



**SPECIALTY
BENEFITS, INC.**
an affiliate of K&K Insurance Group, Inc.



**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN
DE ACCIDENTE DE
UN ESTUDIANTE O ATLETA**
Cobertura en Exceso
CUENTAS DE JARDÍN DE INFANTES HASTA 12° GRADO (K-12)

DEPARTAMENTO DE RECLAMACIONES
1712 Magnavox Way, P.O. Box 2338 | Fort Wayne, IN 46801-2338
Tel.: 800-237-2917 | Fax: 312-381-9077 California License #0334819
Correo electrónico: kk.PAClaims@kandkinsurance.com
www.kandkinsurance.com

INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN

NOTA: El Formulario de Reclamaciones debe completarse en su totalidad y firmarse. Presente su reclamación sin demora. El hecho de no hacerlo podría tener como resultado la denegación de la cobertura.

Procedimientos básicos para presentar la Declaración de Reclamación

1. Un directivo de la institución educativa completará su parte y luego entregará el formulario de reclamación al estudiante o al (a los) padre(s)/tutor(es) del estudiante o atleta para que lo complete(n).
2. El (los) padre(s)/tutor(es) del estudiante o atleta completará(n) la parte correspondiente del formulario. Adjunte cualquier factura médica relacionada y la explicación de beneficios del seguro principal y envíelo a K&K Insurance Group, Inc.

Al Estudiante o Atleta/Padre o Madre/Tutor

Si está adjuntando facturas médicas relacionadas, estas facturas deben incluir el nombre, la afección (diagnóstico), tipo de tratamiento proporcionado al paciente, fecha en que se incurrió en el gasto y los cargos efectuados. Para los cargos del hospital, sería un UB04 y para los cargos del médico/adicionales, sería un CMS1500. Los proveedores médicos también pueden facturar a K&K Insurance Group, Inc. directamente a la dirección indicada arriba.

SECCIÓN I – DEBE SER COMPLETADA POR EL (LOS) PADRE(S)/TUTOR(ES) DEL RECLAMANTE

1. Nombre del alumno Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____
2. Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____ Sexo: Masculino Femenino
3. Grado al que asiste el estudiante en la institución educativa: _____ Email: _____
4. Dirección particular: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono particular del (de los) padre(s)/tutor(es): _____
5. Fecha del accidente: _____ Hora del accidente: _____ a. m p. m
Naturaleza de la lesión: _____ Describa exactamente cómo ocurrió el accidente: _____
6. Naturaleza de la actividad y ubicación en que se sufrió la lesión (marcar todas las casillas que correspondan):

<input type="checkbox"/> Jardín de infantes	<input type="checkbox"/> Escuela primaria	<input type="checkbox"/> Escuela secundaria
<input type="checkbox"/> Preparatoria	<input type="checkbox"/> Cafetería	<input type="checkbox"/> Actividades en el aula
<input type="checkbox"/> Deportes entre distintas escuelas	<input type="checkbox"/> Deportes dentro de la institución, <i>nombre del deporte, si corresponde:</i> _____	<input type="checkbox"/> Otra actividad (especificar) _____
<input type="checkbox"/> Club de deportes	<input type="checkbox"/> Clase de educación física	<input type="checkbox"/> Durante el viaje hacia o desde el evento
<input type="checkbox"/> Durante la práctica	<input type="checkbox"/> Durante el juego	

Naturaleza de su participación:

<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Voluntario	<input type="checkbox"/> Estudiante/Jefe
<input type="checkbox"/> Participante atleta	<input type="checkbox"/> Animador	<input type="checkbox"/> Miembro de la banda
<input type="checkbox"/> Otra actividad (especificar) _____		
7. ¿Estudiante transferido? Sí No
En caso afirmativo, identifique el nombre de la institución educativa anterior: _____
8. Nombre, dirección y número de teléfono del médico que primero le administró tratamiento: _____

9. ¿Ha tenido una lesión similar en el pasado? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, descríbala y proporcione fechas: _____

10. Nombre, dirección y número de teléfono del médico que le administró tratamiento para la lesión previa: _____

11. ¿Está cubierto por otro plan de beneficios para gastos médicos? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, proporcione los nombres del (de los) plan(es) y de la(s) persona(s) a través de las cuales está asegurado y su relación con usted: _____

SI NO TIENE OTRO SEGURO SOBRE SU HIJO, PERO USTED Y/O SU CÓNYUGE ES O SON EMPLEADOS DE TIEMPO COMPLETO, PROPORCIONE UNA DECLARACIÓN DEL (DE LOS) EMPLEADOR(ES) DONDE SE INDIQUE QUE SU HIJO NO ESTÁ CUBIERTO POR NINGÚN SEGURO QUE OFREZCA(N).

