



ENVIAR A:
Administrative Concepts, Inc.
P.O. Box 4000
Collegeville, PA 19426-9000
www.acitpa.com

DEBERÁ COMPLETAR AMBOS
 LADOS DEL FORMULARIO DE
 RECLAMO Y ENTREGARLO DENTRO
 DE LOS 30 DÍAS CON LAS FACTURAS
 DETALLADAS.

N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL
 PAGADOR DE INTERCAMBIO
 ELECTRÓNICO DE DATOS
 (EDI): 22384

**-ESCRIBA TODA LA INFORMACIÓN CON LETRA DE IMPRENTA-
 EL ALUMNO DEBE COMPLETAR Y FIRMAR LAS PARTES I Y II**

Nombre del Grupo, Ciudad y Estado _____ Graduado Nacional
 Estudiante Universitario Internacional Número de Póliza _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Miembro Asegurado _____
APELLIDO NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL SOCIO N.º DE TELÉFONO

Dirección Actual _____
NÚMERO Y CALLE CIUDAD O PUEBLO ESTADO CÓDIGO POSTAL +4

Domicilio Particular _____
NÚMERO Y CALLE CIUDAD O PUEBLO ESTADO CÓDIGO POSTAL +4 NOMBRE DEL PAÍS DE ORIGEN

Si el reclamo es para un dependiente, indique el nombre del dependiente. _____ Relación con el Asegurado Edad _____

COMPLETE ESTA SECCIÓN PARA RECLAMO POR ACCIDENTE	COMPLETE ESTA SECCIÓN PARA RECLAMO POR ENFERMEDAD
Nombre de la Lesión (Describa detalladamente, incluso qué parte del cuerpo fue lesionada) _____	Fecha de la Enfermedad _____
Describa Cómo, Cuándo y Dónde se produjo el accidente (Incluya Fecha y Hora) _____	Fecha en que se notaron los síntomas por primera vez _____ Cuál es la naturaleza exacta de la enfermedad _____
¿La lesión se debió a la práctica de un deporte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Qué deporte? <input type="checkbox"/> Intercolegiales <input type="checkbox"/> Internos <input type="checkbox"/> Club <input type="checkbox"/> Otro	Si está embarazada, fecha del último período menstrual. _____
¿La enfermedad está relacionada con el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿La enfermedad se debe a un accidente automovilístico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, incluya el informe policial detallado sobre todos los vehículos involucrados en el accidente.	¿Alguna vez ha tenido la misma afección o una similar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, fecha del primer tratamiento _____
¿Fue tratado en el Servicio de Salud por esta afección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Visto por: _____ Fecha: _____ Si su reclamo es por servicios fuera del Servicio de Salud, ¿fue usted derivado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, ¿por qué? No estaba en la escuela. Por qué razón: _____	Fecha del último tratamiento _____ ¿Fue tratado en el Servicio de Salud por esta afección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Visto por: _____ Fecha: _____ Si su reclamo es por servicios fuera del Servicio de Salud, ¿fue usted derivado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, ¿por qué? No estaba en la escuela. Por qué razón: _____

Administrative Concepts, Inc. no comparte la información médica privada, excepto según lo requerido o permitido por la ley. Nos comprometemos a resguardar la información privada que nos ha confiado.

EL PAGO SE REALIZARÁ A LOS PROVEEDORES DEL SERVICIO, A MENOS QUE SE ADJUNTE UN RECIBO EN EL MOMENTO DE LA

A todo proveedor de atención médica, establecimiento de atención médica, aseguradora, plan de salud patrocinado por el gobierno o empleador: Autorizo la divulgación de cualquier información médica sobre mi persona a Administrative Concepts, Inc. o a la empresa aseguradora. Esto se aplica a toda la información acerca del diagnóstico, tratamiento o pronóstico de cualquier enfermedad o lesión que tengo ahora o haya tenido en el pasado. La Empresa utilizará esta información para determinar si mi reclamo es elegible. La información obtenida no será divulgada por la Empresa, excepto a mi proveedor principal de seguro de salud (si lo hubiera) o a personas u organizaciones que realicen servicios legales o de investigación para la Empresa en relación con mi reclamo. Una copia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original y permanecerá vigente durante un año a partir de la fecha de autorización. Certifico que la información brindada por mí para respaldar mi reclamo es correcta y verdadera.

Firma del Paciente o Representante Autorizado _____ Fecha _____

Si es el Representante Autorizado, Relación con el Paciente _____

o Designación Legal _____

CALLE

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL +4

PARTE II

Escriba toda la información con letra de imprenta

¿Ha estado cubierto (como asegurado o dependiente) por cualquier otro hospital y/o plan médico en los últimos 12 meses? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, indique el nombre y dirección de la empresa. _____

Fecha de vigencia de la cobertura: _____ Fecha de vencimiento: _____ N.º de Póliza _____

¿Ha presentado un reclamo con otra empresa aseguradora? Sí No

Por el presente, certifico que la información anterior brindada por mí para respaldar este reclamo es correcta y verdadera.

