

Seguro Médico Voluntario de Accidentes Estudiantiles

escuelas K-12
2024-25



**STUDENT
INSURANCE**

A VENBROOK COMPANY

SIRep@studentinsuranceusa.com
Lic #0386216



Accidentes no suelen suceder, pero a veces suceden.

Recesos escolares, paseos y las actividades diarias en general pueden ocasionar lesiones. Contar con cobertura durante el horario escolar, o en todo momento, te asegura que tus seres queridos puedan obtener el cuidado necesario sin crear problemas financieros para tu familia.

ELIGIBILIDAD

Cualquier estudiante registrado es elegible para obtener cobertura.

SEGURO ESCOLAR DE ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES (K-12) DISPONIBLE A TRAVÉS DE SU ESCUELA:

- Accidentes en la Escuela
- Accidentes las 24 Horas al Día
- Cobertura Opcional para Fútbol Americano
- Dental 24 Horas

Todos los planes disponibles son ofrecidos por Special Markets Insurance Consultants, Inc. Por favor visite nuestro servicio de matriculación en línea en www.studentinsuranceusa.com para obtener información acerca de los planes que su escuela ofrece.

PAGO

La inscripción y el pago de la prima son responsabilidad de los padres y/o representantes del estudiante.

COMO MATRICULARSE

Matricularse por internet es fácil y lleva sólo unos minutos.

Vaya a <https://studentinsuranceusa.com/insurance/k-12-student-accident-insurance-plan-enrollment/>

1. Haga clic en "online enrollment"
2. Haga clic en su Escuela o Distrito Escolar
3. Seleccione la cobertura deseada

Parientes pueden imprimir y completar la aplicación para mandarla por correo o por orden de pago.

OTAMBIEN:

Pueden inscribirse vía web:

1. Inscribise vía web haciendo clic en "enroll now"
2. Seleccione su estado y haga clic en "look up"
3. Haga clic en su Escuela o Distrito Escolar
4. Seleccione el nombre de su escuela (si es posible)
5. Verifique las opciones del plan
6. Complete la aplicación vía web (dos o más niños pueden ser inscriptos en la misma aplicación)
7. Pague con tarjeta de débito o crédito
8. Imprima su tarjeta de identificación

Sobre Student Insurance

Desde 1950 Student Insurance, Inc. (SI) ha ofrecido Seguro de Accidentes para Estudiantes de K-12. Por favor, visite www.studentinsuranceusa.com para obtener información adicional acerca de la cobertura de este plan, precios y beneficios,

COBERTURA DE SEGURO DE ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES 2024-2025

COBERTURA OPCIONAL DE ACCIDENTES DURANTE EL HORARIO ESCOLAR - Se proporciona cobertura de seguro por lesiones cubiertas que tienen lugar durante el horario de días en que la escuela está en funcionamiento y durante la asistencia o participación en actividades patrocinadas y supervisadas por la escuela tanto dentro como fuera de las instalaciones escolares. Incluye la participación en: Deportes intercolegiales, a excepción de fútbol americano intercolegial a nivel de escuela secundaria (consulte la Cobertura opcional para fútbol americano a continuación); actividades recreativas de verano patrocinadas por la escuela; excursiones escolares de un día de duración (sin pernoctación) y actividades religiosas patrocinadas por la escuela. Se proporciona cobertura para viajes hacia, desde o durante las actividades, como miembro de un grupo, en el transporte proporcionado u organizado por el titular de la póliza, y al viajar directamente de ida y vuelta entre sus casas y la escuela o el sitio de una actividad cubierta.

Prima anual: Plan "de bajo costo"-\$14.00 Plan "de mediano costo"-\$28.00 Plan "de alto costo"-\$43.00

COBERTURA OPCIONAL POR ACCIDENTES DURANTE LAS 24 HORAS - La cobertura del seguro se proporciona durante las 24 horas del día. Proporciona cobertura durante los fines de semana y períodos de vacaciones, incluido todo el verano. Los estudiantes están protegidos mientras están en su casa o fuera de ella en cualquier entorno, en cualquier momento y en cualquier lugar. La cobertura se proporciona para la participación en deportes intercolegiales, a excepción de fútbol americano intercolegial a nivel de escuela secundaria (consulte la opción de Cobertura opcional para fútbol americano a continuación).

