada con el nombre del reclamante, el nombre de la organización o escuela, y la fecha del accidente.

♦Si cambia su dirección, notifique a WebTPA, Inc. por medio de una notificación a WebTPA, para que no haya demoras al procesar las reclamaciones.

♦Comuníquese con WebTPA, Inc. llamando al número **866-975-9468**, si desea comprobar el estado de su reclamación o si tiene preguntas sobre cómo se procesó su reclamación o se pagó el beneficio.

Causas comunes de las demoras en el procesamiento de reclamaciones

1. Formularios de reclamación no enviados o incompletos.
2. Resúmenes de saldo adeudado, saldo pendiente o vencimiento presentados en lugar de las facturas.
3. Explicación de beneficios de la compañía principal no proporcionada con las facturas.

CONSERVE EN SUS ARCHIVOS LAS COPIAS DE TODOS LOS FORMULARIOS DE RECLAMACIÓN, LAS FACTURAS MÉDICAS Y LA CORRESPONDENCIA, HASTA QUE SE HAYA PROCESADO SU RECLAMACIÓN.

PLEASE DO NOT WRITE IN THESE AREAS

APPROVED ONCE PER YEAR

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

1 PREFIX

2 MEDICARE MEDICAID CHAMPUS CHAMPWA GROUP HEALTH PLAN RECA OTHER No. INSURED'S ID NUMBER (FROM PROGRAM INSTEAD OF PREFIX)

