



**FORMULARIO DE RECLAMO POR ACCIDENTE**

ENVIAR A: NAHGA Claim Services  
P.O. Box 189  
Bridgton, ME 04009

Correo electrónico: [claims@nahga.com](mailto:claims@nahga.com)

Fax: 207-647-4569

Presentar reclamaciones electrónicamente: Pagador 67788

Preguntas: Contactar al 800-952-4320

**INSTRUCCIONES (COMPLETAR LA SECCIÓN DE FIRMA AL FINAL DE CADA UNA DE LAS TRES PÁGINAS)**

- Completar todos los campos.
- Parte I – Debe ser completada por el Titular de la Póliza.
- Parte II – Debe ser completada por el Reclamante o el Padre, la Madre o el Tutor Legal, si el Reclamante es menor de edad.
- Enviar copias de facturas detalladas que muestren el nombre, la dirección y el número de identificación para impuestos (Tax ID Number) del proveedor, así como el diagnóstico y los códigos de procedimientos.
- Adjunte descripción de los beneficios, las facturas adicionales con historial de pagos o la denegatoria de la compañía de seguros primaria. Este requisito no se aplica si la póliza de accidentes brinda cobertura primaria.
- Todos los beneficios serán pagaderos a los médicos y proveedores, a menos que estén acompañados de recibos pagados.
- Si el Reclamante está empleado pero no tiene otro seguro, enviar carta del (de los) empleador(es) en papel con membrete del (de los) empleador(es) para tal efecto.
- Para instrucciones adicionales sobre cómo presentar un reclamo, enviar un correo electrónico a [AH@phly.com](mailto:AH@phly.com).

Los Reclamantes elegibles para recibir beneficios de Medicaid deben presentar una solicitud de beneficios bajo esta póliza antes de presentar los gastos a Medicaid.

**PARTE I – INFORME DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (Se requiere firma al final de esta sección)**

- Número de póliza: PHPA 107401
- Nombre del Titular de la Póliza: Kinderhook Central School District
- Dirección del Titular de la Póliza: PO Box 820
- Ciudad: Valatie Estado: NY Código Postal: 12184
- Contacto del Titular de la Póliza: Michael Brennan Correo electrónico: mbrennan@ichabodcrane.org  
Teléfono: 518-758-7575 Fax: \_\_\_\_\_
- Apellido del Reclamante: \_\_\_\_\_ Primer nombre del Reclamante: \_\_\_\_\_
- Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_
- Sexo:  Masculino  Femenino
- Grado (si corresponde): \_\_\_\_\_ Marque uno (si corresponde)  Escuela diurna  Internado
- Naturaleza de la lesión: (Describe e indique en detalle en qué parte del cuerpo fue la lesión — p. ej.: brazo roto, torcedura en el tobillo). Debe ser una lesión corporal causada por un accidente.

11. Describa cómo sucedió el accidente. Incluya todos los detalles.  
Use una hoja adicional si es necesario. (Incluya el nombre del deporte/de la actividad)

- ¿Cómo ocurrió el accidente?
  - Durante una actividad supervisada/autorizada por el Titular de la Póliza.  Sí  No
  - Durante una actividad patrocinada por el Titular de la Póliza.  Sí  No
  - Durante las horas programadas del Titular de la Póliza.  Sí  No
  - Durante el trayecto desde o hacia una actividad patrocinada y supervisada por el Titular de la Póliza.  Sí  No
  - Fuera de las instalaciones del Titular de la Póliza, en casa, durante un fin de semana, un día feriado o vacaciones de verano.  Sí  No
- Fecha del accidente: \_\_\_\_\_ Hora del accidente: \_\_\_\_\_  a.m.  p.m.  
Lugar del accidente: \_\_\_\_\_
- Nombre y cargo de la persona que supervisaba la actividad: \_\_\_\_\_  
¿Esta persona fue testigo del accidente?  Sí  No

**PARTE II**

(Debe ser completada por el Reclamante o por el Padre/la Madre/el Tutor Legal, si el Reclamante es menor de edad)