Prima anual: Plan "de bajo costo"-\$82.00 Plan "de mediano costo"-\$105.00 Plan "de alto costo"-\$210.00

COBERTURA OPCIONAL PARA FÚTBOL AMERICANO - Cubre accidentes que ocurren durante la participación en la práctica o la competencia de fútbol americano intercolegial a nivel de escuela secundaria. Se cubre el viaje cuando se viaja directamente y sin interrupción hacia o desde tal práctica o competencia, como parte de un grupo, en el transporte proporcionado u organizado por el titular de la póliza. Consulte los beneficios y limitaciones que se describen en el interior de este folleto. La cobertura opcional para fútbol americano comienza en la fecha de la recepción de la prima y termina el último día de práctica o competencia. A los estudiantes de noveno grado que juegan SOLAMENTE con otros estudiantes de 9º grado, no se les cobra el adicional para la cobertura de fútbol americano. En caso de contratación, se aplicará su cobertura opcional durante el horario escolar o su cobertura opcional de accidentes las 24 horas.

Prima anual: Plan "de bajo costo"-\$85.00 Plan "de mediano costo"-\$115.00 Plan "de alto costo"-\$215.00

COBERTURA DENTAL OPCIONAL DURANTE LAS 24 HORAS (puede adquirirse por separado o con otra cobertura) - La cobertura del seguro está en vigor las 24 horas del día. Toda lesión debe tratarse en un plazo de 60 días después de que ocurra el accidente. Los beneficios se pagan dentro de los 12 meses después de la fecha de la lesión. Los gastos máximos elegibles a pagar por lesión cubierta no pueden exceder los \$ 25,000. Además, cuando el dentista certifica que el tratamiento debe aplazarse hasta después del período de beneficios, se pagarán beneficios diferidos hasta un máximo de \$1000. El estudiante debe recibir tratamiento por lesión en los dientes, por parte de un dentista legamente calificado, que no sea miembro de la familia inmediata del estudiante. La cobertura se limita al tratamiento de dientes sanos y naturales. **Prima anual: \$8.00**

PERÍODO DE COBERTURA - La cobertura en virtud de la cobertura opcional de accidentes durante el horario escolar, la cobertura opcional de accidente durante las 24 horas y la cobertura dental opcional durante las 24 horas comienza en la fecha de recepción de la prima, pero no antes del inicio del año escolar. La cobertura opcional de accidente durante el horario escolar termina al cierre del período regular escolar de nueve meses, excepto cuando el estudiante asiste a sesiones de clases patrocinadas, única y exclusivamente bajo la supervisión de la escuela durante el verano. La cobertura opcional de accidente durante las 24 horas y la cobertura dental opcional durante las 24 horas terminan cuando la escuela vuelve a abrir para el siguiente año escolar. La cobertura está disponible en virtud del plan durante el año escolar con las primas cotizadas (**no hay primas a prorrata disponibles**).

