



FORMULARIO DE RECLAMO
SE REQUIERE QUE EL FORMULARIO DE RECLAMO SEA FIRMADO

ENVIAR CORRESPONDENCIA A:

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

Número de Teléfono Gratuito: 866-975-9468
Fax: 469-417-1969

AVISO IMPORTANTE:

Su plan de seguro está diseñado para ofrecer el mayor beneficio a cambio de una prima mínima. Este plan de seguro es secundario a cualquier otro seguro médico que usted tenga. Si usted tiene otra póliza de seguro, por favor envíe su reclamo a esa otra compañía de seguro primero. Cuando recibas tu Explicación de Beneficios, envíanoslo junto con una copia de tu factura médica detallada, la diagnosis, y esta forma llena en su totalidad. **VEASE EL DORSO DE ESTA PLANILLA PARA INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE COMO PROCESAR UN RECLAMO. Nota: Los beneficios de la póliza de accidentes son limitados y puede el 100% de los gastos no sean cubiertos.**

< SI LAS SECCIONES 1-A Y 1-B DE ESTE FORMULARIO NO ESTAN COMPLETAS, ESTE RECLAMO NO PODRA SER PROCESADO Y SERA DEVUELTO >

SECCION 1-A – PARA SER LLENADA POR LA ORGANIZACION/ESCUELA

Organización/Nombre del Distrito Educativo Alamance-Burlington School System Número de Póliza 33-0981-13

Escuela/Equipo/Nombre de la Liga _____ Número de Teléfono () _____

Dirección _____ Email _____

_____ Tipo de Actividad/Deporte _____

Si es una institución de deporte, señale el tipo: Clase de Educación Física Programa Interno de Deportes Interescolar
Juego Equipo Universitario Juvenil Equipo Universitario Juvenil Adulto Practica Otro _____

Fecha del Accidente _____ Hora del Accidente _____ Fecha del Primer Tratamiento _____

Dónde y cómo ocurrió el accidente? (Por favor, sea específico) _____

Parte del cuerpo que fue lesionada _____ Cuando ocurrió el accidente, estaba la persona que hace este reclamo involucrada en una actividad supervisada y patrocinada, y era un estudiante o miembro de la organización/distrito escolar al momento del accidente? Sí No

Quién supervisaba la actividad? _____ Fue esta persona testigo? Sí No

Firma _____ Posición _____ Date _____

(DEBE SER FIRMADO POR UN REPRESENTANTE OFICIAL DE LA ORGANIZACION/ESCUELA, EXCEPTO SI LA LESION NO OCURRIO DURANTE UNA ACTIVIDAD DE DICHA ORGANIZACION/ESCUELA. LA FIRMA ES REQUIRIDA)

SECCION 1-B – DEBE SER LLENADA POR EL SOLICITANTE. SI EL SOLICITANTE ES MENOR DE EDAD, DEBER SER LLENADA POR EL PADRE/REPRESENTANTE LEGAL

Nombre del Solicitante _____ Número de Seguro Social _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Nivel Educativo _____ Masculino Femenino

El Solicitante es Estudiante Jugador Entrenador Arbitro Voluntario Guardería
Participante Estudiante de Educación Continua (Número de Créditos _____)

Dirección del Solicitante o Padre/Representante Legal _____

Número de Teléfono () _____ Email _____

Nombre y Dirección del Médico de Cabecera _____

Número de Teléfono () _____ Ha culminado el tratamiento? Sí No

Nombre del Solicitante o Padre/Tutor _____

Nombre y dirección de la compañía de empleo _____ Número de Teléfono () _____
 Empleo autónomo Desempleado

Nombre del Solicitante o Madre/Tutor _____

Nombre y dirección de la compañía de empleo _____ Número de Teléfono () _____
 Empleo autónomo Desempleado

El solicitante tiene cobertura a través de otra póliza de seguro de salud y/o seguro dental? Sí No

El solicitante tiene cobertura a través de un plan de seguro patrocinado por el gobierno, por ejemplo, Medicare/Medicaid? Sí No

POR FAVOR CONTINUE CON LA PROXIMA PAGINA DE ESTE FORMULARIO Y LLENELA EN SU TOTALIDAD

Mencione todas las compañías de seguro a través de las cuales el solicitante tiene cobertura de seguro o planes de salud prepagados.

Nombre de la Compañía

Dirección

Número de Póliza

Alguna de las compañías de seguro con las que el Solicitante tiene pólizas, deberán cubrir este reclamo parcial o totalmente?