- Nombre del Reclamante o el Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_
- Nombre de la Madre o el Tutor Legal: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_
- Dirección postal del reclamante o del padre / tutor del reclamante: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_
- Compañía de seguros del Padre o el Tutor Legal: \_\_\_\_\_
- Compañía de seguros de la Madre o el Tutor Legal: \_\_\_\_\_
- Nombre y dirección del Empleador del Reclamante o el Padre/Tutor Legal, si el Reclamante es menor de edad:  
Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_  
Dirección postal del Empleador: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_
- Nombre y dirección del Empleador del Reclamante o la Madre/Tutor Legal, si el Reclamante es menor de edad:  
Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_  
Dirección postal del Empleador: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_
- Enumere todas las pólizas médicas y dentales bajo las cuales el reclamante está asegurado.

Nombre del Titular de la Póliza	Tipo de póliza	Número de póliza

- ¿El reclamante está inscrito, es un miembro o participa en alguno de los siguientes planes como individuo, empleado o dependiente? Si es así, presente una copia de la tarjeta de seguro (por ambos lados).
  - Organización de proveedores preferida (PPO, en inglés) o plan de salud prepagado similar.  Sí  No  
Si la respuesta es sí, indique la PPO: \_\_\_\_\_
  - Organización para el mantenimiento de la salud (HMO, en inglés) o plan de salud prepagado similar  Sí  No  
Si la respuesta es sí, indique la HMO: \_\_\_\_\_
  - Medicare?  Sí  No
  - Medicaid?  Sí  No

**DECLARACIÓN JURADA**

Verifico que la declaración sobre el otro seguro es verdadera y completa. Comprendo que el hecho de intencionalmente proveer información incorrecta mediante el Servicio Postal de los Estados Unidos puede constituir fraude e infringir leyes federales y estatales. Me comprometo a devolver a la Compañía el valor del cual la Compañía no hubiera sido responsable, si se determinara luego que otros beneficios de seguro pudieran ser cobrados bajo este reclamo.

**AUTORIZACIÓN DE REVELAR INFORMACIÓN**

Autorizo a todo/a Proveedor de Salud, Médico, Profesional Médico, Institución Médica, Compañía de Seguros, persona u Organización a revelar toda información con relación al historial, el tratamiento o los beneficios pagaderos referente a los servicios médicos, dentales, mentales, y de abuso de alcohol o drogas, incluyendo información sobre incapacidad o empleo, relativa al paciente, a Philadelphia Indemnity Insurance Company, sus empleados y agentes autorizados, para fines de validación y determinación de beneficios a pagar. Asimismo, autorizo a Philadelphia Indemnity Insurance Company a entregar al Titular de la Póliza o a sus agentes toda la información relativa a mi reclamo de seguro con la finalidad de facilitar la adjudicación del reclamo. Estos datos pueden ser extraídos para fines de auditoría o estadísticos. Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento y que dicha revocación no es efectiva sobre la medida en la que ya se hubiera aplicado dicha autorización.

**AUTORIZACIÓN DE PAGO (Se requiere firma al final de esta sección)**

Autorizo que todos los beneficios médicos, presentes y futuros, por servicios prestados y facturados como resultado de este reclamo, se hagan pagaderos a los médicos y proveedores indicados en las facturas, a menos que recibos pagados sean adjuntados a este formulario.

Firma del Reclamante (Padre, Madre o Tutor Legal, si el Reclamante es menor de edad)

Fecha

## AVISOS SOBRE FRAUDE EN EL FORMULARIO DE RECLAMO (Se requiere firma al final de esta sección)

**ALABAMA:** Toda persona que presente a sabiendas un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro es culpable un delito y puede ser sancionada con restitución, multas, encarcelamiento o cualquier combinación de estas sanciones.

**ARIZONA:** Para su protección, las leyes de Arizona exigen que la siguiente declaración aparezca en este formulario: Cualquier persona que presente a sabiendas un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida está sujeta a sanciones civiles y penales.

