

Este formulario debe devolverse a la División Escolar dentro de los 90 días a partir de la fecha del incidente. VACORP enviará información a los padres sobre la presentación de facturas y EOB para su consideración en las reclamaciones aplicables. La escuela no aceptará facturas ni EOB.



**VACORP**

(888) 822-6772

**FORMULARIO DE  
RECLAMO DE  
ACCIDENTE  
ESTUDIANTIL**

**La cobertura de accidentes estudiantiles es SECUNDARIA para cualquier otro seguro, incluidos Medicaid, FAMIS o seguro de salud privado.**

**PART 1: INFORMACION DE INCIDENTE (A COMPLETAR POR LA ESCUELA)**

Division Escolar: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_  
 Direccion de Escuela: \_\_\_\_\_  
 El Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_  
 Masculino  Hembra Fecha de Herida: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Nivel de Grado: \_\_\_\_\_  
 Parte del Cuerpo: \_\_\_\_\_ Diagnostico: \_\_\_\_\_  
 Descripcion del Accidente(Incluya una pagina adicional si es necesario):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Si es Atletismo, indique el deporte: \_\_\_\_\_  
 Al momento de la lesion, estaba involucrado en una actividad patrocinada por la división Escolar  Si  No  
 Bajo cuya supervision? \_\_\_\_\_ Telefono #: \_\_\_\_\_  
 Numero de reclamo asignado al sitio web: \_\_\_\_\_  
 Firma del Preparador: \_\_\_\_\_ Titulo: \_\_\_\_\_  
 Nombre Impreso: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Telefono #: \_\_\_\_\_

**PART 2: INFORMACION PARA LOS PADRES (A COMPLETAR POR EL PADRE, INCLUYA LA INFORMACION DEL ESTUDIANTE Y DEL PADRE) \*Si se necesita espacio adicional, no dude en usar otra pieza de papel.\***

**Informacion del Estudiante:**  
 Direccion del Estudiante: \_\_\_\_\_ SSN de Estudiante: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
**Informacion para Padres:**  
 Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Telefono #: \_\_\_\_\_  
 Empleado del Padre: \_\_\_\_\_  
 Direccion del Empleado: \_\_\_\_\_  
 Empleado de la Madre: \_\_\_\_\_ Telefono #: \_\_\_\_\_  
 Direccion del Empleado: \_\_\_\_\_  
 Direccion del Empleado: \_\_\_\_\_  
 Enumere TODAS las pólizas de seguro:  Medicare/Medicaid  Comprobar si no hay seguro  
 Nombre de la aseguradora: \_\_\_\_\_  
 Direccion: \_\_\_\_\_ Politica #: \_\_\_\_\_  
 Telefono #: \_\_\_\_\_  Grupo  Individual HICN (if Medicare): \_\_\_\_\_  
 Nombre del Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_  
**Medico Tratante Inicial:**  
 Medica/o/ Instalaciones Nombre: \_\_\_\_\_  
 Direccion of Medica/o/ Instalaciones: \_\_\_\_\_  
 Telefono #: \_\_\_\_\_ Fecha Vista por el Medico: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES DE RECLAMACIÓN:** En caso de accidente, notifique a la escuela de inmediato.

La cobertura de accidentes estudiantiles solo está disponible para cubrir a los estudiantes por lesiones accidentales que ocurran mientras el contrato esté vigente.