Sí No (Vea **ANUNCIO IMPORTANTE** en la parte superior de la primera pagina)

Su hijo(a) esta cubierto como dependiente de un matrimonio previo, en una póliza de seguro, debido a un decreto de divorcio? Sí No
Si la respuesta es Sí, por favor, proveer el nombre, dirección y número de teléfono de la persona responsable _____

DECLARACIÓN JURADA: Yo certifico que toda la información declarada acerca de otros seguros es correcta y completa. Entiendo que proveer información incorrecta intencionalmente a través del U.S. Mail puede considerarse fraude y viola las leyes federales así como también las leyes estatales. Acepto que si posteriormente se comprueba que existen otros beneficios coleccionables en este reclamo, yo reembolsaré a Gerber Life Insurance Company el monto por el cual Gerber Life Insurance Company no era responsable.

Firma: Solicitante, Padre o Tutor _____

Fecha: _____

Firma es requerida

Autorización para la Divulgación de Información: Por medio de la presente, autorizo a cualquier empleador, plan de salud, compañía de seguro, hospital, médico, profesional del cuidado de la salud, clínica, laboratorio, farmacia, instalación médica o cualquier otra persona que haya desempeñado algún tratamiento, pago, o servicio relacionado con este reclamo a que divulgue, cuando sea solicitado, toda la información que esté relacionada con cualquier lesión, cobertura de la póliza, historial médico, consultas, medicinas o tratamientos, y que provea copia de todos los registros de hospitales o médicos y facturas detalladas a WebTPA, Inc. y Gerber Life Insurance Company, sus agentes, empleados y representantes.

Por medio de la presente, autorizo a WebTPA, Inc. a discutir cualquier información que esté relacionada con gastos médicos o tratamientos otorgados en conexión con este reclamo, con representantes de Special Markets Insurance Consultants, Inc. y sus agentes asignados y con oficiales de la escuela u organización a través de la cual se inició esta póliza. Una copia de esta autorización será considerada tan efectiva y valida como la original.

Firma: Solicitante, Padre o Tutor _____

Fecha: _____

POR FAVOR LEER

POR FAVOR SEGUIR ESTAS INSTRUCCIONES PARA ENVIAR UN RECLAMO

SE DEBE PROVEER TODA LA INFORMACIÓN PARA PODER PROCESAR EL RECLAMO

NOTA: Los beneficios de la póliza de accidentes son limitados y puede el 100% de los gastos no sean cubiertos. El hecho de completar este formulario no garantiza el pago de beneficios. Cada reclamo es revisado y procesado de acuerdo con las estipulaciones de la póliza.

Responda detalladamente todas las preguntas (incluyendo las firmas en ambos lados del formulario). Se debe completar un formulario por cada accidente.

◆ Si tiene otra póliza de seguro, envíe su reclamo a la otra compañía de seguro. Cuando reciba la explicación de beneficios de su compañía de seguro primaria, envíela, con las facturas detalladas y con el formulario lleno en su totalidad. Se deben enviar facturas detalladas; estados de cuenta no serán procesados. Facturas detalladas incluyen:

1) HCFA-1500 (Formulario estándar usado por proveedores)

2) UB-40 o UB-92 (Formulario estándar usado por hospitales)

◆ Si usted ha pagado la factura, incluya un recibo o una copia de su cheque canjeado. A falta de estos requisitos, el pago será hecho a los proveedores de servicio (Hospital, Médico, u Otros), excepto en el caso de que un recibo de pago sea enviado con la factura al momento que el reclamo sea hecho.

◆ Envíe toda correspondencia a WebTPA, Inc. **P.O. Box 2415 Grapevine, TX 76099-2415**. El formulario de reclamo debe ser enviado antes de cumplir 90 días de recibir el tratamiento médico. Las facturas que no sean incluidas con el formulario de reclamo deben ser enviadas a la Compañía antes de cumplir 90 días de recibir tratamiento médico y deben estar identificadas con el nombre del solicitante, Nombre de la Organización o Escuela y la fecha del accidente.

◆ Por favor, notifique a WebTPA, Inc. si cambia de dirección. Debe enviar una notificación por escrito para asegurar que no haya ningún retraso en el procesamiento de su reclamo.

◆ Por favor, contacte WebTPA, Inc. al teléfono **866-975-9468** para verificar el estatus de su reclamo, si tiene alguna pregunta acerca de cómo fue procesado su reclamo o del pago hecho.

