



SPECIALTY INSURANCE

K-12 ESTUDIANTIL

Formulario de Reclamo de Accidente Estudiantil

Por favor complete este formulario y envíalo a
A-G Specialty Insurance las fracturas medicas detalladas y la explicacion
de beneficios de su seguro primario.

Envíe el formulario y todos los documentos usando nuestro
portal seguro: agadmin.retool.com/p/secure-file-upload

Para preguntas, comuníquese con A-G Specialty Insurance, LLC a :
PSIC@agadm.com

Su información:

Primer Nombre: _____

Apellido: _____

Título _____

Nombre de Escuela /organización _____

Dirección de Correo Electronico: _____

Telefono: _____

INFORMACION DEL TITULAR DE LA POLIZA:

Titular de la poliza/Escuela _____

Direccion de la Escuela _____

CALLE

CIUDAD

ESTADO CODIGO POSTAL

INFORMACION DEL ESTUDIANTE:

Nombre del estudiante: _____

PRIMER NOMBRE

INICIAL

APELLIDO

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: ☐ M ☐ F Seguro Social #: _____

Telefono del Estudiante (ode los Padres si es Menor) _____

Correo electrónico (e-mail) _____

Direccion Postal _____

CALLE

CIUDAD

ESTADO CODIGO POSTAL

INFORMACION DEL ACCIDENTE:

Circunstancia: ☐ Juego ☐ Practica ☐ Otras Condiciones (Por favor explique con detalle la naturaleza de la lesión)

Tipo de Actividad: ☐ Club deportivo ☐ Intramuros ☐ Interescolar ☐ No es Atleta

Actividad o Deporte _____ Fecha de la lesión _____

Parte del cuerpo lesionada _____ Lugar del Accidente: _____

Naturaleza de la lesión Detalles de lo sucedido

INFORMACION DEL SEGURO:

El reclamante tiene seguro Medico Primario? ☐ Si ☐ No (Adjuntar una copia si es necesario) _____

Nombre de la Compañía de Seguros: _____

Direccion de la Compañía de Seguros: _____

Calle

CIUDAD

ESTADO CODIGO POSTAL

Numero de poliza: _____



A-G SPECIALTY INSURANCE, LLC

PO Box 21013, Eagan, MN 55121

Ph: (610) 933-0800 Fx: (610) 933-4122 Email: PSIC@agadm.com

A-G SPECIALTY INSURANCE, LLC
En nombre de MUTUAL OF OMAHA
P.O. Box 21013 - Eagan, MN 55121 (610) 933-0800
A-G Specialty Insurance es el administrador de reclamos de Mutual of Omaha

AUTORIZACIÓN HIPAA
Para Permitir el Uso y Divulgación de Información Sanitaria

Esta Autorización fue elaborada a efectos de obtener información para procesar una solicitud de prestación.

Póliza/Certificado # _____

Yo, el abajo firmante, autorizo a cualquier médico licenciado, profesional médico, hospital, clínica u otra instalación médica, farmacias, encargados de farmacia, agencia gubernamental, empresa de seguros, organización de seguros, agencia de informes de solvencia, grupo propietario de la póliza, empleador o administrador del plan de prestaciones a proporcionar a A-G Specialty Insurance, LLC (A-G) a algún agente, abogado o administrador independiente que actúe en su representación, cualquier información médica y sanitaria relacionada con directrices, asistencia o tratamientos proporcionados al paciente abajo nombrado. Esta información médica o sanitaria incluye información sobre el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales, consumo de alcohol y drogas. También incluye información sobre el diagnóstico, tratamiento y resultados de test de VIH, SIDA y enfermedades de transmisión sexual, salvo en los casos en que la legislación estatal lo restrinja. Esta Autorización excluye notas de psicoterapia. Esta Autorización también incluye información proporcionada a nuestro departamento sanitario para suscripciones y reclamaciones e información proporcionada a cualquier empresa de seguros afiliada en solicitudes anteriores. Entiendo que yo o mi representante autorizado tendremos derecho a recibir una copia de la Autorización si la solicitamos.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a A-G, a la atención del Encargado del Departamento de Reclamaciones, a la dirección arriba indicada. Entiendo que la revocación no será efectiva en la medida en que A-G haya usado o divulgado la información sanitaria protegida o si mi Autorización fue obtenida como condición para determinar mi elegibilidad para recibir prestaciones.