**ARKANSAS, RHODE ISLAND y WEST VIRGINIA:** Toda persona que presente a sabiendas un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede ser sancionada con multas y encarcelamiento.

**CALIFORNIA:** Para su protección, las leyes de California exigen que aparezca lo siguiente en este formulario: Cualquier persona que presente deliberadamente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede ser sancionada con multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

**COLORADO:** Es ilegal proporcionar a sabiendas hechos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con la finalidad de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, negación de seguro y daños civiles. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que presente a sabiendas hechos o información falsos, incompletos o engañosos a un titular de la póliza o reclamante con la finalidad de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o reclamante en relación con un acuerdo o compensación pagadera de los fondos provenientes del seguro será acusado ante la División de Seguros de Colorado, en el Departamento de Agencias Regulatorias.

**DELAWARE y IDAHO:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de dañar, defraudar o engañar, presenta una declaración de reclamo que contiene información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

**DISTRICT OF COLUMBIA:** AVISO: Es un delito proveer información falsa o engañosa a un asegurador con el propósito de defraudar al asegurador o alguna otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento y/o multas. Asimismo, un asegurador puede negar beneficios de seguro si el solicitante proporcionó información falsa que esté materialmente relacionada con un reclamo.

**FLORIDA:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de dañar, defraudar, o engañar a un asegurador, presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa comete un delito de tercer grado.

**INDIANA:** Una persona que, a sabiendas y con intento de defraudar a un asegurador, presente un reclamo que contiene información falsa, incompleta o engañosa comete un delito grave.

**KANSAS:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar, presente, haga que se presente o prepare con conocimiento o convicción de que será presentada a o será presentada por un asegurador, supuesto asegurador, corredor o agente de los mismos, cualquier declaración escrita como parte de o en soporte de, una solicitud para la emisión o la tarificación de una póliza de seguro para seguro personal o comercial, o un reclamo por pago u otro beneficio en conformidad a una póliza de seguro para seguro comercial o personal que dicha persona sepa que tal declaración escrita contiene información materialmente falsa en relación con cualquier hecho material de dicho documento; o que oculte información relativa a cualquier hecho material de dicho documento con la finalidad de engañar comete un acto de fraude de seguros.

**KENTUCKY:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presenta una declaración de reclamo que contiene información materialmente falsa o que oculta información relativa a cualquier hecho material de dicho documento con la finalidad de engañar comete un acto de fraude de seguros, lo que constituye un delito.

**MAINE, TENNESSEE, VIRGINIA y WASHINGTON:** Es un delito proporcionar información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con la finalidad de defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o negación de beneficios de seguro.

**MARYLAND:** Toda persona que, a sabiendas o deliberadamente, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago por una pérdida o beneficio, o que, a sabiendas o deliberadamente, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede ser penalizada con multas y encarcelamiento.

**MINNESOTA:** Una persona que presente un reclamo con la intención de defraudar o ayude a cometer fraude contra un asegurador es culpable de un delito.

**NEW HAMPSHIRE:** Cualquier persona que, con el propósito de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeto a enjuiciamiento y sanciones por fraude de seguros, según lo dispuesto en RSA 638:20.

**NEW JERSEY:** Toda persona que presente a sabiendas una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

**NORTH CAROLINA y OREGON:** Toda persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas que facilita un fraude contra un asegurador, presente una solicitud o un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa comete fraude de seguros, lo que constituye un delito y sujeta a dicha persona a sanciones civiles y penales.

**OHIO:** Toda persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas que está facilitando un fraude contra un asegurador, presente una solicitud o un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguros.

**OKLAHOMA:** Toda persona que, a sabiendas y con intento de dañar, defraudar o engañar a un asegurador, haga un reclamo por los recaudos de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

**PENNSYLVANIA:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una compañía de seguro o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa o que oculte, con la finalidad de engañar, información relativa a cualquier hecho material de dicho documento comete un acto de fraude de seguros, lo que es delito lo que sujeta a dicha persona a sanciones penales y civiles.

