

1. COMPLETE ESTE FORMULARIO
 2. ADJUNTE LAS FACTURAS DESGLOSADAS
 3. ENVIAR A
 Administrative Concepts, Inc.
 P.O. Box 4000
 Collegeville, PA 19426-9000
 www.acitpa.com



PARTE I: DECLARACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN PARTICIPANTE

Número de póliza:		Nombre de la organización:		Evento, actividad o deporte:	
Nombre del reclamante (persona lesionada)		Número del Seguro Social	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento	Dirección de correo electrónico
Domicilio de la persona lesionada y número de teléfono donde es más fácil contactarlo (incluya el código de área)					
Nombre y domicilio del padre, madre o tutor					
Fecha y hora del accidente		Lugar donde ocurrió el accidente		La persona lesionada es un: <input type="checkbox"/> Participante <input type="checkbox"/> Miembro del personal <input type="checkbox"/> Otro	
Reclamos dentales	Indique qué dientes se vieron afectados por el accidente	Describa la condición de los dientes lesionados antes del accidente: <input type="checkbox"/> Todos, sanos y naturales <input type="checkbox"/> Con rellenos <input type="checkbox"/> Prostéticos <input type="checkbox"/> Artificiales			
Tipo de lesión (indique la parte del cuerpo afectada, por ejemplo un brazo roto, un esguince en el tobillo, etc.)			¿La lesión ocasionó la muerte? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Describa la forma en que ocurrió el accidente; proporcione tantos detalles como sea posible			Actividad durante la cual ocurrió el accidente: <input type="checkbox"/> Campamento de día <input type="checkbox"/> Campamento durante la noche <input type="checkbox"/> Partido de la liga o entrenamiento <input type="checkbox"/> Torneo <input type="checkbox"/> Ubicación autorizada de la organización participante <input type="checkbox"/> Otro _____		
El accidente ocurrió (marque Sí o No para cada una de las siguientes opciones):					
A. Durante una actividad en las instalaciones		<input type="checkbox"/> SÍ		<input type="checkbox"/> NO	
B. Mientras viajaba de forma directa e ininterrumpida de la actividad		<input type="checkbox"/> SÍ		<input type="checkbox"/> NO	
C. Durante un entrenamiento de la organización participante		<input type="checkbox"/> SÍ		<input type="checkbox"/> NO	
D. Durante una competencia de la organización participante		<input type="checkbox"/> SÍ		<input type="checkbox"/> NO	
E. Durante una actividad patrocinada por la organización participante		<input type="checkbox"/> SÍ		<input type="checkbox"/> NO	
Firma del representante de la organización participante		Nombre y título del representante de la organización participante		Fecha	

PARTE II: OTRAS DECLARACIONES DEL SEGURO

¿Tiene usted/su cónyuge/padre o madre atención médica o está inscrito como persona individual, empleado o miembro dependiente de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO), o bien, un plan de atención de salud prepagado similar u otro tipo de cobertura por enfermedad/salud/accidente a través de un empleador, el empleador de su padre/madre o de otra fuente? SÍ NO

Si la respuesta es afirmativa, indique el nombre de la empresa aseguradora: _____ Póliza n.º: _____

Nombre, domicilio y teléfono del principal empleador de la madre (tutor): _____

Nombre, domicilio y teléfono del principal empleador del padre (tutor): _____

¿Es elegible para recibir los beneficios brindados en virtud de un programa o plan gubernamental, incluido Medicare?

SÍ NO Si la respuesta es afirmativa, por favor explique: _____

SI EXISTEN OTROS PLANES DE ASISTENCIA MÉDICA O SEGURO, ENVÍE COPIAS de su DECLARACIÓN DE BENEFICIOS junto con su reclamo.

PARTE III: AUTORIZACIONES

Autorizo los pagos médicos al médico o al proveedor por los servicios descritos en las declaraciones adjuntas. Si no está firmado, proporcione una constancia de pago.

FIRMA _____ FECHA _____

Autorizo a cualquier médico, profesional médico, hospital, entidad cubierta, tal como se define en la HIPAA, asegurador u otra organización o persona que tenga registros, fechas o información sobre el reclamante para revelar, cuando se le solicite, toda la información pertinente a una lesión, cobertura de una póliza, historial médico, consulta, prescripción o tratamiento, y a enviar copias de todos los registros médicos o del hospital en su totalidad a **Arch Insurance Group** o a su administrador designado. Una copia fotostática de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.

Estoy de acuerdo en que se determine en una fecha posterior que haya otra aseguradora (o similar) para realizar el reembolso a **Arch Insurance Group** hasta el alcance de cualquier monto que se pueda recaudar.

Entiendo que toda persona que deliberadamente y con la intención defraudar o engañar a cualquier empresa aseguradora, archive un reclamo que contenga material con información falsa, incompleta o engañosa, puede ser procesada por fraude de seguro.