1. Complete este formulario de reclamo, firme y devuélvalo a la división escolar dentro de los 90 días a partir de la fecha de la lesión. La división escolar debe enviar este formulario de reclamo a VACORP antes de que cualquier factura sea revisada o procesada. Si el formulario de reclamo se envía a VACORP después de 90 días de la fecha de la lesión, el reclamo no se considerará para el pago.
2. Todos los gastos deben ser incurridos y reportados a VACORP dentro de un año a partir de la fecha del accidente. Cualquier gasto incurrido y / o reportado a VACORP más de 365 días después del accidente no será considerado para el pago.
3. Para procesar este reclamo de pago, VACORP necesitará facturas detalladas y toda la Explicación de beneficios (EOB) que muestre lo que ha pagado su seguro. No se aceptarán declaraciones sin información detallada.
4. Cuando reciba un EOB, envíelo a VACORP, junto con las declaraciones detalladas correspondientes. Pagaremos beneficios por gastos elegibles según los términos del contrato.
5. Los beneficios se pagan directamente a los padres / tutores, quienes deben pagar a los proveedores médicos.
6. VACORP no emitirá el pago de ningún reclamo hasta que se proporcione un Número de Seguro Social y la Fecha de nacimiento del reclamante según las pautas de MMSEA. En lugar de un SSN, se puede enviar un Número de reclamo de seguro médico de Medicare (HICN).
7. Todos los reclamos están sujetos a los términos, condiciones y exclusiones que se encuentran en el documento de cobertura. El contrato de cobertura reemplaza cualquier declaración contradictoria contenida en este documento.

Los beneficios se brindan en forma de exceso **SECUNDARIO** para los gastos cubiertos. Los beneficios se pagan hasta el máximo aplicable para los gastos cubiertos que exceden otros seguros válidos y de colección, incluidos Medicaid, Medicare, FAMIS y seguros de salud privados. Debe seguir cualquier requisito para obtener beneficios de atención médica; de lo contrario, los beneficios de VACORP pueden reducirse, cuando corresponda, como se establece en las disposiciones del Contrato.

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Por la presente autorizo a todas las fuentes de servicios médicos y proveedores de atención médica a divulgar una copia completa de mis registros de salud, incluidos los registros relacionados con la salud mental, enfermedades transmisibles, VIH o SIDA y el tratamiento del abuso de alcohol o drogas a Virginia Grupo de riesgo de autoseguro de la Asociación de Condados, sus subsidiarias y afiliadas, sus asociados de reclamos y representantes legales (en adelante denominados colectivamente como VACORP).

Autorizo el uso de la información anterior para que VACORP investigue, procese y determine el monto pagadero, si corresponde, por todos los reclamos realizados en virtud de cualquier contrato de propiedad y siniestro de VACORP que se aplique al accidente o suceso en \_\_\_\_\_. Entiendo que como parte del proceso de manejo de reclamos, VACORP puede divulgar información médica u otra información obtenida por esta autorización a médicos, dentistas, otros proveedores médicos o de atención médica u otro profesional para su revisión y opinión profesional. Esta información también puede divulgarse a otras compañías de seguros para su uso en relación con transacciones de seguros, o según lo exija o permita la ley. La información obtenida de conformidad con esta autorización se puede volver a divulgar posteriormente y no se puede proteger bajo la regla de privacidad de HIPAA. Entiendo que puedo negarme a autorizar la divulgación de toda o parte de la información solicitada, pero ese rechazo puede causar un retraso en el procesamiento o la denegación de los beneficios del seguro para los reclamos de lesiones pendientes.

Esta autorización puede revocarse en cualquier momento, excepto en la medida en que VACORP haya tomado medidas basándose en esta autorización antes de la notificación de revocación. Dicha revocación debe ser por escrito, fechada, firmada e incluir el número de reclamo mencionado anteriormente. Entiendo que la revocación de esta autorización puede causar un retraso en el procesamiento o la denegación de los beneficios del seguro para los reclamos de lesiones pendientes. Esta autorización es válida por la duración del reclamo mencionado anteriormente, y una fotocopia es tan válida como la original. Esta autorización se aplica específicamente a los registros realizados antes, durante y después de la fecha de firma de esta autorización durante el tiempo que la autorización esté vigente.

He leído la autorización y he chamuscado este documento. Verifico que la declaración en la Parte 2 sobre otro seguro es precisa y completa. Estoy de acuerdo en que si se determina en una fecha posterior que hay otros beneficios de seguro que se pueden cobrar en este reclamo, reembolsaré a VACORP en la medida en que VACORP realizó un pago por el cual no estaba obligado por el contrato. Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de beneficios de seguro.

**Cualquier pago se realizará directamente a los padres / tutores, quienes deberán pagar a los proveedores médicos.**

**Firma del padre o representante autorizado:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si representante autorizado, relación con el estudiante o designación legal: \_\_\_\_\_