3 SICA

3 INSURED'S NAME (Last name, first name, middle initial)

4 PATIENT'S ADDRESS (no. street)

5 CITY STATE ZIP CODE

6 INSURED'S POLICY OR GROUP NUMBER

7 OTHER INSURED'S NAME (Last name, first name, middle initial)

8 OTHER INSURED'S POLICY OR GROUP NUMBER

9 OTHER INSURED'S DATE OF BIRTH

10 OTHER INSURED'S PLACE (CITY, STATE, ZIP CODE)

11 OTHER INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

12 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

13 INSURED'S DATE OF BIRTH

14 INSURED'S SEX

15 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

16 INSURED'S DATE OF BIRTH

17 INSURED'S SEX

18 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

19 INSURED'S DATE OF BIRTH

20 INSURED'S SEX

21 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

22 INSURED'S DATE OF BIRTH

23 INSURED'S SEX

24 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

25 INSURED'S DATE OF BIRTH

26 INSURED'S SEX

27 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

28 INSURED'S DATE OF BIRTH

29 INSURED'S SEX

30 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

31 INSURED'S DATE OF BIRTH

32 INSURED'S SEX

33 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

34 INSURED'S DATE OF BIRTH

35 INSURED'S SEX

36 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

37 INSURED'S DATE OF BIRTH

38 INSURED'S SEX

39 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

40 INSURED'S DATE OF BIRTH

41 INSURED'S SEX

42 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

43 INSURED'S DATE OF BIRTH

44 INSURED'S SEX

45 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

46 INSURED'S DATE OF BIRTH

47 INSURED'S SEX

48 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

49 INSURED'S DATE OF BIRTH

50 INSURED'S SEX

51 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

52 INSURED'S DATE OF BIRTH

53 INSURED'S SEX

54 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

55 INSURED'S DATE OF BIRTH

56 INSURED'S SEX

57 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

58 INSURED'S DATE OF BIRTH

59 INSURED'S SEX

60 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

61 INSURED'S DATE OF BIRTH

62 INSURED'S SEX

63 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

64 INSURED'S DATE OF BIRTH

65 INSURED'S SEX

66 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

67 INSURED'S DATE OF BIRTH

68 INSURED'S SEX

69 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

70 INSURED'S DATE OF BIRTH

71 INSURED'S SEX

72 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

73 INSURED'S DATE OF BIRTH

74 INSURED'S SEX

75 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

76 INSURED'S DATE OF BIRTH

77 INSURED'S SEX

78 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

79 INSURED'S DATE OF BIRTH

80 INSURED'S SEX

81 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

82 INSURED'S DATE OF BIRTH

83 INSURED'S SEX

84 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

85 INSURED'S DATE OF BIRTH

86 INSURED'S SEX

87 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

88 INSURED'S DATE OF BIRTH

89 INSURED'S SEX

90 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

91 INSURED'S DATE OF BIRTH

92 INSURED'S SEX

93 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

94 INSURED'S DATE OF BIRTH

95 INSURED'S SEX

96 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

97 INSURED'S DATE OF BIRTH

98 INSURED'S SEX

99 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

100 INSURED'S DATE OF BIRTH

101 INSURED'S SEX

102 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

103 INSURED'S DATE OF BIRTH

104 INSURED'S SEX

105 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

106 INSURED'S DATE OF BIRTH

107 INSURED'S SEX

108 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

109 INSURED'S DATE OF BIRTH

110 INSURED'S SEX

111 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

112 INSURED'S DATE OF BIRTH

113 INSURED'S SEX

114 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

115 INSURED'S DATE OF BIRTH

116 INSURED'S SEX

117 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

118 INSURED'S DATE OF BIRTH

119 INSURED'S SEX

120 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

121 INSURED'S DATE OF BIRTH

122 INSURED'S SEX

123 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

124 INSURED'S DATE OF BIRTH

125 INSURED'S SEX

126 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

127 INSURED'S DATE OF BIRTH

128 INSURED'S SEX

129 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

130 INSURED'S DATE OF BIRTH

131 INSURED'S SEX

132 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

133 INSURED'S DATE OF BIRTH

134 INSURED'S SEX

135 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

136 INSURED'S DATE OF BIRTH

137 INSURED'S SEX

138 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

139 INSURED'S DATE OF BIRTH

140 INSURED'S SEX

141 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

142 INSURED'S DATE OF BIRTH

143 INSURED'S SEX

144 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

145 INSURED'S DATE OF BIRTH

146 INSURED'S SEX

147 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

148 INSURED'S DATE OF BIRTH

149 INSURED'S SEX

150 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

151 INSURED'S DATE OF BIRTH

152 INSURED'S SEX