PLAN DE BENEFICIOS			
Cobertura de lesiones por accidentes únicamente			
Beneficio máximo:	Plan "de bajo costo"	Plan "de mediano costo"	Plan "de alto costo"
Opción horario escolar	\$25,000	\$50,000	\$100,000
Opción 24 horas	\$25,000	\$50,000	\$100,000
Opción fútbol americano	\$25,000	\$50,000	\$100,000
Lesiones que involucran vehículos de motor	\$10,000	\$10,000	\$ 10,000
Beneficio por muerte/pérdida de dos miembros	\$10,000	\$20,000	\$ 20,000
Pérdida de un miembro	\$5000	\$10,000	\$10,000
Período de pérdida de los beneficios médicos	El tratamiento debe comenzar en un plazo de 60 días tras la fecha de la lesión		
Período de beneficios para beneficios médicos y AD&D/pérdida de la vista	1 año	1 año	1 año
Aplicabilidad de exceso de cobertura	Exceso total	Exceso total	Exceso total
Servicios hospitalarios/en instalaciones de salud - como paciente internado			
Ingreso y comidas en hospital (tarifa de sala semiprivada)	65% GR*	75% GR*	80% GR* Servicios
hospitalarios varios para pacientes internados	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Servicios hospitalarios/en instalaciones de salud - como paciente ambulatorio			
Centro quirúrgico ambulatorio independiente	65% GR* a \$500 como máximo	75% GR* a \$800 como máximo	80% GR* a \$1500 como máximo
Servicios hospitalarios varios para pacientes ambulatorios (a excepción de los servicios de médicos y radiografías que se pagan de la forma que se estipula a continuación)	65% GR* a \$500 como máximo	75% GR* a \$800 como máximo	80% GR* a \$1500 como máximo
Sala de emergencia del hospital	65% GR* a \$500 como máximo	75% GR* a \$800 como máximo	80% GR* a \$1500 como máximo
Servicios del médico			
Quirúrgicos	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Asistente de cirujano	25% de los beneficios quirúrgicos	25% de los beneficios quirúrgicos	25% de los beneficios quirúrgicos
Anestesiólogo	25% de los beneficios quirúrgicos	25% de los beneficios quirúrgicos	25% de los beneficios quirúrgicos
Tratamiento ambulatorio del médico en relación con la fisioterapia y/o la manipulación espinal	65% GR*/\$25 por visita/5 visitas como máximo	75% GR*/\$30 por visita/7 visitas como máximo	80% GR*/\$40 por visita/8 visitas como máximo
El tratamiento del médico no quirúrgico (con excepción de lo anterior)	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Otros servicios			
Servicios de enfermeras profesionales tituladas	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Recetas - paciente ambulatorio	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Análisis de laboratorio - paciente ambulatorio	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Radiografías, incluye la interpretación - paciente ambulatorio	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Servicio de diagnóstico por imágenes (Imágenes por resonancia magnética, tomografía axial computarizada, etc.) - incluye interpretación	65% GR	75% GR*	80% GR*
Ambulancia terrestre	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Equipo médico duradero (incluye aparatos y dispositivos de asistencia ortopédicos)	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Tratamiento dental para dientes sanos y naturales debido a una lesión incluida en la cobertura	65% GR* a \$500 como máximo	75% GR* a \$800 como máximo	80% GR* a \$1500 como máximo
Reemplazo de anteojos, audífonos, lentes de contacto si también se recibe tratamiento médico para la lesión cubierta.	\$150 como máximo	\$500 como máximo	\$700 como máximo
*GR significa Gastos razonables			GER_0514 EFTB(0009)

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN 2024 - 2025 (complete en letra de imprenta o a máquina)

Apellidos del estudiante _____	Nombre del estudiante _____	Inicial seg. nombre del estudiante _____	Grado _____
Dirección _____	Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____
Número de teléfono _____	Fecha de nacimiento _____		
Sistema escolar _____	Nombre de la escuela _____		

Marque su selección:

Plan "de bajo costo"	<input type="checkbox"/>	Horario escolar \$14.00	<input type="checkbox"/>	Accidente las 24 horas \$ 82.00	<input type="checkbox"/>	Fútbol americano \$ 85.00	<input type="checkbox"/>	Dental las 24 horas \$ 8.00
Plan "de mediano costo"	<input type="checkbox"/>	Horario escolar \$28.00	<input type="checkbox"/>	Accidente las 24 horas \$105.00	<input type="checkbox"/>	Fútbol americano \$115.00	<input type="checkbox"/>	Dental las 24 horas \$ 8.00
Plan "de alto costo"	<input type="checkbox"/>	Horario escolar \$43.00	<input type="checkbox"/>	Accidente las 24 horas \$210.00	<input type="checkbox"/>	Fútbol americano \$215.00	<input type="checkbox"/>	Dental las 24 horas \$ 8.00

Emita el cheque pagadero a nombre de Gerber Life Insurance Company

Total que se adjunta: _____

Firma del padre/madre o tutor _____ Fecha: _____

LEA DETENIDAMENTE ESTA INFORMACIÓN. Es importante.