TODOS LOS BENEFICIOS SE HARÁN PAGADEROS A LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS INVOLUCRADOS, A MENOS QUE SE ACOMPAÑE CON RECIBOS PAGADOS.

ESTA ES UNA COBERTURA MÉDICA EN EXCESO.

Por la presente, autorizo a cualquier médico, hospital o cualquier otro establecimiento médicamente relacionado, compañía de seguros, u otra organización, institución o persona que tenga cualquier registro en lo que respecta a conocimiento sobre mi persona, y/o el reclamante arriba mencionado, a revelar la totalidad de dicha información en cualquier momento en que así lo solicite K&K Insurance/Specialty Benefits o su representante. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan vigente y válida como el original.

Toda persona que a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros u otra persona presente formularios de reclamación de seguro que contengan información sustancialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información relacionada con cualquier dato sustancial al respecto, estará cometiendo un acto de seguro fraudulento, lo cual constituirá un delito.

Fecha _____ Firma del padre/tutor _____

SECCIÓN II – (DEBE SER COMPLETADA POR LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICIPANTE)

EL HECHO DE NO COMPLETAR ESTE FORMULARIO EN SU TOTALIDAD PUEDE TENER COMO RESULTADO UNA DEMORA INNECESARIA EN EL PROCESAMIENTO DE ESTA RECLAMACIÓN.

1. Nombre del estudiante: Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

2. Fecha del accidente _____

3. Actividad _____

4. Naturaleza de la lesión _____

5. Nombre del SISTEMA ESCOLAR o DISTRITO ESCOLAR participante _____

6. Nombre de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA participante _____

7. Por la presente certifico que mis declaraciones que anteceden en este formulario son verdaderas a mi leal saber y entender. Estoy al tanto de que si alguna de mis declaraciones anteriores en este formulario es intencionalmente falsa, puedo quedar sujeto a sanciones, que pueden incluir un procesamiento penal.

FIRMA DEL DIRECTIVO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA: _____

NOMBRE/CARGO EN LETRA DE IMPRENTA: _____

TELÉFONO: _____ FAX: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ FECHA: _____

Toda persona que a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros u otra persona presente formularios de reclamación de seguro que contengan información sustancialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información relacionada con cualquier dato sustancial al respecto, estará cometiendo un acto de seguro fraudulento, lo cual constituirá un delito.

Fecha _____ Firma del Titular de la póliza (Directivo de la institución educativa) _____

IMPORTANT NOTICE

- **In General, and specifically for residents of Arkansas, Illinois, Louisiana, Rhode Island and 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.
- **For Residents of Alabama:** 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 restitution fines and confinement in prison, or any combination thereof.
- **For residents of 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.
- **For residents of the 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.
- **For residents of 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.
- **For residents of 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.
- **For residents of Maine, Tennessee and 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.
- **For residents of Oregon:** Any person who knowingly and 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 may be guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.
- **For residents of 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.
- **For residents of 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.
- **For residents of 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.
- **For residents of New York:** 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.
- **For residents of Ohio:** 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.
- **For residents of Oklahoma:** **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.
- **For residents of Pennsylvania:** 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.
- **For residents of Texas:** Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.
- **For residents of Virginia:** Any person who with the intent to defraud or knowing that he is facilitating a fraud against an insurer submits an application or files a false or deceptive statement may have violated state law.

[AXIS_FRAUD 0220]

Dear Participant: If you have an appointment with a doctor as the result of a sport related injury, please show this document to the doctor's insurance secretary. You should be identified as a member of the following preferred provider networks and/or their affiliates.

Dear Doctor or Provider: This document indicates that this patient is a participant in the following preferred provider networks and/or their affiliates:



INSTRUCTIONS FOR COMPLETING THE ACCIDENT INSURANCE FORM TO THE INJURED PERSON/PARENT /GUARDIAN

To the injured person/parent/guardian:

Complete part II of this claim form. Attach current itemized physician, hospital, or other provider's bills for accident medical expenses as well as the primary carrier's explanation of benefit showing their payment and denial. These bills must show the patient's name, condition (diagnosis), type of treatment given, date the expense was incurred, and the charges made. Return this form to K&K Insurance Group, Inc. Please note: Claim forms will be returned if not fully completed and signed. Omission of vital information will cause a delay in claim processing.