153 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

154 INSURED'S DATE OF BIRTH

155 INSURED'S SEX

156 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

157 INSURED'S DATE OF BIRTH

158 INSURED'S SEX

159 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

160 INSURED'S DATE OF BIRTH

161 INSURED'S SEX

162 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

163 INSURED'S DATE OF BIRTH

164 INSURED'S SEX

165 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

166 INSURED'S DATE OF BIRTH

167 INSURED'S SEX

168 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

169 INSURED'S DATE OF BIRTH

170 INSURED'S SEX

171 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

172 INSURED'S DATE OF BIRTH

173 INSURED'S SEX

174 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

175 INSURED'S DATE OF BIRTH

176 INSURED'S SEX

177 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

178 INSURED'S DATE OF BIRTH

179 INSURED'S SEX

180 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

181 INSURED'S DATE OF BIRTH

182 INSURED'S SEX

183 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

184 INSURED'S DATE OF BIRTH

185 INSURED'S SEX

186 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

187 INSURED'S DATE OF BIRTH

188 INSURED'S SEX

189 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

190 INSURED'S DATE OF BIRTH

191 INSURED'S SEX

192 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

193 INSURED'S DATE OF BIRTH

194 INSURED'S SEX

195 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

196 INSURED'S DATE OF BIRTH

197 INSURED'S SEX

198 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

199 INSURED'S DATE OF BIRTH

200 INSURED'S SEX

201 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

202 INSURED'S DATE OF BIRTH

203 INSURED'S SEX

204 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

205 INSURED'S DATE OF BIRTH

206 INSURED'S SEX

207 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

208 INSURED'S DATE OF BIRTH

209 INSURED'S SEX

210 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

211 INSURED'S DATE OF BIRTH

212 INSURED'S SEX

213 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

214 INSURED'S DATE OF BIRTH

215 INSURED'S SEX

216 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

217 INSURED'S DATE OF BIRTH

218 INSURED'S SEX

219 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

220 INSURED'S DATE OF BIRTH

221 INSURED'S SEX

222 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

223 INSURED'S DATE OF BIRTH

224 INSURED'S SEX

225 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

226 INSURED'S DATE OF BIRTH

227 INSURED'S SEX

228 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

229 INSURED'S DATE OF BIRTH

230 INSURED'S SEX

231 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

232 INSURED'S DATE OF BIRTH

233 INSURED'S SEX

234 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

235 INSURED'S DATE OF BIRTH

236 INSURED'S SEX

237 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

238 INSURED'S DATE OF BIRTH

239 INSURED'S SEX

240 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

241 INSURED'S DATE OF BIRTH

242 INSURED'S SEX

243 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

244 INSURED'S DATE OF BIRTH

245 INSURED'S SEX

246 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

247 INSURED'S DATE OF BIRTH

248 INSURED'S SEX

249 INSURED'S PLAN NAME OR PROGRAM NAME

250 INSURED'S DATE OF BIRTH

251 INSURED'S SEX

25

[illegible]

EXPLICACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE EJEMPLO

UNITEDHEALTHCARE SERVICE LLC
GREENSBORO SERVICE CENTER
P O BOX 740800
ATLANTA, GA 30374-0800
PHONE: 1-800-638-8010
VISIT WWW.MYUHC.COM FOR SELF SERVICE

UnitedHealthcare
A UnitedHealth Group Company

PAGE: 1 OF 1
DATE: 04/29/10
SSN/ID #:
EMPLOYEE:
CONTRACT:
BENEFIT PLAN: PFIZER INC

EXPLANATION OF BENEFITS

1		2			3	4	5	6	7	8
PATIENT/RELAT CLAIM NUMBER		PROVIDER/ SERVICE	DATE OF SERVICE	AMOUNT CHARGED	NOT COVERED	AMOUNT ALLOWED	COPY/CO DEDUCTIBLE	PLAN COVERS	BENEFIT AVAILABLE	REMARK CODE
9061512101		MEDICAL SERVICES	03/19/10	379.00	297.83	81.17		80%	64.94*	4C
			TOTAL	379.00	297.83	81.17			64.94	
		MEDICARE PAID							44.64	
		PLAN PAYS							20.30	

(*) INDICATES PAYMENT ASSIGNED TO PROVIDER

REMARK CODE(S) LISTED BELOW ARE REFERENCED IN THE "SERVICE DETAIL" SECTION UNDER THE HEADING "REMARK CODE"
(4C) THIS PLAN DETERMINES BENEFITS ONCE MEDICARE MAKES PAYMENT. IF MEDICARE PAYS LESS THAN THIS PLAN'S BENEFIT, THIS PLAN WILL CONSIDER THE DIFFERENCE. THIS PLAN'S ALLOWABLE BENEFITS ARE BASED ON THE MEDICARE APPROVED AMOUNT IF THE PHYSICIAN OR PROVIDER ACCEPTED MEDICARE'S ASSIGNMENT OR ON THE LIMITING CHARGE IF THEY DID NOT ACCEPT THE ASSIGNMENT. THE PATIENT IS RESPONSIBLE FOR THE DIFFERENCE BETWEEN THE ALLOWABLE AMOUNT AND THE TOTAL AMOUNT PAID BY BOTH PLANS. THE PATIENT MUST PAY ANY APPLICABLE PLAN DEDUCTIBLES AND COPAYS BEFORE THIS PLAN CAN PAY ANY BENEFITS.

BENEFIT PLAN PAYMENT SUMMARY INFORMATION	
	\$20.30

SATISFIED 2010 TO DATE	DEDUCTIBLE	OUT OF POCKET
FAMILY	\$1000.00	\$1328.77
SP	\$500.00	\$1281.48
PLAN YEAR 2010	FAMILY \$1000.00	FAMILY \$4000.00
	INDIV \$500.00	INDIV \$4000.00



Gerber Life
Insurance Company

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE SEGURO DE ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES

SE REQUIERE EL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN FIRMADO

1. LLENE COMPLETAMENTE LA PÁGINA 1 Y LA PÁGINA 2 DE ESTE FORMULARIO
2. ADJUNTE LAS FACTURAS MÉDICAS DE HCFA/UB04 Y LAS EXPLICACIONES DE BENEFICIOS (EXPLANATION OF BENEFITS, EOB) DE CUALQUIER OTRO SEGURO QUE TENGA
3. ENVÍE TODA LA CORRESPONDENCIA A:

WEB-TPA
P.O. Box 2415
Grapevine, TX 76099-2415

Número gratuito: 866-975-9468
Fax: 469-417-1969
Correo electrónico: benefit.assist@webtpa.com

AVISO IMPORTANTE:

Su plan de seguro está diseñado para proporcionar los máximos beneficios por una prima mínima. Este plan de seguro es secundario a cualquier seguro médico que tenga. Si usted tiene otro seguro, presente su reclamación (médica o dental) a su otra compañía de seguros. Cuando reciba su Declaración de beneficios, envíenlo junto con sus HCFA/UB04 (facturas médicas), el diagnóstico y este formulario completado. Nota: **Los beneficios de la póliza de accidentes son limitados y es posible que no proporcionen el 100% de cobertura.**

◀ SI LA PARTE 1-A Y LA PARTE 1-B NO SE LLENAN POR COMPLETO, ESTA RECLAMACIÓN NO SE PODRÁ PROCESAR Y SE DEVOLVERÁ ➤

PORTE 1-A: LA ORGANIZACIÓN/ESCUELA LA DEBE LLENAR POR COMPLETO

Nombre de la organización/del distrito escolar _____ Número de póliza _____

Nombre de la escuela _____ N.º de teléfono () _____

Dirección _____ Correo electrónico _____

_____ Tipo de actividad/deporte _____

Si es Atletismo, nombre ☐ Clase de educación física ☐ Interno ☐ Intercolegial ☐ Juego ☐ Equipo universitario júnior ☐ Equipo universitario
☐ Joven ☐ Adulto ☐ Práctica ☐ Otro

Nombre de la persona/el estudiante lesionado _____

Fecha del accidente _____ Hora del accidente _____

Fecha del primer tratamiento _____ Se ha completado el tratamiento? ☐ Sí ☐ No

Dónde y cómo ocurrió el accidente? (sea específico) _____

Parte del cuerpo lesionada _____ ☐ Derecha o ☐ Izquierda En el momento del accidente, estaba el reclamante involucrado en una actividad patrocinada y supervisada, y era un estudiante/miembro actual de la organización/el distrito escolar? ☐ Sí ☐ No

Bajo la supervisión de quién? _____ Fue testigo? ☐ Sí ☐ No

Firma autorizada _____ Título _____ Fecha _____

(DEBE ESTAR FIRMADO POR UN FUNCIONARIO DE LA ORGANIZACIÓN/ESCUELA, A MENOS QUE LA LESIÓN NO SE HAYA PRODUCIDO DURANTE UNA ACTIVIDAD DE LA ORGANIZACIÓN/ESCUELA. LA FIRMA ES OBLIGATORIA.)

PORTE 1-B: LO DEBE LLENAR POR COMPLETO EL RECLAMANTE; O SU MADRE/PADRE/TUTOR LEGAL SI EL RECLAMANTE ES MENOR DE EDAD

Nombre legal de la parte/el estudiante lesionado _____ Nombre preferido/apodo: _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Grado escolar _____ ☐ Masculino ☐ Femenino

Dirección de la persona lesionada o su madre/padre/tutor legal _____

N.º de teléfono () _____ Dirección de correo electrónico _____

Si la parte lesionada es mayor de 18 años: Nombre y dirección del empleador _____

N.º de teléfono () _____ ☐ Autónomo ☐ Desempleado

Nombre del padre/tutor legal _____

Nombre y dirección del empleador _____ N.º de teléfono () _____

_____ ☐ Autónomo ☐ Desempleado

CONTINÚE CON LA PRÓXIMA PÁGINA DEL FORMULARIO QUE SE DEBE LLENAR POR COMPLETO

Nombre de la madre/tutora legal _____

Nombre y dirección del empleador _____ N.º de teléfono () _____

☐Autónomo ☐Desempleado

Si la lesión es dental, envíe la verificación del dentista que indique que el diente o los dientes están enteros, sanos y son naturales.