SIGA ESTAS INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

SE DEBE PROPORCIONAR TODA LA INFORMACIÓN PARA QUE SE PROCESA LA RECLAMACIÓN. SI NO SE RECIBE LA INFORMACIÓN COMPLETA, SE RETRASARÁ EL PROCESAMIENTO DE LA RECLAMACIÓN.

NOTA: Los beneficios de la póliza de accidentes son limitados y es posible que no proporcionen el 100% de cobertura. En virtud de esta póliza, se proporciona cobertura en exceso para los gastos médicos por accidente y, en la mayoría de los casos, los beneficios solo se pagarán con este plan después de que su seguro personal o grupal haya pagado los beneficios. El hecho de completar un formulario de reclamación no garantiza el pago de los beneficios. Cada reclamación se revisa conforme a las disposiciones de la póliza.

Pautas de reclamación: Se deben seguir las siguientes pautas.

♦Responda todas las preguntas de forma detallada (incluya también su firma en todos los espacios requeridos del anverso y reverso del formulario). Es necesario completar un formulario de reclamación por cada accidente.

♦Si usted tiene otro seguro, presente su reclamación a su otra compañía de seguros. Cuando reciba la notificación de explicación de beneficios (se adjunta ejemplo) de su aseguradora principal, envíenla junto con las facturas médicas de HCFA/UB04 correspondientes y el formulario de reclamación lleno por completo. Debe presentar las facturas médicas del proveedor; los resúmenes de saldo adeudado no se procesarán. Las facturas médicas deben incluir el código de procedimiento y diagnóstico, junto con el número de identificación federal del proveedor. Estas facturas incluyen:

- 1) HCFA-1500 (formulario estándar utilizado por los proveedores; ejemplo adjunto)
- 2) UB-04 o UB-92 (formulario estándar utilizado por los hospitales; ejemplo adjunto)
- 3) Formulario de reclamación dental de la Asociación Dental Americana (American Dental Association, ADA) y una carta del dentista que verifique que el diente lesionado era un diente entero, sano y natural. (Todas las facturas dentales deben enviarse primero mediante los planes médico y dental del seguro principal, antes de enviarse a WebTPA)

Sería útil si se proporcionara lo siguiente a todos los proveedores a los que acude la persona lesionada:

1. Información de contacto de WebTPA
2. Nombre de la organización/escuela que figura en el formulario de reclamación
3. Número de póliza que figura en el formulario de reclamación

De esta manera, los proveedores del servicio pueden trabajar directamente con la oficina de reclamaciones y proporcionar los formularios de facturación correctos (la factura detallada debe incluir el código de procedimiento y diagnóstico, y el número de identificación fiscal) necesarios para procesar una reclamación.

♦Si ya pagó la factura médica, incluya un recibo de pago o una copia de su cheque cancelado cuando envíe la factura médica. De lo contrario, el pago se realizará a los proveedores del servicio (hospital, médico u otros).

♦Envíe toda la correspondencia a WebTPA, Inc., **P.O. Box 2415 Grapevine, TX 76099-2415**. El formulario de reclamación se debe enviar en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que recibió atención médica por primera vez. Las facturas que no se presenten con el formulario de reclamación se deben enviar, en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que recibió atención médica, a la compañía identificada con el nombre del reclamante, el nombre de la organización o escuela, y la fecha del accidente.

♦Si cambia su dirección, notifique a WebTPA, Inc. por medio de una notificación a WebTPA, para que no haya demoras al procesar las reclamaciones.

♦Comuníquese con WebTPA, Inc. llamando al número **866-975-9468**, si desea comprobar el estado de su reclamación o si tiene preguntas sobre cómo se procesó su reclamación o se pagó el beneficio.

Causas comunes de las demoras en el procesamiento de reclamaciones

1. Formularios de reclamación no enviados o incompletos.
2. Resúmenes de saldo adeudado, saldo pendiente o vencimiento presentados en lugar de las facturas.
3. Explicación de beneficios de la compañía principal no proporcionada con las facturas.

CONSERVE EN SUS ARCHIVOS LAS COPIAS DE TODOS LOS FORMULARIOS DE RECLAMACIÓN, LAS FACTURAS MÉDICAS Y LA CORRESPONDENCIA, HASTA QUE SE HAYA PROCESADO SU RECLAMACIÓN.

