

**ZURICH AMERICAN INSURANCE COMPANY**  
**PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTE DE MANTA**  
**PRUEBA DE PÉRDIDA CUBIERTA FORMA**  
**Correo dice:**



Administrativo Concepts, Inc.  
P.O. Box 4000  
Collegeville, PA 19426-9000

[www.acitpa.com](http://www.acitpa.com)

***Para servicio al cliente, llame al 888-293-9229 y presione "2"***

**INSTRUCCIONES**

Este formulario debe ser completado en su totalidad y dentro de los noventa 90 días del accidente o lesión.

Parte A– Debe ser completada por la escuela.

Parte B– Debe ser completada por el padre o tutor.

**LOS PADRES O TUTOR INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR UN RECLAMO:**

La cobertura de seguro de accidente comprada por su distrito escolar o Arquidiócesis puede proporcionar cobertura en exceso base solamente. Esto significa que sólo los gastos médicos que no fueron pagado por su propio personal o seguro de grupo son elegibles para la cobertura bajo esta póliza, hasta los límites de la póliza. Por favor siga estas instrucciones cuando presente un reclamo:

1. Inmediatamente presentar una reclamación por los gastos médicos a la empresa que administra su personal o seguro de grupo (incluyendo la cobertura médica). Si usted tiene cobertura a través de una HMO o una organización similar, debe cumplir con sus requisitos o su reclamo no puede ser cubierto bajo esta póliza.
2. Después de que su seguro primario ha pagado los gastos médicos hasta los límites de la póliza, presenten cuentas detallada (CMS-1500 de médicos) y UB-04 de hospitales y copias de la explicación de los beneficios de su compañía de seguros primario como recibo y envíelo por correo a la dirección indicada abajo. No podemos aceptar equilibrio debido las facturas.
3. Escriba el demandante/estudiante nombre, número de póliza de seguro de accidente de manta y fecha del accidente en todos los billetes y explicación de los beneficios.
4. Conserve una copia de prueba de cubre pérdida cumplimentado, todas las facturas y explicaciones de beneficios para sus propios registros.
5. Si necesita más información, llame al 888-293-9229 o en contacto con nosotros por la siguiente información:

**Administrativo Concepts, Inc.**  
**P.O. Box 4000**  
**Collegeville, PA 19426-9000**

**Teléfono: 888-293-9229**  
**Fax: 610-293-9299**  
**Web: [www.acitpa.com](http://www.acitpa.com)**

**PARTE A: DISTRITO ESCOLAR O DIÓCESIS**

- Número de póliza: \_\_\_\_\_
1. El distrito escolar: \_\_\_\_\_
2. Escuela: \_\_\_\_\_
3. La escuela ID: \_\_\_\_\_
4. La escuela de dirección: \_\_\_\_\_
5. Teléfono: \_\_\_\_\_
6. Estudiante: \_\_\_\_\_
7. Grado: \_\_\_\_\_
8. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ 9. Masculino:   
femenina:
10. Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_ 11. Tiempo: \_\_\_\_\_
12. ¿Dónde ocurrió la lesión: \_\_\_\_\_
13. Fecha del primer tratamiento: \_\_\_\_\_
14. ¿Cómo\_ ocurrió la lesión: \_\_\_\_\_
15. Parte del cuerpo lesionada: \_\_\_\_\_
16. Actividad: \_\_\_\_\_
17. En el momento de la lesión fue el estudiante involucrado en una escuela patrocinada y actividad supervisad  Sí  No
18. Si atletismo, designar:  Intramural  Interscholastic  práctica  juego
- ¿19. Bajo cuya supervisión? \_\_\_\_\_ Era un testigo  Sí  No
20. Firma: \_\_\_\_\_ Titulo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(debe ser firmado por la escuela oficial a menos que la lesión no ocurrió durante la actividad escolar)

**Administrativo Concepts, Inc. no comparte información de salud privada excepto como requerido o permitido por la ley.**