El reclamante está cubierto por alguna otra póliza de seguro médico y/o dental? ☐Sí ☐No

El reclamante está cubierto por un seguro patrocinado por el gobierno como Medicare/Medicaid? ☐Sí ☐No

Nombre de todas las compañías que le proporcionan al reclamante cobertura de seguro o planes médicos prepagos

Nombre de la compañía	Dirección	Póliza N.º
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Los beneficios están sujetos a esta reclamación según estas otras coberturas de seguro? ☐Sí ☐No (Consulte el AVISO IMPORTANTE en la parte superior del formulario en la página 1)

Su hijo o hija tiene cobertura de seguro médico como dependiente elegible de un matrimonio anterior según lo ordenado en un decreto de divorcio? ☐Sí ☐No Si respondió que sí, proporcione el nombre, la dirección y el número de teléfono de la parte responsable _____

DECLARACIÓN JURADA: Verifico que la declaración anterior sobre el otro seguro es exacta y completa. Comprendo que el hecho de proporcionar intencionalmente información incorrecta a través del correo estadounidense puede ser fraudulento y puede infringir las leyes federales y estatales. Acepto que de determinarse en una fecha posterior que existen otros beneficios de seguro que podrían indemnizarse en esta reclamación, reembolsaré a Gerber Life Insurance Company en la medida en que esta no fuera responsable por los mismos.

Firma: Persona lesionada, padre, madre o tutor legal _____ Fecha: _____
LA FIRMA ES OBLIGATORIA

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN: Por medio del presente, autorizo a cualquier empleado, plan médico, compañía de seguros, hospital, médico, profesional de atención médica, clínica, laboratorio, farmacia, instalación médica u otra persona que haya proporcionado tratamiento, pago o servicios en relación con esta reclamación, a divulgar, cuando se lo soliciten, toda la información relativa a las lesiones, coberturas de póliza, historiales médicos, consultas, recetas o tratamientos, y las copias de todos los registros hospitalarios o médicos, y las facturas detalladas a WebTPA, Inc. y Gerber Life Insurance Company, sus agentes, empleados y representantes.

Por medio del presente, autorizo a WebTPA, Inc. a debatir toda la información relacionada con los gastos médicos en los que se incurra o los tratamientos proporcionados en relación con esta reclamación, con los representantes de Special Markets Insurance Consultants, Inc. y sus agentes asignados, y con los funcionarios de la escuela u organización a través de la cual se emita esta póliza. Una fotocopia estática de esta autorización se considerará igual de eficaz y válida que la original.

Firma: Persona lesionada, padre, madre o tutor legal _____ Fecha: _____

DECLARACIONES DE AVISO DE FRAUDE

AVISO PARA LOS SOLICITANTES: "TODA PERSONA QUE, CON PLENO CONOCIMIENTO Y CON LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS O A OTRA PERSONA, PRESENTE UNA SOLICITUD DE SEGURO O DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN MANIFIESTAMENTE FALSA O QUE OCULTE, CON LA FINALIDAD DE INDUCIR A ERROR, INFORMACIÓN CONCERNIENTE A CUALQUIER HECHO QUE RESULTE IMPORTANTE PARA ESTE, COMETE UN ACTO DE FRAUDE DE SEGURO, LO QUE CONSTITUYE UN DELITO Y PUEDE DEJAR A TAL PERSONA SUJETA A SANCIONES PENALES O CIVILES".

RESIDENTES DE ALABAMA: "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTA UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTE PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O UN BENEFICIO, O QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTA INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS DE RESARCIMIENTO, ENCARCELAMIENTO O UNA COMBINACIÓN DE AMBAS SANCIONES".

SOLICITANTES RESIDENTES DE ALASKA: "UNA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO Y LA INTENCIÓN DE PERJUDICAR, ESTAFAR O ENGAÑAR A CUALQUIER ASEGURADORA, COMPLETE UNA RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR PODRÍA SER PROCESADA JUDICIALMENTE POR DELITO CONFORME A LA LEY ESTATAL".