HCFA 1500 DE EJEMPLO

PLEASE DO NOT STAPLE IN THIS AREA

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

1 MEDICARE MEDICAID CHARLES CHARIPUR GROUP HEALTH PLAN OTHER INSURER'S ID NUMBER (FROM PROGRAM IN ITEM 1)

2 PATIENT'S NAME (LAST, FIRST, MIDDLE INITIAL) (SURNAME) 3 PATIENT'S DATE OF BIRTH (MM/DD/YY) 4 INSURER'S NAME (LAST, FIRST, MIDDLE INITIAL) (SURNAME)

5 PATIENT'S ADDRESS (LINE 1-9) 6 PATIENT'S RELATIONSHIP TO INSURED 7 INSURER'S ADDRESS (LINE 1-9)

8 OTHER INSURER'S POLICY OR GROUP NUMBER 9 EMPLOYMENT CURRENT OR PREVIOUS 10 INSURER'S DATE OF BIRTH 11 EMPLOYER'S NAME OR SCHOOL NAME

12 IMPRINTS OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE (FOR MEDICAL OR OTHER INFORMATION NECESSARY TO PROVIDE SERVICES) 13 INSURER'S AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE (FOR MEDICAL OR OTHER INFORMATION NECESSARY TO PROVIDE SERVICES)

14 DATE OF SERVICE 15 DATE OF BIRTH 16 DATE OF SERVICE 17 DATE OF BIRTH

18 NAME OF MEMBER 19 NAME OF MEMBER 20 NAME OF MEMBER

21 DIAGNOSIS OR NATURE OF ILLNESS OR INJURY (RELATE ITEMS 1, 2, 3 OR 4 TO THIS ITEM BY LINE)

22 PROCEDURE CODES 23 CHARGES 24 DATE OF SERVICE 25 DATE OF BIRTH

26 FEDERAL TAX ID NUMBER 27 PATIENT ACCOUNT NO. 28 ACCOUNT ASSIGNMENT 29 TOTAL CHARGE 30 AMOUNT PAID 31 BALANCE DUE

32 SIGNATURE OF PHYSICIAN OR SUPPLIER 33 NAME AND ADDRESS OF FACILITY WHERE SERVICES WERE RENDERED (IF OTHER THAN HOME OR OFFICE)

34 PHYSICIAN'S SUPPLIER'S BILLING NAME, ADDRESS, ZIP CODE & PHONE #

35 SIGNATURE DATE

FORM 1500 (10/01) (2) (2005) FORM 1500 (10/01) (2) (2005) FORM 1500 (10/01) (2) (2005)

UB-04 DE EJEMPLO

UB-04

PAGE 1 OF 1

DATE: 04/29/10

SSN/ID #: EMPLOYEE: CONTRACT: BENEFIT PLAN: PFIZER INC

EXPLANATION OF BENEFITS

PATIENT/RELAT CLAIM NUMBER	PROVIDER/SERVICE	DATE OF SERVICE	AMOUNT CHARGED	NOT COVERED	AMOUNT ALLOWED	COPAY/ DEDUCTIBLE	PLAN COVERS	BENEFIT AVAILABLE	REMARK CODE
9061512101	MEDICAL SERVICES	09/19/10	379.00	297.83	81.17		80%	64.94*	4C
		TOTAL	379.00	297.83	81.17			64.94	
								44.64	
								20.30	

(*) INDICATES PAYMENT ASSIGNED TO PROVIDER

REMARK CODE(S) LISTED BELOW ARE REFERENCED IN THE "SERVICE DETAIL" SECTION UNDER THE HEADING "REMARK CODE" (4C) THIS PLAN DETERMINES BENEFITS ONCE MEDICARE MAKES PAYMENT. IF MEDICARE PAYS LESS THAN THIS PLAN'S BENEFIT, THIS PLAN WILL CONSIDER THE DIFFERENCE. THIS PLAN'S ALLOWABLE BENEFITS ARE BASED ON THE MEDICARE APPROVED AMOUNT. IF THE PHYSICIAN OR PROVIDER ACCEPTED MEDICARE'S ASSIGNMENT OR ON THE LIMITING CHARGE IF THEY DID NOT ACCEPT THE ASSIGNMENT, THE PATIENT IS RESPONSIBLE FOR THE DIFFERENCE BETWEEN THE ALLOWABLE AMOUNT AND THE TOTAL AMOUNT PAID BY BOTH PLANS. THE PATIENT MUST PAY ANY APPLICABLE PLAN DEDUCTIBLES AND COPAYS BEFORE THIS PLAN CAN PAY ANY BENEFITS.