**TEXAS:** Toda persona que presente a sabiendas un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida comete un delito y puede ser sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

**NEW YORK:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una compañía de seguro o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa o que oculte, con la finalidad de engañar, información relativa a cualquier hecho material de dicho documento comete un acto de fraude de seguros, lo que es un delito. Dicha persona estará sujeta a sanciones civiles que no deberán exceder cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada infracción de esta índole.

Firma del Reclamante (Padre, Madre o Tutor Legal, si el Reclamante es menor de edad)

Fecha



A Member of the Tokio Marine Group

## SEGURO CONTRA ACCIDENTES INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR UN RECLAMO – SOLO PLANES DE EXCESO TOTAL

El plan del seguro contra accidentes está diseñado a cubrir a todos los participantes registrados del titular de la póliza mientras que ellos estén ocupados en actividades que estén patrocinadas y supervisadas por el titular de la póliza. El plan considerará el reembolso de gastos elegibles que no son pagables a través de su plan de seguro de salud o de cualquier otro plan de seguros que provea reembolsos por gastos médicos. Por lo tanto, antes de presentar un reclamo contra el plan de seguro contra accidentes, usted debe primero presentar el reclamo ante su propio plan de salud. Por favor observe los siguientes procedimientos para la presentación de reclamos: **(Por favor incluya el número de póliza en toda correspondencia para facilitar el manejo de su reclamo)**

1. Obtenga un formulario para reclamos de la organización patrocinadora. Solo se necesita un formulario por accidente, sin importar el número de gastos generados por el accidente específico.
2. La Parte I del formulario para reclamos debería ser completada y firmada por un funcionario de la organización patrocinadora. La Parte I pide una descripción de cómo ocurrió el accidente. Por favor verifique que una descripción completa sea proporcionada. Por ejemplo, "Baloncesto" no es aceptable; sin embargo, "El tobillo izquierdo se torció al jugar baloncesto" es aceptable.
3. La Parte II del formulario para reclamos debería ser completada y firmada por el reclamante o por uno de los padres o el tutor del reclamante si es que el reclamante es un menor. Todas las preguntas en la Parte II deben ser completadas para que la compañía examine su reclamo. Por favor no deje ninguna pregunta en blanco. La Parte II incluye la sección titulada "Autorización para la Divulgación de Información."
4. Se deben entregar Facturas Detalladas. Las Facturas Detalladas proporcionan las fechas de servicio, los códigos de procedimientos, el diagnóstico, y el/los cobro/s. Facturas de "Saldo Adeudado" no son aceptables porque ellas no proporcionan toda la información necesaria para examinar el reclamo apropiadamente.
5. Al presentar cobros por Fisioterapia, la factura detallada debe acompañarse de la receta e incluir la frecuencia y la duración del tratamiento.
6. Entregue copias de las declaraciones de Explicación de Beneficios (EOB, sus siglas en inglés) de su propio plan de salud. Los EOB mostrarán cuanto ha pagado su plan de salud por servicios prestados y el monto que es su responsabilidad. Debería existir un EOB por cada Factura Detallada que usted haya entregado para reembolso.
7. Envíe por correo o por correo electrónico el formulario para reclamos completamente relleno, cada Factura Detallada (y la receta, si fuera aplicable), y la correspondiente EOB a la siguiente dirección: **(Por favor incluya el Número de Póliza en toda correspondencia)**

NAHGA Claim Services  
P. O. Box 189  
Bridgton, ME 04009  
[claims@nahga.com](mailto:claims@nahga.com)  
Fax 207-647-4569  
Teléfono 800-952-4320

**Recuerde por favor que la póliza es una póliza de seguro contra Accidentes. No proporciona reembolsos por enfermedad o por lesiones que no sean el resultado de un Accidente. Queda sujeta a exclusiones y limitaciones. La póliza podría también incluir un deducible que podría ser la responsabilidad del reclamante. Por favor tenga en cuenta que el formulario para reclamos incluye lenguaje exigido por el estado en contra del fraude que requiere su revisión y firma.**