Entiendo que A-G podrá condicionar el pago de una reclamación a mi firma de esta Autorización si la revelación de información fuera necesaria para determinar el nivel o validez del pago reclamado. En caso de no firmar esta Autorización o de ser revocada, A-G podría verse impedida de procesar su solicitud o evaluar reclamos presentados, y ello podrá ser motivo para denegar una solicitud o reclamo de prestaciones; sin embargo, su capacidad de recibir atención sanitaria y servicios no se verá alterada en caso de no firmar esta Autorización.

Una vez la información sea revelada a A-G en cumplimiento de esta Autorización, la información seguirá protegida por A-G de acuerdo con las leyes federales o estatales de privacidad. Sin embargo, también entiendo que si alguna persona o entidad que reciba esta información no se encontrara protegida por regulaciones federales de privacidad, la información podrá ser divulgada a su vez por dicha persona o entidad, y dejará de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Esta autorización conservará su fuerza y efecto hasta pasados dos (2) años desde la fecha de su firma, momento en el que vencerá esta autorización.

Si esta Autorización es firmada por un representante autorizado, la autoridad de dicho individuo para actuar en mi representación queda descrita abajo.

(En Letras de Imprenta) Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento
---	---------------------

Firma del Paciente	Fecha
--------------------	-------

(En Letras de Imprenta) Nombre del Representante Autorizado o Familiar	
--	--

Relación del Representante Autorizado o Familiar con el Paciente	
--	--

Firma del Representante Autorizado o Familiar	Fecha
---	-------

AUTORIZACION

DECLARACIÓN JURADA: Verifico que la declaración sobre otro seguro es verdadera y completa. Entiendo que enviar información incorrecta o falsa a través del correo de EE. UU. puede ser considerado un acto fraudulento y viola las leyes federales y las leyes estatales. Acepto que si es determinado en una fecha posterior que hay otros beneficios de seguro que se pueden cobrar en este reclamo, reembolsar A-G Specialty Insurance en la medida en que A-G no hubieran sido responsables.

Authorization PARA DIVULGAR INFORMACION: Autorizo a cualquier proveedor de atención médica, médico, profesional médico, Establecimiento, compañía de seguros, persona u organización para divulgar cualquier información médica, dental, mental, alcohol o historial de abuso de drogas, tratamiento o beneficios pagaderos, incluida información sobre discapacidad o empleo relacionada con el paciente, a los administradores de A-G y sus designados. También autorizo a los A-G Specialty Insurance a divulgar cualquier información médica y facturación a cualquier miembro de la familia o profesional médico si es necesario para facilitar los pagos.

APROVACION DE ESTUDIANTE /PADRE : Yo certifico que se ha dado la aprobación por parte del estudiante , padre o representante legal (si es menor) para presentar esta reclamo.

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO DE LA ESCUELA

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

FECHA

FECHA

ADVERTENCIA PARA LOS RESIDENTES DE CALIFORNIA: La ley the Privacidad del consumidor de California(CCPA) es una ley de privacidad interal que entró en vigencia el 1 de Enero de 2020. La CCPA brinda derechos mejorados a los residentes de California, incluyendo el derecho al acceso de información, el derecho a la eliminación de información (en ciertas circunstancias) y el derecho a optar por no participar en la venta de información. Por favor dirija cualquier consulta relacionada con la CCPA a sus representante de reclamos de su administrador externo.

ADVERTENCIA DE FRAUDE: Cualquier persona que, conscientemente y con la intención de defraudar, o ayude a cometer un fraude contra, cualquier compañía de seguros u otra persona: (1) presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa; o (2) oculta con el propósito de inducir datos falsos, o omitir información relativa a cualquier hecho material de la misma, comete o puede estar cometiendo un acto de seguro fraudulento, que es un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y/o civiles.

ADVERTENCIA A LOS RESIDENTES DE:

Alabama: Cualquier reclamación que es presentada conscientemente que contiene información falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o beneficio es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas de restitución, encarcelamiento, o cualquier combinación de los dos.

Alaska: Cualquier reclamación que es presentada conscientemente y con la intención de herir, defraudar o engañar a una compañía de seguros que contiene información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesada bajo la ley estatal.

Arizona, Arkansas and Rhode Island: Presentar una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio está sujeto a sanciones penales y civiles, y específicas de AR y RI: si conscientemente se presenta información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y encarcelamiento.

California: Para su protección, la ley de California requiere que este mensaje aparezca en este formulario: Cualquier persona que conscientemente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y encarcelamiento en prisión estatal.