BENEFIT PLAN PAYMENT SUMMARY INFORMATION

SATISFIED 2010 TO-DATE	DEDUCTIBLE	OUT OF POCKET
FAMILY \$5	\$1000.00	\$1328.77
PLAN YEAR 2010	\$500.00	\$1281.45
FAMILY INDV	\$1000.00	\$4000.00
INDV	\$500.00	\$4000.00

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DENTAL DE LA ADA DE EJEMPLO

American Dental Association Dental Claim Form

1. Type of Transaction (Mark all applicable boxes)

2. Preauthorization/Prescription Number

3. Insurance Company/Dental Benefit Plan Information

4. Other Coverage

5. Patient Information

6. Record of Services Provided

7. Missing Teeth Information

8. Ancillary Claim/Treatment Information

9. Billing Dentist or Dental Entity

10. Name, Address, City, State, Zip Code

11. Date of Birth (MM/DD/YY)

12. Gender

13. Policyholder/Subscriber ID (SSN or ID#)

14. Date of Birth (MM/DD/YY)

15. Gender

16. Policyholder/Subscriber ID (SSN or ID#)

17. Signature Name

18. Patient Name

19. Address 1

20. Address 2

21. City

22. State

23. ZIP

24. Procedure Date (MM/DD/YY)

25. Amt. of Claim (Dollars)

26. Tooth Number or Letter(s)

27. Tooth Surface

28. Procedure Code

29. Description

30. Fee

31. Remarks

32. I hereby authorize and direct payment of this dental benefit claim payable to me, directly to the below named dentist or dentist entity.

33. Billing Dentist or Dental Entity (Leave blank if dentist or dentist entity is not submitting claim on behalf of the patient or insured/subscriber)

34. Name, Address, City, State, Zip Code

35. Dentist Name

36. Address 1

37. Address 2

38. City

39. State

40. ZIP

41. Date of Birth (MM/DD/YY)

42. Gender

43. Policyholder/Subscriber ID (SSN or ID#)

44. Signature Name

45. Patient Name

46. Address 1

47. Address 2

48. City

49. State

50. ZIP

51. Date of Birth (MM/DD/YY)

52. Gender

53. Policyholder/Subscriber ID (SSN or ID#)

54. Signature Name

55. Patient Name

56. Address 1

57. Address 2

58. City

59. State

60. ZIP

EXPLICACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE EJEMPLO

UNITEDHEALTHCARE SERVICE LLC
GREENSBORO SERVICE CENTER
P O BOX 740000
ATLANTA GA 30374-0800
PHONE: 1-800-638-8010
VISIT WWW.MYUHC.COM FOR SELF SERVICE

UnitedHealthcare
A UnitedHealth Group Company

PAGE: 1 OF 1
DATE: 04/29/10
SSN/ID #: EMPLOYEE:
CONTRACT:
BENEFIT PLAN: PFIZER INC

EXPLANATION OF BENEFITS

1 2 3 4 5 6 7 8

PATIENT/RELAT CLAIM NUMBER	PROVIDER/SERVICE	DATE OF SERVICE	AMOUNT CHARGED	NOT COVERED	AMOUNT ALLOWED	COPAY/ DEDUCTIBLE	PLAN COVERS	BENEFIT AVAILABLE	REMARK CODE
9061512101	MEDICAL SERVICES	09/19/10	379.00	297.83	81.17		80%	64.94*	4C
		TOTAL	379.00	297.83	81.17			64.94	
								44.64	
								20.30	