◆ Causas Comunes que Retrasan el Procesamiento de su Reclamo

1. El formulario de reclamo no fue llenado en su totalidad o no fue enviado.
2. Estados de cuentas con balances son enviados en lugar de una factura detallada.
3. La Explicación de Beneficios de su Compañía de Seguro primaria no fue enviada con la factura

GUARDE COPIAS DE TODOS LOS FORMULARIOS DE RECLAMACIÓN, FACTURAS Y CORRESPONDENCIA PARA SUS PROPIOS REGISTROS HASTA QUE SU SOLICITUD HAYA SIDO PROCESADA.

DECLARACIÓN DE NOTICIA DE FRAUDE

AVISO PARA APLICANTES: “CUALQUIER PERSONA, QUE A SABIENDAS Y CON LA INTENCIÓN DE COMETER FRAUDE EN CONTRA DE UNA COMPAÑÍA DE SEGURO U OTRA PERSONA, PRESENTA UNA APLICACIÓN DE SEGURO O UNA DECLARACIÓN DE RECLAMO QUE CONTIENE INFORMACIÓN FALSA, U OCULTA INFORMACIÓN PERTINENTE CON EL FIN DE ENGAÑAR, COMETE UN ACTO DE SEGURO FRAUDULENTO, LO CUAL ES UN CRIMEN Y PUEDE SOMETER A DICHA PERSONA A SANCIONES CRIMINALES Y CIVILES”

APLICANTES RESIDENTES DE ALASKA: “UNA PERSONA QUE A SABIENDAS Y CON LA INTENCIÓN DE PERJUDICAR, DEFRAUDAR O ENGAÑAR UNA COMPAÑÍA DE SEGURO, PRESENTA UN RECLAMO QUE CONTIENE INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA PUEDE SER PROCESADO BAJO LEYES ESTATALES”

APLICANTES RESIDENTES DE ARKANSAS: “CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS PRESENTE UN RECLAMO FALSO O FRAUDULENTO, QUE REQUIERA SER REMBOLSADO POR UNA PÉRDIDA O BENEFICIO O QUE INTENCIONALMENTE PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA APLICACIÓN DE SEGURO ES CULPABLE DE UN CRIMEN Y PUEDE SER SOMETIDO A UNA MULTA Y TIEMPO EN PRISIÓN”

APLICANTES RESIDENTES DE ARIZONA: “PARA SU PROTECCIÓN LA LEY DE ARIZONA REQUIERE QUE LA SIGUIENTE DECLARACIÓN ESTÉ PRESENTE EN ESTE FORMULARIO. CUALQUIER PERSONA QUE INTENCIONALMENTE PRESENTE UN RECLAMO DE PAGO FALSO O FRAUDULENTO POR UNA PÉRDIDA ESTA SUJETO A SANCIONES CIVILES Y CRIMINALES”

APLICANTES RESIDENTES DE COLORADO: “ES ILEGAL PROVEER A SABIENDAS INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O DATOS ENGAÑOSOS O INFORMACIÓN A UNA COMPAÑÍA DE SEGURO CON EL PROPÓSITO DE DEFRAUDAR O INTENTAR DEFRAUDAR A LA COMPAÑÍA. ENTRE LAS SANCIONES ESTÁN PRISIÓN, MULTA, NEGACIÓN DE SEGURO Y DAÑOS CIVILES. CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGURO O AGENTE DE UNA COMPAÑÍA DE SEGURO QUE INTECIÓN ALMENTE PROVEA INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O DATOS O INFORMACIÓN ENGAÑOSA A UN ASEGURADO O SOLICITANTE, CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR O INTENTAR DEFRAUDAR AL ASEGURADO O AL SOLICITANTE CON RELACIÓN AL ACUERDO O PAGO DE BENEFICIOS SERÁ REFERIDO A LA DIVISIÓN DE SEGURO DE COLORADO QUE ES PARTE DEL DEPARTAMENTO DE AGENCIAS REGULATORIAS”

APLICANTES RESIDENTES DEL DISTRITO DE COLUMBIA: “ADVERTENCIA: PROVEER INFORMACIÓN FALSA O ENGAÑOSA A UNA COMPAÑÍA ASEGURADORA CON EL PROPÓSITO DE DEFRAUDAR A LA COMPAÑÍA O A CUALQUIER OTRA PERSONA, ES UN CRIMEN. LAS SANCIONES INCLUYEN PRISIÓN Y/O MULTAS. ADICIONALMENTE, UN ASEGURADOR PUEDE NEGAR LOS BENEFICIOS DE SEGURO SI EL APLICANTE SUMINISTRÓ INFORMACIÓN FALSA PERTINENTE AL RECLAMO”