Firma del Paciente o Representante Autorizado _____ Fecha _____

Si es el Representante Autorizado, Relación con el Paciente _____

o Designación Legal _____

La siguiente sección se aplica si usted está cubierto bajo cualquier otro plan de seguro médico.

Nombre de la Madre _____ N.º de Teléfono del Empleador _____ N.º de Póliza _____

Nombre y Dirección del Empleador _____

Nombre y Dirección de la Empresa Aseguradora _____

Nombre del Padre _____ N.º de Teléfono del Empleador _____ N.º de Póliza _____

Nombre y Dirección del Empleador _____

Nombre y Dirección de la Empresa Aseguradora _____

Nombre del Cónyuge _____ N.º de Teléfono del Empleador _____ N.º de Póliza _____

Nombre y Dirección del Empleador _____

Nombre y Dirección de la Empresa Aseguradora _____

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

ADVERTENCIA: cualquier persona que, 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, está cometiendo un fraude de seguros, lo que constituye un delito, y dicha persona es pasible de sanciones penales o civiles.

Para residentes de AL: Cualquier persona que a sabiendas presenta un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o a sabiendas presenta información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas por restitución o encarcelamiento, o una combinación de ambos.

Para residentes de CA: Advertencia: cualquier persona que a sabiendas presenta 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.

Para residentes de FL: Cualquier persona que a sabiendas 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 (con penas de 5 años).

Para residentes de KS: ADVERTENCIA: cualquier persona que, 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, podría ser culpable de fraude de seguros según lo determinado por un tribunal, lo que constituye un delito, y dicha persona es pasible de sanciones penales o civiles.

Para residentes de KY: cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a una empresa aseguradora o a otra persona presenta una 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 acto fraudulento de seguros, lo que constituye un delito.

Para residentes de LA: cualquier persona que a sabiendas presenta un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o a sabiendas presenta información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y encarcelamiento.

Para residentes de ME: suministrar a sabiendas 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 y denegación de los beneficios de seguro.

Para residentes de NJ: cualquier persona que a sabiendas presenta una declaración de reclamo que contiene información falsa o engañosa está sujeto a sanciones penales o civiles.

Para residentes de NM: CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS PRESENTA UN RECLAMO FALSO O FRAUDULENTO PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO O A SABIENDAS PRESENTA INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO ES CULPABLE DE UN DELITO Y PODRÍA ESTAR SUJETA A SANCIONES PENALES O CIVILES.

Para residentes de NC: cualquier persona que, con la intención de defraudar o en conocimiento de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presenta una solicitud o reclamo que contiene una declaración falsa o engañosa, está cometiendo un fraude de seguros, lo que constituye un delito, y dicha persona podría estar sujeta a sanciones penales o civiles.

Para residentes de OH: cualquier persona que, 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.

Para residentes de OK: ADVERTENCIA: cualquier persona que, a sabiendas 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.

Para residentes de OR: ADVERTENCIA: cualquier persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presenta una solicitud o reclamo que contiene una declaración falsa o engañosa, comete un fraude de seguros, lo que constituye un delito, y dicha persona podría estar sujeta a sanciones penales o civiles.

Para residentes de PA: cualquier persona que, a sabiendas 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 y estará sujeta a sanciones penales o civiles.

Para residentes de RI: cualquier persona que a sabiendas presenta un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o a sabiendas presenta información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y encarcelamiento.

Para residentes de TN: suministrar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una empresa aseguradora con el objetivo de defraudar a la empresa constituye un delito. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios de seguro.

Para residentes de VA: suministrar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una empresa aseguradora con el objetivo de defraudar a la empresa constituye un delito. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios de seguro.

Para residentes de VT: cualquier persona que, con la intención de defraudar o en conocimiento de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presenta una solicitud o reclamo que contiene una declaración falsa o engañosa, podría cometer un fraude de seguros, lo que constituye un delito, y dicha persona podría estar sujeta a sanciones penales o civiles.

