



**SPECIALTY
BENEFITS, INC.**
an affiliate of K&K Insurance Group, Inc.



Nationwide®
On Your Side™

**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN
DE ACCIDENTE DE
UN ESTUDIANTE O ATLETA**

Cobertura en Exceso

CUENTAS DE JARDÍN DE INFANTES HASTA 12º GRADO (K-12)

DEPARTAMENTO DE RECLAMACIONES

1712 Magnavox Way, P.O. Box 2338 | Fort Wayne, IN 46801-2338
Tel.: 800-237-2917 | Fax: 312-381-9077 California License #0334819
Correo electrónico: kk.PAClaims@kandkinsurance.com
www.kandkinsurance.com

INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN

NOTA: El Formulario de Reclamaciones debe completarse en su totalidad y firmarse. Presente su reclamación sin demora. El hecho de no hacerlo podría tener como resultado la denegación de la cobertura.

Procedimientos básicos para presentar la Declaración de Reclamación

1. Un directivo de la institución educativa completará su parte y luego entregará el formulario de reclamación al estudiante o al (a los) padre(s)/tutor(es) del estudiante o atleta para que lo complete(n).
2. El (los) padre(s)/tutor(es) del estudiante o atleta completará(n) la parte correspondiente del formulario. Adjunte cualquier factura médica relacionada y la explicación de beneficios del seguro principal y envíelo a K&K Insurance Group, Inc.

Al Estudiante o Atleta/Padre o Madre/Tutor

Si está adjuntando facturas médicas relacionadas, estas facturas deben incluir el nombre, la afección (diagnóstico), tipo de tratamiento proporcionado al paciente, fecha en que se incurrió en el gasto y los cargos efectuados. Para los cargos del hospital, sería un UB04 y para los cargos del médico/adicionales, sería un CMS1500. Los proveedores médicos también pueden facturar a K&K Insurance Group, Inc. directamente a la dirección indicada arriba.

SECCIÓN I – DEBE SER COMPLETADA POR EL (LOS) PADRE(S)/TUTOR(ES) DEL RECLAMANTE

1. Nombre del alumno Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____
2. Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____ Sexo: Masculino Femenino
3. Grado al que asiste el estudiante en la institución educativa: _____
4. Dirección particular: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono particular del (de los) padre(s)/tutor(es): _____
5. Fecha del accidente: _____ Hora del accidente: _____ a. m p. m
Naturaleza de la lesión: _____ Describe exactamente cómo ocurrió el accidente: _____
6. Naturaleza de la actividad y ubicación en que se sufrió la lesión (marcar todas las casillas que correspondan):

<input type="checkbox"/> Jardín de infantes	<input type="checkbox"/> Escuela primaria	<input type="checkbox"/> Escuela secundaria
<input type="checkbox"/> Preparatoria	<input type="checkbox"/> Cafetería	<input type="checkbox"/> Actividades en el aula
<input type="checkbox"/> Deportes entre distintas escuelas	<input type="checkbox"/> Deportes dentro de la institución, <i>nombre del deporte, si corresponde:</i> _____	<input type="checkbox"/> Otra actividad (especificar) _____
<input type="checkbox"/> Club de deportes	<input type="checkbox"/> Clase de educación física	<input type="checkbox"/> Durante el viaje hacia o desde el evento
<input type="checkbox"/> Durante la práctica	<input type="checkbox"/> Durante el juego	

Naturaleza de su participación:

<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Voluntario	<input type="checkbox"/> Estudiante/Jefe
<input type="checkbox"/> Participante atleta	<input type="checkbox"/> Animador	<input type="checkbox"/> Miembro de la banda
<input type="checkbox"/> Otra actividad (especificar) _____		
7. ¿Estudiante transferido? Sí No
En caso afirmativo, identifique el nombre de la institución educativa anterior: _____
8. Nombre, dirección y número de teléfono del médico que primero le administró tratamiento: _____

9. ¿Ha tenido una lesión similar en el pasado? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, descríbala y proporcione fechas: _____

10. Nombre, dirección y número de teléfono del médico que le administró tratamiento para la lesión previa: _____

11. ¿Está cubierto por otro plan de beneficios para gastos médicos? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, proporcione los nombres del (de los) plan(es) y de la(s) persona(s) a través de las cuales está asegurado y su relación con usted: _____

SI NO TIENE OTRO SEGURO SOBRE SU HIJO, PERO USTED Y/O SU CÓNYUGE ES O SON EMPLEADOS DE TIEMPO COMPLETO, PROPORCIONE UNA DECLARACIÓN DEL (DE LOS) EMPLEADOR(ES) DONDE SE INDIQUE QUE SU HIJO NO ESTÁ CUBIERTO POR NINGÚN SEGURO QUE OFREZCA(N).

TODOS LOS BENEFICIOS SE HARÁN PAGADEROS A LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS INVOLUCRADOS, A MENOS QUE SE ACOMPAÑE CON RECIBOS PAGADOS.

ESTA ES UNA COBERTURA MÉDICA EN EXCESO.

Por la presente, autorizo a cualquier médico, hospital o cualquier otro establecimiento médicamente relacionado, compañía de seguros, u otra organización, institución o persona que tenga cualquier registro en lo que respecta a conocimiento sobre mi persona, y/o el reclamante arriba mencionado, a revelar la totalidad de dicha información en cualquier momento en que así lo solicite K&K Insurance/Specialty Benefits y/o Nationwide Life Insurance Company o su representante. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan vigente y válida como el original.

Toda persona que a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros u otra persona presente formularios de reclamación de seguro que contengan información sustancialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información relacionada con cualquier dato sustancial al respecto, estará cometiendo un acto de seguro fraudulento, lo cual constituirá un delito.

Fecha _____ Firma del padre/tutor _____

SECCIÓN II – (DEBE SER COMPLETADA POR LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICIPANTE)

EL HECHO DE NO COMPLETAR ESTE FORMULARIO EN SU TOTALIDAD PUEDE TENER COMO RESULTADO UNA DEMORA INNECESARIA EN EL PROCESAMIENTO DE ESTA RECLAMACIÓN.

1. Nombre del estudiante: Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

2. Fecha del accidente _____

3. Actividad _____

4. Naturaleza de la lesión _____

5. Nombre del SISTEMA ESCOLAR o DISTRITO ESCOLAR participante _____

6. Nombre de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA participante _____

7. Por la presente certifico que mis declaraciones que anteceden en este formulario son verdaderas a mi leal saber y entender. Estoy al tanto de que si alguna de mis declaraciones anteriores en este formulario es intencionalmente falsa, puedo quedar sujeto a sanciones, que pueden incluir un procesamiento penal.

FIRMA DEL DIRECTIVO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA: _____

NOMBRE/CARGO EN LETRA DE IMPRENTA: _____

TELÉFONO: _____ FAX: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ FECHA: _____

Toda persona que a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros u otra persona presente formularios de reclamación de seguro que contengan información sustancialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información relacionada con cualquier dato sustancial al respecto, estará cometiendo un acto de seguro fraudulento, lo cual constituirá un delito.

Fecha _____ Firma del Titular de la póliza (Directivo de la institución educativa) _____