**Estamos comprometidos a proteger la información privada que nos son confiada.**

**PARTE B: DECLARACIÓN PADRE O TUTOR**

1. Padre / nombre tutor: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_
2. Madre / nombre tutor: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_
3. Dirección: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Zip) (Teléfono de casa #)
4. Padre / empleador del guardián: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_
7. Dirección los empleadores: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Zip)
8. Nombre y dirección de la compañía de seguros médicos y de salud: \_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Directiva N° \_\_\_\_\_  Grupo  Individual  otros  sin seguro
10. Madre / empleador del guardián: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_
11. Dirección los empleadores: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Zip)
12. Nombre y dirección de la compañía de seguros médicos y de salud: \_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
13. Directiva N° \_\_\_\_\_  Grupo  Individual  otros  sin seguro

**Reconocimiento:** me verificar que la declaración anterior en otro u otros seguros es exacta y completa. Yo entiendo que la decoración intencional de información incorrecta por el correo de Estados Unidos puede ser fraudulento y violan las leyes federales, así como las leyes estatales. Estoy de acuerdo si se determina en una fecha posterior que hay otros beneficios seguros coleccionable sobre esta afirmación que te reembolsaré Administrativo Concepts, Inc. en la medida en que habría sido responsable Administrativo Concepts, Inc.. Reconozco y han revisado las advertencias de fraude aplicable que se muestra a continuación.

Firma: padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

PAGO SE REALIZARÁ SEGÚN LA REQUESTED POLÍTICA O, SI POR ESCRITO AL PROVEEDOR DEL SERVICIO (HOSPITAL, MÉDICO Y OTROS).

A cualquier proveedor de atención médica, instalaciones de atención médica, asegurador, plan de salud patrocinados por el gobierno o empleador: autorizar la publicación de cualquier información médica acerca de mí o administrativo Concepts, Inc. o Zurich American Insurance Company, sus afiliados, empleados, agentes o autorizó ("Zurich"), los representantes de la sociedad suscripción proporcionar seguro. Esto se aplica a toda la información sobre el diagnóstico, tratamiento o pronóstico de cualquier enfermedad o lesión ahora tiene o ha tenido en el pasado. ACI y Zurich utilizará esta información para determinar si es elegible mi reclamo y para evaluar y determinar la cobertura de esta afirmación. Cualquier información obtenida no se liberará por ACI o Zurich excepto a mi portador de seguro de salud primario (si existe) o personas u organizaciones realizando servicios de investigación o legales para ACI o Zurich en relación con mi reclamo. Una copia de esta autorización se considerará como válida como el original y eficaz y permanecerá en vigor durante un año desde la fecha de autorización. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento por escrito a administrativos Concepts, Inc. Sé que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización a petición

Del reclamante o del padre/tutor Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si padres/tutores, relación estudiante/reclamante: \_\_\_\_\_

(Calle)

(Ciudad)

(Estado)

(Código postal + 4)

## AVISOS DE ADVERTENCIA DE FRAUDE

Cualquier persona que a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona archivos una declaración de reclamación que contenga cualquier información materialmente falsa, u oculte para el propósito de engañar a información relativa a cualquier material hecho, comete un acto fraudulento de seguro, que es un delito y somete a la persona a sanciones penales y civiles. (No aplicable en AL, AR, CO, DC, FL, KS, KY, LA, MD, MI, NJ, NM, NY, OH, OK, PA, PR, RI, TN, TX, VA, VT, WA y WV.)

**En Arkansas, Louisiana, Rhode Island y Virginia Occidental:** cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede ser sujeto a multas y reclusión en la cárcel.

**En Alabama:** cualquier persona que a sabiendas presenta una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas presenta información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a restitución, multas o reclusión en la cárcel o cualquier combinación de éstos.

**En Colorado:** es ilegal para proporcionar a sabiendas hechos falsos, incompletos o engañosos o información a una compañía de seguros con el fin de estafar o tratando de estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, la negación de daños civiles y seguros. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que proporciona a sabiendas hechos falsos, incompletos o engañosos o información a un asegurado o demandante con el propósito de defraudar o intentar defraudar el tomador del seguro o reclamante respecto de un establecimiento o premio por pagar de seguros procede informará a la división de Colorado de seguro dentro del Departamento de agencias reguladoras.

**En el Distrito de Columbia:** ADVERTENCIA: es un crimen para proporcionar información falsa o engañosa a una compañía de seguros con el fin de estafar a la aseguradora o cualquier otra persona. Las penas incluyen prisión o multas. Además, una compañía de seguros puede negar beneficios seguros si información falsa materialmente relacionada con una reclamación fue proporcionada por el solicitante.