(*) INDICATES PAYMENT ASSIGNED TO PROVIDER

REMARK CODE(S) LISTED BELOW ARE REFERENCED IN THE "SERVICE DETAIL" SECTION UNDER THE HEADING "REMARK CODE" (4C) THIS PLAN DETERMINES BENEFITS ONCE MEDICARE MAKES PAYMENT. IF MEDICARE PAYS LESS THAN THIS PLAN'S BENEFIT, THIS PLAN WILL CONSIDER THE DIFFERENCE. THIS PLAN'S ALLOWABLE BENEFITS ARE BASED ON THE MEDICARE APPROVED AMOUNT. IF THE PHYSICIAN OR PROVIDER ACCEPTED MEDICARE'S ASSIGNMENT OR ON THE LIMITING CHARGE IF THEY DID NOT ACCEPT THE ASSIGNMENT, THE PATIENT IS RESPONSIBLE FOR THE DIFFERENCE BETWEEN THE ALLOWABLE AMOUNT AND THE TOTAL AMOUNT PAID BY BOTH PLANS. THE PATIENT MUST PAY ANY APPLICABLE PLAN DEDUCTIBLES AND COPAYS BEFORE THIS PLAN CAN PAY ANY BENEFITS.

9 10

BENEFIT PLAN PAYMENT SUMMARY INFORMATION

SATISFIED 2010 TO-DATE	DEDUCTIBLE	OUT OF POCKET
FAMILY \$5	\$1000.00	\$1328.77
PLAN YEAR 2010	\$500.00	\$1281.45
FAMILY INDV	\$1000.00	\$4000.00
INDV	\$500.00	\$4000.00

11 12 13



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

SE REQUIERE EL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN FIRMADO

- 1. LLENE COMPLETAMENTE LA PÁGINA 1 Y LA PÁGINA 2 DE ESTE FORMULARIO
2. ADJUNTE LAS FACTURAS MÉDICAS DE HCFA/UB04 Y LAS EXPLICACIONES DE BENEFICIOS (EXPLANATION OF BENEFITS, EOB) DE CUALQUIER OTRO SEGURO QUE TENGA
3. ENVÍE TODA LA CORRESPONDENCIA A:

WEB-TPA
P.O. Box 2415
Grapevine, TX 76099-2415

Número gratuito: 866-975-9468
Fax: 469-417-1969
Correo electrónico: benefit.assist@webtpa.com

AVISO IMPORTANTE:

En la mayoría de los casos, este plan de seguro es secundario a cualquier seguro médico que tenga. Si usted tiene otro seguro, presente su reclamación (médica o dental) a su otra compañía de seguros. Cuando reciba su Declaración de beneficios, envíenoslo junto con sus HCFA/UB04 (facturas médicas), el diagnóstico y este formulario completado. Nota: Los beneficios de la póliza de accidentes son limitados y es posible que no proporcionen el 100% de cobertura.

<SI LA PARTE 1-A Y LA PARTE 1-B NO SE LLENAN POR COMPLETO, ESTA RECLAMACIÓN NO SE PODRÁ PROCESAR Y SE DEVOLVERÁ >

PARTE 1-A: LA ORGANIZACIÓN/ESCUELA LA DEBE LLENAR POR COMPLETO

Nombre de la organización/el distrito escolar/la universidad
Número de póliza
Nombre de la escuela/el equipo/la liga
N.º de teléfono
Dirección
Correo electrónico
Tipo de actividad/deporte

Si es Atletismo, nombre
Clase de educación física
Interno
Intercolegial
Interuniversitario
Juego
Equipo universitario júnior
Equipo universitario
Joven
Adulto
Práctica
Otro

Nombre de la persona/el estudiante lesionado
Fecha del accidente
Hora del accidente
Fecha del primer tratamiento
Se ha completado el tratamiento?
Dónde y cómo ocurrió el accidente? (sea específico)

Parte del cuerpo lesionada
Derecha o Izquierda
En el momento del accidente, estaba el reclamante involucrado en una actividad patrocinada y supervisada, y era un estudiante/miembro actual de la organización/el distrito escolar?

Bajo la supervisión de quién?
Fue testigo?
Firma autorizada
Título
Fecha

(DEBE ESTAR FIRMADO POR UN FUNCIONARIO DE LA ORGANIZACIÓN/ESCUELA, A MENOS QUE LA LESIÓN NO SE HAYA PRODUCIDO DURANTE UNA ACTIVIDAD DE LA ORGANIZACIÓN/ESCUELA. LA FIRMA ES OBLIGATORIA.)