SOLICITANTES RESIDENTES DE ARKANSAS: "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTA UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTE PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO, O QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTA INFORMACIÓN FALSA EN EL MARCO DE UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO".

SOLICITANTES RESIDENTES DE ARIZONA: "PARA SU PROTECCIÓN, LA LEY DE ARIZONA REQUIERE QUE LA SIGUIENTE DECLARACIÓN APAREZCA EN ESTE FORMULARIO. TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTA UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTE PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA ESTARÁ SUJETA A MULTAS PENALES Y CIVILES".

RESIDENTES DE CALIFORNIA: "PARA SU PROTECCIÓN, LA LEY DE CALIFORNIA REQUIERE QUE EN ESTE FORMULARIO APAREZCA LO SIGUIENTE: TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTE POR EL PAGO DE UNA PÉRDIDA ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO EN UNA PRISIÓN ESTATAL".

SOLICITANTES RESIDENTES DE COLORADO: "ES ILEGAL PROPORCIONAR HECHOS O INFORMACIÓN FALSOS, INCOMPLETOS O QUE INDUZCAN A ERROR, CON PLENO CONOCIMIENTO, A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON EL PROPÓSITO DE ENGAÑARLA O INTENTAR HACERLO. LAS PENALIDADES INCLUYEN PRISIÓN, MULTAS, DENEGACIÓN DEL SEGURO Y DAÑOS CIVILES. TODA COMPAÑÍA DE SEGUROS O AGENTE DE UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PROPORCIONE HECHOS O INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR A UN TITULAR DE UNA PÓLIZA O DE UNA RECLAMACIÓN CON EL PROPÓSITO DE ENGAÑAR O INTENTAR ENGAÑAR A TAL TITULAR DE LA PÓLIZA O DE UNA RECLAMACIÓN CON RESPECTO A UN ACUERDO ENTRE PARTES O SUBSIDIO A PAGAR COMO RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS DE LA ASEGURADORA, SERÁ DENUNCIADO A LA DIVISIÓN DE SEGUROS DEL DEPARTAMENTO DE ORGANISMOS REGULATORIOS DE COLORADO".

RESIDENTES DE DELAWARE: "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO Y LA INTENCIÓN DE PERJUDICAR, ESTAFAR O ENGAÑAR A CUALQUIER ASEGURADORA, PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE".

SOLICITANTES RESIDENTES DEL DISTRITO DE COLUMBIA: "ADVERTENCIA: PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA O QUE INDUZCA A ERROR A UNA ASEGURADORA CON EL PROPÓSITO DE ENGAÑAR A TAL ASEGURADORA O A CUALQUIER OTRA PERSONA CONSTITUYE UN DELITO. LAS PENALIDADES INCLUYEN PRISIÓN O MULTAS. ADEMÁS, LAS ASEGURADORAS PUEDEN NEGARSE A PAGAR BENEFICIOS DE SEGUROS SI EL SOLICITANTE PROPORCIONÓ INFORMACIÓN FALSA QUE SE RELACIONA SUSTANTIVAMENTE CON UNA RECLAMACIÓN".

SOLICITANTES RESIDENTES DE FLORIDA: "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO E INTENCIÓN DE PERJUDICAR, ESTAFAR O ENGAÑAR A UNA ASEGURADORA PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN O UNA SOLICITUD QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE EN TERCER GRADO".

RESIDENTES DE IDAHO: "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO Y LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR O ENGAÑAR A CUALQUIER ASEGURADORA, PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE".

RESIDENTES DE INDIANA: "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO Y LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR A UNA ASEGURADORA, PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE".