Delaware: aCualquier reclamación que es presentada conscientemente y con la intención de herir, defraudar o engañar a una compañía de seguros que contiene información falsa, incompleta o engañosa puede ser culpable de un delito grave.

Florida: Cualquier reclamación que es presentada conscientemente y con la intención de herir, defraudar o engañar a una compañía de seguros que contiene información falsa, incompleta o engañosa puede ser culpable de un delito grave del tercer grado.

Idaho and Indiana: Cualquier reclamación que es presentada conscientemente y con la intención de herir, defraudar o engañar a una compañía de seguros que contiene información falsa, incompleta o engañosa (para Idaho) es culpable y (para Indiana) comete un delito.

Kentucky: Cualquier reclamación que es presentada conscientemente que contiene cualquier información materialmente falsa u oculta, con el propósito de engañar, e intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona la información comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito.

New York: Cualquier reclamación que es presentada conscientemente que contiene cualquier información materialmente falsa u oculta, con el proposito de engañar, e intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y también estará sujeto a una sanción civil que no exceda de cinco mil dolares y el valor declarado de la reclamación por cada una de esas violaciones.

Pennsylvania: Cualquier reclamación que es presentada conscientemente y contiene información materialmente falsa u oculta, con el propósito de engañar, e intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito y somete a dicha persona presentando esta reclamación a sanciones penales y civiles.

Louisiana: Cualquier persona que conscientemente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y encarcelamiento en prisión.

New Mexico: Cualquier persona que conscientemente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida culpable de un delito y puede estar sujeto a multas civiles y sanciones penales.

Texas: Cualquier persona que conscientemente y deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida que contiene información engañosa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y encarcelamiento en prisión estatal.

West Virginia: Cualquier persona que conscientemente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una Ph: pérdida que contiene información engañosa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y encarcelamiento en prisión.

Maryland: Cualquier persona que conscientemente y deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida que contiene información engañosa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y encarcelamiento en prisión.

New Jersey: Cualquier persona que conscientemente y deliberadamente presente un reclamo falso, fraudulento o con información engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

Ohio: Cualquier persona que conscientemente y deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida que contiene información engañosa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y de fraude de seguro

Oklahoma: Cualquier reclamación que es presentada conscientemente y con la intención de herir, defraudar o engañar a una compañía de seguros que contiene información falsa, incompleta o engañosa puede ser culpable de un delito grave.

Oregon: Cualquier reclamación que es presentada conscientemente que contiene cualquier información materialmente falsa u oculta, con el propósito de engañar, e intención de defraudar a cualquier compañía de seguros

u otra persona la información comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, puede ser sujeto a enjuiciamiento.

Puerto Rico: Cualquier reclamación que es presentada conscientemente y con la intención de herir, defraudar o engañar una compañía de seguros que contiene información falsa, incompleta o engañosa ayuda a la causa de presentación de una reclamación fraudulenta y presenta más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, incurrirá en un delito grave y, en caso de condena, será sancionado por cada violación con la pena de una multa de no menos de cinco mil (5.000) dólares y no más de diez mil (10.000) dólares, o una pena de prisión fija por tres (3) años , o ambas sanciones. Si existen circunstancias agravantes, la sanción así establecida podrá incrementarse hasta un máximo de cinco (5) años; si existen circunstancias atenuantes, puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

ADVERTENCIA:

Colorado: Es ilegal conscientemente proporcionar o declarar hechos y/o información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que con intención proporcione datos o información engañosa a un asegurado o reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la el asegurado o reclamante con respecto a un acuerdo o premio por los ingresos del seguro será reportado a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

District of Columbia: Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen penas de prisión y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa relacionada materialmente con una reclamación.

Hawaii: Presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio es un delito castigado con multas o prisión, o ambos.

Maine, Tennessee, Virginia and Washington: Es un delito conscientemente proporcionar a s información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir prisión, multas o una denegación de beneficios de seguro.

Minnesota: Una persona que presenta una reclamación con la intención de defraudar o ayuda a cometer un fraude contra una aseguradora es culpable de un delito.

NUEVO Hampshire: Cualquier persona que, con el propósito de herir, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros,

eta o engañosa está presente una declaración de reclamo que contenga cualquier información falsa, incompl

sujeta a enjuiciamiento y castigo por fraude de seguro según lo dispuesto en RSA 638.20.

seguro, según n lo dispuesto en RSA 638.20.