FIRMA _____ **FECHA** _____

Las leyes de algunos estados nos solicitan que le brindemos los siguientes avisos:

ADVERTENCIA. Cualquier persona que deliberadamente:

Alaska: y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una empresa aseguradora, presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa, puede ser procesada según la ley estatal.

Arizona, Arkansas y Rhode Island: presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio está sujeta a sanciones penales o civiles, o **específicamente para AR y RI:** presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y encarcelamiento.

California: en pos de su protección, las leyes de California exigen que aparezca la siguiente información en este formulario: Cualquier persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

Delaware: y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora presenta una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Distrito de Columbia: suministrar información falsa o engañosa a una empresa aseguradora con el objetivo de defraudar a la empresa o a otra persona constituye un delito. Las sanciones incluyen encarcelamiento o multas. Además, una aseguradora podrá negar las prestaciones de seguro si el solicitante proporciona información falsa que tenga relación material con un reclamo.

Florida: y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora presenta una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

Idaho e Indiana: y con la intención de defraudar o engañar a una empresa aseguradora presenta una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa (para Idaho) es culpable y (para Indiana) comete un delito.

Kentucky, Nueva York y Pensilvania: y con la intención de defraudar a una empresa aseguradora o a otra persona, presenta una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contiene información materialmente falsa o que, con fines engañosos, oculte información referente a algún hecho importante en la misma, incurrirá en un delito de acto fraudulento de seguros, lo que constituye un delito, **específico para PA:** dicha persona estará sujeta a sanciones penales y civiles; y **específico para NY:** también estará sujeta a sanciones penales que no excedan el monto de cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo para cada una de las violaciones.

Luisiana, Nuevo México, Tejas y Virginia occidental: presenta un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida (o **específico para LA, TX y W VA:** presente, deliberadamente, información falsa respecto de una solicitud de seguro) es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal, (o **específico para NM:** a sanciones penales o civiles).

Maryland: intencionalmente presenta un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o que, deliberadamente e intencionalmente, presenta información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y encarcelamiento.

Nueva Jersey: deliberadamente presenta una declaración de reclamo que contiene información falsa o engañosa está sujeto a sanciones penales o civiles.

Ohio: con la intención de defraudar o en conocimiento de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presenta una solicitud o un reclamo que contiene una declaración falsa o engañosa, es culpable de fraude de seguros.

Oklahoma: y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora, presenta un reclamo por dinero de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Oregon: y con la intención de defraudar a una empresa aseguradora o a otra persona presenta una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contiene información materialmente falsa o que, con fines engañosos, oculte información referente a algún hecho importante en la misma, podría ser procesada por fraude de seguro.

Puerto Rico: y con la intención de defraudar, presente información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude o participe en la presentación de un reclamo fraudulento por el pago de una pérdida o de cualquier otro beneficio, o presente más de un reclamo para el mismo daño o pérdida, incurrirá en un delito y, tras su condena, será sancionada por cada violación con una multa de no menos de cinco mil (5,000) dólares y no más de diez mil (10,000) dólares, o con una pena de reclusión por tiempo establecido de tres (3) años, o ambas sanciones. Si existen circunstancias agravantes, la sanción establecida puede aumentarse hasta un máximo de cinco (5) años; si existen circunstancias atenuantes, puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

ADVERTENCIA:

Colorado: suministrar deliberadamente información falsa, incompleta o hechos o información engañosa a una empresa aseguradora con el objetivo de defraudar o intentar defraudar a la empresa constituye un delito. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de los beneficios de seguro y daños civiles. Toda empresa aseguradora o agente de una empresa aseguradora que, deliberadamente, proporcione datos o informaciones falsa, incompleta o engañosa al titular de una póliza o a un reclamante con el fin de defraudar o tratar de defraudar al asegurado o reclamante respecto de una liquidación o fallo a pagar a partir de los procedimientos del seguro, será denunciada ante la División de seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

Hawái: la presentación de un reclamo fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio constituye un delito punible con multas o encarcelamiento, o ambos. **Maine/Washington:** suministrar deliberadamente información falsa, incompleta o engañosa a una empresa aseguradora con el objetivo de defraudar a la empresa constituye un delito. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o denegación de los beneficios de seguro.

Minnesota: una persona que presenta un reclamo con la intención de defraudar o ayuda a cometer un fraude contra una empresa aseguradora es

culpable de cometer un delito.

Nuevo Hampshire: cualquier persona que, con la intención de dañar, defraudar o engañar a una empresa aseguradora, presente una declaración de un reclamo que contenga información falsa o engañosa puede ser procesada y condenada por fraude de seguro, según se especifica en RSA 638.20.

Tennessee y Virginia: suministrar deliberadamente información falsa, incompleta o engañosa a un asegurador o empresa aseguradora con el objetivo de defraudar al asegurador o a la empresa aseguradora constituye un delito. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios de seguro.