SOLICITANTES RESIDENTES DE KANSAS: "TODA PERSONA QUE, CON PLENO CONOCIMIENTO Y CON LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS O A OTRA PERSONA, HAGA QUE SE PRESENTE O SE PREPARE CON CONOCIMIENTO UNA PRESENTACIÓN PARA O POR PARTE DE UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS, UNA PRESUNTA COMPAÑÍA DE SEGUROS, UN CORREDOR O AGENTE DE ESTA, UNA DECLARACIÓN ESCRITA COMO PARTE O COMPLEMENTO DE UNA SOLICITUD DE SEGURO, O UNA CALIFICACIÓN DE UNA PÓLIZA DE SEGURO, O UNA RECLAMACIÓN DE PAGO U OTRO BENEFICIO EN VIRTUD DE UNA PÓLIZA DE SEGURO QUE DICHA PERSONA SEPA QUE CONTIENE INFORMACIÓN MANIFIESTAMENTE FALSA SOBRE CUALQUIER HECHO DE IMPORTANCIA O QUE OCULTE, CON LA FINALIDAD DE INDUCIR A ERROR, INFORMACIÓN CONCERNIENTE A CUALQUIER HECHO QUE RESULTE IMPORTANTE PARA ESTE, COMETE UN ACTO DE FRAUDE DE SEGURO, LO QUE CONSTITUYE UN DELITO Y PUEDE DEJAR A TAL PERSONA SUJETA A SANCIONES PENALES O CIVILES".

SOLICITANTES RESIDENTES DE KENTUCKY: "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO Y CON LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR A CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS O A OTRA PERSONA, PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTenga CUALQUIER INFORMACIÓN 'MANIFIESTAMENTE' FALSA, O QUE OCULTE CON EL FIN DE INDUCIR A ERROR, CUALQUIER INFORMACIÓN RELATIVA A UN HECHO QUE RESULTE DE IMPORTANCIA PARA ESTE, COMETE UN ACTO DE FRAUDE DE SEGURO, LO CUAL CONSTITUYE UN DELITO".

SOLICITANTES RESIDENTES DE LUISIANA: "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTA UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTE PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO, O QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTA INFORMACIÓN FALSA EN EL MARCO DE UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO".

SOLICITANTES RESIDENTES DE MAINE: "PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON EL PROPÓSITO DE DEFRAUDARLA CONSTITUYE UN DELITO. LAS PENALIDADES INCLUYEN ENCARCELAMIENTO, MULTAS O DENEGACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO".

SOLICITANTES RESIDENTES DE MARYLAND: “TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO O VOLUNTAD PRESENTE UNA RECLAMACIÓN DE PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO QUE SEA FALSA O FRAUDULENTE, O QUE CON PLENO CONOCIMIENTO O VOLUNTAD PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN EL MARCO DE UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO”.

SOLICITANTES RESIDENTES DE MINNESOTA: “TODA PERSONA QUE ENVÍE UNA SOLICITUD O PRESENTE UNA RECLAMACIÓN CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR O SABIENDO QUE FACILITA UN FRAUDE CONTRA UNA ASEGURADORA, ES CULPABLE DE UN DELITO”.

RESIDENTES DE NEW HAMPSHIRE: “TODA PERSONA QUE CON LA INTENCIÓN DE PERJUDICAR, ESTAFAR O ENGAÑAR A CUALQUIER ASEGURADORA PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR QUEDARÁ SUJETA A ACUSACIÓN Y SANCIÓN POR FRAUDE DE SEGURO, SEGÚN LO DISPUESTO EN LA SECCIÓN RSA 638.20”.

SOLICITANTES RESIDENTES DE NUEVA JERSEY: “TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR QUEDARÁ SUJETA A SANCIONES PENALES Y CIVILES”.

SOLICITANTES RESIDENTES DE NUEVO MÉXICO: “TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTE PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO, O QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A SANCIONES CIVILES Y PENALES”.

SOLICITANTES RESIDENTES DE NUEVA YORK: “TODA PERSONA QUE, CON PLENO CONOCIMIENTO Y CON LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS O A OTRA PERSONA, PRESENTE UNA SOLICITUD DE SEGURO O DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN MANIFIESTAMENTE FALSA O QUE OCULTE, CON LA FINALIDAD DE INDUCIR A ERROR, INFORMACIÓN CONCERNIENTE A CUALQUIER HECHO QUE RESULTE IMPORTANTE PARA EL MISMO, COMETE UN ACTO DE FRAUDE DES SEGURO, LO QUE CONSTITUYE UN DELITO Y DEJA A TAL PERSONA SUJETA A UNA PENALIDAD CIVIL MÁXIMA DE CINCO MIL DÓLARES MÁS EL VALOR DECLARADO DE LA RECLAMACIÓN POR CADA INFRACCIÓN”.