APLICANTES RESIDENTS OF FLORIDA: “CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS Y CON EL PROPÓSITO DE PERJUDICAR, DEFRAUDAR, O ENGAÑAR A UN ASEGURADOR PRESENTE UN DECLARACIÓN DE RECLAMO O UNA APLICACIÓN QUE CONTIENE INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA ES CULPABLE DE UN DELITO DE TERCER GRADO”

APLICANTES RESIDENTES DE KANSAS: “CUALQUIER PERSONA QUE SABIENDO Y CON INTECIÓN DE COMETER FRAUDE A CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGURO U OTRA PERSONA CAUSA LA PRESENTACIÓN O PREPARA CON CONOCIMIENTO QUE SERÁ PRESENTADO O POR UN ASEGURADOR, SUPUESTO ASEGURADOR, CORREDOR O AGENTE, CUALQUIER DECLARACIÓN ESCRITA COMO PARTE DE O EN SOPORTE DE UNA APLICACIÓN PARA LA EMISIÓN DE O RANQUEO DE UNA PÓLIZA DE SEGUROS, O RECLAMO DE PAGO U OTRO BENEFICIO PERTINENTE A UNA PÓLIZA DE SEGUROS DE LA PERSONA EN CUESTIÓN CONTIENE INFORMACIÓN FALSA MATERIAL CONCERNIENTE A UN HECHO MATERIAL O LO OCULTA, CON EL PROPÓSITO DE ENGAÑAR, INFORMACIÓN CONCERNIENTE A CUALQUIER HECHO MATERIAL, COMETE UN ACTO FRAUDULENTO DE SEGUROS LO CUAL ES UN CRIMEN Y PUEDE SER SUJETO A SANCIONES CRIMINALES Y CIVILES”

APLICATES RESIDENTES DE KENTUCKY: “CUALQUIER PERSONA QUE SABIENDO Y CON EL PROPÓSITO DE DEFRAUDAR A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS U OTRA PERSONA, PRESENTA UNA APLICACIÓN DE SEGURO QUE CONTIENE INFORMACIÓN PERTINENTE FALSA, U OCULTA CON EL OBJETO DE ENGAÑAR, INFORMACIÓN REFERENTE A CUALQUIER DATO PERTINENTE,

APLICANTES RESIDENTES DE NEW JERSEY: "CUALQUIER PERSONA QUE INCLUYE INFORMACIÓN FALSA O ENGAÑOSA EN UNA APLICACIÓN PARA UNA PÓLIZA DE SEGURO ESTA SUJETO A SANCIONES CIVILES Y CRIMALES"

APLICANTES RESIDENTES DE NEW MEXICO: "CUALQUIER PERSONA QUE INTENCIONALMENTE PRESENTE UN RECLAMO DE PAGO FALSO O FRAUDULENTO POR UNA PÉRDIDA O BENEFICIO O QUE A SABIENDAS PRESENTE FALSA INFORMACIÓN EN UNA APLICACIÓN DE SEGURO ES CULPABLE DE UN CRIMEN Y PUEDE SER SUJETO A MULTAS CIVILES O SANSIONES CRIMINALES"

APLICANTES RESIDENTES DE NEW YORK: "CUALQUIER PERSONA QUE SABIENDO Y CON INTECIÓN DE DEFRAUDAR A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS U OTRA PERSONA PRESENTA UNA APLICACIÓN DE SEGURO O UNA DECLARACIÓN DE RECLAMO QUE CONTIENE INFORMACIÓN MATERIAL FALSA, U OCULTA, CON EL PROPÓSITO DE ENGAÑAR, INFORMACIÓN CONCERNIENTE A CUALQUIER HECHO MATERIAL, COMETE UN HECHO DE FRAUDE DE SEGURO, LO CUAL ES UN CRIMEN Y SERÁ SUJETO A SANCIONES CIVILES QUE NO EXCEDEN LOS CINCO MIL DÓLARES Y EL VALOR DEL RECLAMO POR CADA UNA DE ESTAS VIOLACIONES"

APLICANTES RESIDENTES DE OHIO: "CUALQUIER PERSONA QUE, CON INTENCIÓN DE COMETER FRAUDE OR A SABIENDAS QUE ESTÁ FACILITANDO UN FRAUDE EN CONTRA DE CUALQUIER ASEGURADORA, PRESENTA UNA APLICACIÓN O UN RECLAMO QUE CONTIENE INFORMACIÓN FALSA O ENGAÑOSA ES CULPABLE DE FRAUDE DE SEGURO"