PARTE 1-B: LO DEBE LLENAR POR COMPLETO EL RECLAMANTE; O SU MADRE/PADRE/TUTOR LEGAL SI EL RECLAMANTE ES MENOR DE EDAD

Nombre legal de la parte/el estudiante lesionado
Nombre preferido/apodo:

Fecha de nacimiento
Edad
Grado escolar
Masculino
Femenino

El reclamante es un
Estudiante
Jugador
Entrenador
Funcionario/árbitro
Voluntario
Cuidado infantil
Participante
Estudiante universitario (n.º de créditos)

Dirección de la persona lesionada o su madre/padre/tutor legal

N.º de teléfono
Dirección de correo electrónico

Si la parte lesionada es mayor de 18 años: Nombre y dirección del empleador

N.º de teléfono
Autónomo
Desempleado

Nombre del padre/tutor legal

Nombre y dirección del empleador
N.º de teléfono

Autónomo
Desempleado

CONTINÚE CON LA PRÓXIMA PÁGINA DEL FORMULARIO QUE SE DEBE LLENAR POR COMPLETO

Nombre de la madre/tutora legal _____

Nombre y dirección del empleador _____ N.º de teléfono () _____

Autónomo Desempleado

Si la lesión es dental, envíe la verificación del dentista que indique que el diente o los dientes están enteros, sanos y son naturales.

El reclamante está cubierto por alguna otra póliza de seguro médico y/o dental? Sí No

El reclamante está cubierto por un seguro patrocinado por el gobierno como Medicare/Medicaid? Sí No

Nombre de todas las compañías que le proporcionan al reclamante cobertura de seguro o planes médicos prepagos

Nombre de la compañía

Dirección

Póliza N.º

Nombre de la compañía	Dirección	Póliza N.º

Los beneficios están sujetos a esta reclamación según estas otras coberturas de seguro? Sí No **(Consulte el AVISO IMPORTANTE en la parte superior del formulario en la página 1)**

Su hijo o hija tiene cobertura de seguro médico como dependiente elegible de un matrimonio anterior según lo ordenado en un decreto de divorcio? Sí No Si respondió que sí, proporcione el nombre, la dirección y el número de teléfono de la parte responsable _____

DECLARACIÓN JURADA: Verifico que la declaración anterior sobre el otro seguro es exacta y completa. Comprendo que el hecho de proporcionar intencionalmente información incorrecta a través del correo estadounidense puede ser fraudulento y puede infringir las leyes federales y estatales. Acepto que de determinarse en una fecha posterior que existen otros beneficios de seguro que podrían indemnizarse en esta reclamación, reembolsaré a Gerber Life Insurance Company en la medida en que esta no fuera responsable por los mismos.

Firma: Persona lesionada, padre, madre o tutor legal _____ Fecha: _____

LA FIRMA ES OBLIGATORIA

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN: Por medio del presente, autorizo a cualquier empleado, plan médico, compañía de seguros, hospital, médico, profesional de atención médica, clínica, laboratorio, farmacia, instalación médica u otra persona que haya proporcionado tratamiento, pago o servicios en relación con esta reclamación, a divulgar, cuando se lo soliciten, toda la información relativa a las lesiones, coberturas de póliza, historiales médicos, consultas, recetas o tratamientos, y las copias de todos los registros hospitalarios o médicos, y las facturas detalladas a WebTPA, Inc. y Gerber Life Insurance Company, sus agentes, empleados y representantes.

Por medio del presente, autorizo a WebTPA, Inc. a debatir toda la información relacionada con los gastos médicos en los que se incurra o los tratamientos proporcionados en relación con esta reclamación, con los representantes de Special Markets Insurance Consultants, Inc. y sus agentes asignados, y con los funcionarios de la escuela u organización a través de la cual se emita esta póliza. Una fotocopia estática de esta autorización se considerará igual de eficaz y válida que la original.

Firma: Persona lesionada, padre, madre o tutor legal _____ Fecha: _____