SOLICITANTES RESIDENTES DE OHIO: “TODA PERSONA QUE, CON LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR O SABIENDO QUE PERMITE UN FRAUDE CONTRA UNA ASEGURADORA, PRESENTE UNA SOLICITUD O UNA RECLAMACIÓN QUE CONTenga DECLARACIONES FALSAS O ENGAÑOSAS, SERÁ CULPABLE DE FRAUDE DE SEGURO”.

SOLICITANTES RESIDENTES DE OKLAHOMA: “ADVERTENCIA: TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO Y LA INTENCIÓN DE PERJUDICAR, ESTAFAR O ENGAÑAR A CUALQUIER ASEGURADORA PRESENTE UNA RECLAMACIÓN POR LOS PROCEDIMIENTOS DE UNA PÓLIZA DE SEGURO QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE”.

SOLICITANTES RESIDENTES DE OREGÓN: “TODA PERSONA QUE, CON PLENO CONOCIMIENTO Y CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR O SOLICITAR A OTRO QUE DEFRAUDE A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS, (1) ENVÍE UNA SOLICITUD O (2) PRESENTE UNA RECLAMACIÓN QUE CONTenga UNA DECLARACIÓN FALSA SOBRE CUALQUIER HECHO DE IMPORTANCIA, PUEDE ESTAR VIOLANDO UNA LEY ESTATAL”.

SOLICITANTES RESIDENTES DE PENNSILVANIA: “TODA PERSONA QUE, CON PLENO CONOCIMIENTO Y CON LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS O A OTRA PERSONA, PRESENTE UNA SOLICITUD DE SEGURO O DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN MANIFIESTAMENTE FALSA O QUE OCULTE, CON LA FINALIDAD DE INDUCIR A ERROR, INFORMACIÓN CONCERNIENTE A CUALQUIER HECHO QUE RESULTE IMPORTANTE PARA EL MISMO, COMETE UN ACTO DE FRAUDE DE SEGURO, LO QUE CONSTITUYE UN DELITO Y DEJA A TAL PERSONA SUJETA A SANCIONES PENALES O CIVILES”.

RESIDENTES DE RHODE ISLAND: “TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTE POR EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO, O QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN EL MARCO DE UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO”.

SOLICITANTES RESIDENTES DE TENNESSEE: “PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON EL PROPÓSITO DE DEFRAUDARLA CONSTITUYE UN DELITO. LAS PENALIDADES INCLUYEN EL ENCARCELAMIENTO, MULTAS Y LA NEGATIVA DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO”.

SOLICITANTES RESIDENTES DE TEXAS: “TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTE POR EL PAGO DE UNA PÉRDIDA ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO EN UNA PRISIÓN ESTATAL”.

SOLICITANTES RESIDENTES DE VERMONT: “TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE UNA DECLARACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO PUEDE SER CULPABLE DE UN DELITO CRIMINAL Y ESTAR SUJETA A PENALIDADES EN VIRTUD DE LA LEY ESTATAL”.

SOLICITANTES RESIDENTES DE VIRGINIA: “PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON EL PROPÓSITO DE DEFRAUDARLA CONSTITUYE UN DELITO. LAS PENALIDADES PUEDEN INCLUIR ENCARCELAMIENTO, MULTAS Y LA NEGATIVA DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO”.

SOLICITANTES RESIDENTES DE WASHINGTON: “PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA, CON PLENO CONOCIMIENTO, A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON EL PROPÓSITO DE ENGAÑARLA, CONSTITUYE UN DELITO. LAS PENALIDADES INCLUYEN ENCARCELAMIENTO, MULTAS Y LA NEGATIVA DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO”.

SOLICITANTES RESIDENTES DE VIRGINIA DEL OESTE: “TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTE POR EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO, O QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN EL MARCO DE UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO”.