APLICANTES RESIDENTES DE OKLAHOMA: "CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS Y CON INTENCIÓN DE PERJUDICAR, DEFRAUDAR OR ENGAÑAR A UNA COMPAÑÍA DE SEGURO, HACE CUALQUIER RECLAMO DE PAGO QUE CONTIENE INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA ES CULPABLE DE UN DELITO"

APLICANTES RESIDENTES DE OREGON: "CUALQUIER PERSONA QUE SABIENDO Y CON INTENCIÓN DE COMETER FRAUDE O SOLICITAR A OTROS QUE COMETAN FRAUDE EN CONTRA DE UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS: (1) PRESENTANDO UNA APLICACIÓN, O (2) PRESENTANDO UN RECLAMO QUE CONTENGA UNA DECLARACIÓN FALSA DE ALGÚN HECHO MATERIAL, PUEDE ESTAR VIOLANDO LA LEY DEL ESTADO"

APLICANTES RESIDENTES DE PENNSYLVANIA: "CUALQUIER PERSONA QUE SABIENDO Y CON INTENCIÓN DE COMETER FRAUDE EN CONTRA DE CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGURO U OTRA PERSONA PRESENTE UNA APLICACIÓN PARA OBTENER SEGURO O UNA DECLARACIÓN DE RECLAMO QUE CONTIENE INFORMACIÓN FALSA MATERIAL CONCERNIENTE A UN HECHO MATERIAL O LO OCULTA, CON EL PROPÓSITO DE ENGAÑAR INFORMACIÓN CONCERNIENTE A CUALQUIER HECHO MATERIAL, COMETE UN ACTO FRAUDULENTO DE SEGUROS LO CUAL ES UN CRIMEN Y PUEDE SER SUJETO A SANCIONES CRIMINALES Y CIVILES"

APLICANTES RESIDENTES DE TENNESSEE: "ES UN CRIMEN EL PROVEER A SABIENDAS INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON EL PROPÓSITO DE COMETER FRAUDE EN CONTRA DE LA COMPAÑÍA. LAS SANCIONES INCLUYEN PRISIÓN, MULTAS Y LA NEGACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO"

APLICANTES RESIDENTES DE TEXAS: SI UNA ASEGURADORA DE VIDA, SALUD O ACCIDENTE PROVEE UN FORMULARIO DE RECLAMO A UNA PERSONA PARA QUE ÉSTA PRESENTE UN RECLAMO, EL FORMULARIO DEBE CONTENER LA SIGUIENTE DECLARACIÓN O UNA DECLARACIÓN SUBSTANCIALMENTE PARECIDA: "CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS PRESENTE UN RECLAMO FALSO O FRAUDULENTO PIDIENDO EL PAGO DE UNA PÉRDIDA ES CULPABLE DE UN CRIMEN Y PUEDE SER SUJETO A MULTAS Y TIEMPO EN UNA PRISIÓN ESTATAL"

APLICANTES RESIDENTES DE VERMONT: "CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS PRESENTE UNA DECLARACIÓN FALSA EN UNA APLICACIÓN DE SEGURO PUEDE SER CULPABLE DE UNA OFENSA CRIMINAL Y SUJETO A SANCIONES BAJO LA LEY DEL ESTADO"

APLICANTES RESIDENTES DE VIRGINIA: "ES UN CRIMEN EL PROVEER, A SABIENDAS, INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA, O ENGAÑOSA A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON EL PROPÓSITO DE COMETER FRAUDE EN CONTRA LA COMPAÑÍA. SANCIONES INCLUYEN PRISIÓN, MULTAS, Y NEGACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO."

APLICANTES RESIDENTES DE WASHINGTON: "ES UN CRIMEN EL PROVEER, A SABIENDAS, INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA, O ENGANOSA A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON EL PROPÓSITO DE COMETER FRAUDE EN CONTRA DE LA COMPAÑÍA. SANCIONES INCLUYEN PRISIÓN, MULTAS Y NEGACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO".

APLICANTES RESIDENTES DE WEST VIRGINIA: "CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS PRESENTE UN RECLAMO DE PAGO FALSO O FRAUDULENTO POR UNA PÉRDIDA O UN BENEFICIO O A SABIENDAS PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA APLICACIÓN PARA OBTENER SEGURO ES CULPABLE DE UN CRIMEN Y PUEDE SER SUJETO A MULTAS Y PRISIÓN