**En Florida:** cualquier persona que a sabiendas y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier asegurador presenta una declaración de reclamo o una aplicación que contiene falsa, incompleta o engañosa información es culpable de un delito grave de tercer grado.

**En Kansas:** Nueva York quien, a sabiendas y con intención de defraudar, presenta, provoca que se presentarán o se prepara con conocimiento o creencia que se presentará para una aseguradora, supuesta asegurador o por un agente o cualquier agente, cualquier declaración escrita como parte de, o en apoyo a la solicitud de la emisión de, o la calificación de una póliza de seguro personal o comercial, o una reclamación de pago u otros beneficios en virtud de una póliza de seguro de seguro comercial o personal que dicha persona sabe que contienen información materialmente falsa con respecto a cualquier material de hecho; u oculta, con el propósito de información engañosa, con respecto a cualquier material hecho correspondientes, comete un acto fraudulento seguro y pueden ser objeto de multas civiles o penales o sanciones.

**En Kentucky:** cualquier persona que a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier seguro de empresa o cualquier otra persona presenta una solicitud de seguro que contenga cualquier información materialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material hecho correspondientes comete un acto fraudulento de seguro, que es un delito.

**En Maine, Tennessee, Virginia o Washington:** es un crimen para proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de estafar a la empresa. Pueden incluir penas de encarcelamiento, multas o una denegación de beneficios del seguro.

**En Maryland:** toda persona que a sabiendas o intencionalmente presenta una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas o intencionalmente presente información falsa en una solicitud para seguro es culpable de un delito y puede ser sujeto a multas y reclusión en la cárcel.

**En Nueva Jersey:** cualquier persona que incluye cualquier información falsa o engañosa en la solicitud de una póliza de seguro está sujeta a sanciones civiles y penales.

En **Nuevo México**: cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas civiles y penales.

En **Nueva York**: cualquier persona que a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o cualquier otra persona presenta una solicitud para el seguro o declaración de afirman que contiene alguna información materialmente falsa, o encubre a efectos de información engañosa, con respecto a cualquier material hecho a, comete un acto fraudulento de seguro, que es un delito y también estarán sujetos a una multa civil no debe exceder de 5 mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada tal violación.

En **Ohio**: cualquier persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que él está facilitando un fraude contra una compañía de seguros, presenta una solicitud o presenta un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguros.

En **Oklahoma**: ADVERTENCIA: cualquier persona que a sabiendas y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier asegurador, hace que cualquier reclamo por los ingresos de una póliza de seguro que contenga cualquier información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito.

En **Oregon**: cualquier persona que a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otros archivos persona una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga cualquier información materialmente falsa sobre el cual se basa un asegurador, si dicha información o material que el riesgo asumido por el asegurador o la desinformación fue proporcionada de manera fraudulenta, puede cometer un acto seguro fraudulento, que puede ser un delito y puede someter a la persona a sanciones penales y civiles.

En **Pensilvania**: cualquier persona que a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otros archivos persona una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga cualquier información materialmente falsa u oculte para el propósito de información engañosa, con respecto a cualquier material hecho correspondientes comete un acto fraudulento de seguro, que es un delito y sujetos a dicha persona a sanciones penales y civiles.

En **Puerto Rico**: Cualquier persona que ha cometido fraude, tal como se define en la ley, incurrirá en delito grave y si es condenado, será sancionado por cada violación por una pena de una multa de no menos de 5 mil dólares (\$5,000) ni más de 10 mil dólares (\$10,000), o una pena de reclusión por un término fijo de tres 3 años, o ambas penas. Si hay circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco 5 años; Si existen circunstancias atenuantes, se puede reducir a un mínimo de dos 2 años. Además de las sanciones establecidas en este capítulo, cualquier persona que, debido a los fraudes cometidos por lo tanto se beneficia de ninguna manera para obtener un seguro, o en el pago de una pérdida en virtud de un contrato de seguro, será impuesto el pago de la restitución de la cantidad de dinero resultantes del fraude. Cada violación tendrá un plazo de prescripción de cinco (5) cinco años.

En **Texas**: cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y el confinamiento en una prisión estatal.

En **Vermont**: cualquier persona que presente a sabiendas una declaración falsa en una solicitud de seguro puede ser culpable de un delito y sujeto a sanciones bajo la ley estate