NOTICE TO POLICYHOLDERS

FRAUD NOTICE

Arkansas	Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.
Colorado	It is unlawful to knowingly provide false, incomplete, or misleading facts or information to an insurance company for the purpose of defrauding or attempting to defraud the company. Penalties may include imprisonment, fines, denial of insurance, and civil damages. Any insurance company or agent of an insurance company who knowingly provides false, incomplete, or misleading facts or information to a policyholder or claimant for the purpose of defrauding or attempting to defraud the policyholder or claimant with regard to a settlement or award payable from insurance proceeds shall be reported to the Colorado Division of Insurance within the Department of Regulatory Agencies.
District of Columbia	WARNING: It is a crime to provide false or misleading information to an insurer for the purpose of defrauding the insurer or any other person. Penalties include imprisonment and/or fines. In addition, an insurer may deny insurance benefits if false information materially related to a claim was provided by the applicant.
Florida	Any person who knowingly and with intent to injure, defraud, or deceive any insurer files a statement of claim or an application containing any false, incomplete, or misleading information is guilty of a felony of the third degree.
Kansas	A "fraudulent insurance act" means an act committed by any person who, knowingly and with intent to defraud, presents, causes to be presented or prepares with knowledge or belief that it will be presented to or by an insurer, purported insurer, broker or any agent thereof, any written, electronic, electronic impulse, facsimile, magnetic, oral, or telephonic communication or statement as part of, or in support of, an application for the issuance of, or the rating of an insurance policy for personal or commercial insurance, or a claim for payment or other benefit pursuant to an insurance policy for commercial or personal insurance which such person knows to contain materially false information concerning any fact material thereto; or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto.
Kentucky	Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance containing any materially false information or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime.
Louisiana	Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.
Maine	It is a crime to knowingly provide false, incomplete or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties may include imprisonment, fines, or denial of insurance benefits.
Maryland	Any person who knowingly or willfully presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or who knowingly or willfully presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.
New Jersey	Any person who includes any false or misleading information on an application for an insurance policy is subject to criminal and civil penalties.
New Mexico	ANY PERSON WHO KNOWINGLY PRESENTS A FALSE OR FRAUDULENT CLAIM FOR PAYMENT OF A LOSS OR BENEFIT OR KNOWINGLY PRESENTS FALSE INFORMATION IN AN APPLICATION FOR INSURANCE IS GUILTY OF A CRIME AND MAY BE SUBJECT TO CIVIL FINES AND CRIMINAL PENALTIES.

NOTICE TO POLICYHOLDERS

<p>New York</p>	<p>General: All applications for commercial insurance, other than automobile insurance: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information, or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent insurance act, which is a crime, and shall also be subject to a civil penalty not to exceed five thousand dollars and the stated value of the claim for each such violation.</p> <p>All applications for automobile insurance and all claim forms: Any person who knowingly makes or knowingly assists, abets, solicits or conspires with another to make a false report of the theft, destruction, damage or conversion of any motor vehicle to a law enforcement agency, the department of motor vehicles or an insurance company, commits a fraudulent insurance act, which is a crime, and shall also be subject to a civil penalty not to exceed five thousand dollars and the value of the subject motor vehicle or stated claim for each violation.</p> <p>Fire: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance containing any false information, or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent insurance act, which is a crime.</p> <p>The proposed insured affirms that the foregoing information is true and agrees that these applications shall constitute a part of any policy issued whether attached or not and that any willful concealment or misrepresentation of a material fact or circumstances shall be grounds to rescind the insurance policy.</p>
<p>Ohio</p>	<p>Any person who, with intent to defraud or knowing that he is facilitating a fraud against an insurer, submits an application or files a claim containing a false or deceptive statement is guilty of insurance fraud.</p>
<p>Oklahoma</p>	<p>WARNING: Any person who knowingly, and with intent to injure, defraud or deceive any insurer, makes any claim for the proceeds of an insurance policy containing any false, incomplete or misleading information is guilty of a felony.</p>
<p>Pennsylvania</p>	<p>All Commercial Insurance, Except As Provided for Automobile Insurance: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime and subjects such person to criminal and civil penalties.</p> <p>Automobile Insurance: Any person who knowingly and with intent to injure or defraud any insurer files an application or claim containing any false, incomplete or misleading information shall, upon conviction, be subject to imprisonment for up to seven years and the payment of a fine of up to \$15,000.</p>
<p>Puerto Rico</p>	<p>Any person who knowingly and with the intention of defrauding presents false information in an insurance application, or presents, helps, or causes the presentation of a fraudulent claim for the payment of a loss or any other benefit, or presents more than one claim for the same damage or loss, shall incur a felony and, upon conviction, shall be sanctioned for each violation by a fine of not less than five thousand dollars (\$5,000) and not more than ten thousand dollars (\$10,000), or a fixed term of imprisonment for three (3) years, or both penalties. Should aggravating circumstances [be] present, the penalty thus established may be increased to a maximum of five (5) years, if extenuating circumstances are present, it may be reduced to a minimum of two (2) years.</p>

NOTICE TO POLICYHOLDERS

Rhode Island	Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.
Tennessee	<p>All Commercial Insurance, Except As Provided for Workers' Compensation It is a crime to knowingly provide false, incomplete or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines and denial of insurance benefits.</p> <p>Workers' Compensation: It is a crime to knowingly provide false, incomplete or misleading information to any party to a workers' compensation transaction for the purpose of committing fraud. Penalties include imprisonment, fines and denial of insurance benefits.</p>
Utah	Workers' Compensation: Any person who knowingly presents false or fraudulent underwriting information, files or causes to be filed a false or fraudulent claim for disability compensation or medical benefits, or submits a false or fraudulent report or billing for health care fees or other professional services is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.
Virginia	It is a crime to knowingly provide false, incomplete or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines and denial of insurance benefits.
Washington	It is a crime to knowingly provide false, incomplete or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines and denial of insurance benefits.
West Virginia	Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.
All Other States	Any person who knowingly and willfully presents false information in an application for insurance may be guilty of insurance fraud and subject to fines and confinement in prison. (In Oregon, the aforementioned actions may constitute a fraudulent insurance act which may be a crime and may subject the person to penalties).