

ENVIE A:

Administrative Concepts, Inc.

994 Old Eagle School Road, Suite 1005

Wayne, PA 19087-1802

Phone: 888-293-9229

www.visit-aci.com

# FORMA de RECLAMO de ACCIDENTE



Gerber Life  
Insurance Company

Cualquier persona que presenta a sabiendas un reclamo falso o fraudulento para el pago de pérdida o beneficio o a sabiendas presenta información falsa en una aplicación para el seguro es culpable de un crimen y puede ser sujeto a multas y confinamiento en prisión.

<b>PARTE A- Esta parte DEBE ser completada, fechada y firmada por un oficial de la organización.</b>			
1. El nombre de Organización (tenedor de póliza)		2. Número de póliza	3. El nombre de la Organización o el Equipo (si diferente del Asegurado)
4. La dirección de Organización (Calle)		(Ciudad)	(Estado) (Código postal)
5. El nombre de Persona Herida (Asegurado)		(Primero)	(Segundo) (Apellido)
6. La fecha de Accidente/Herida Mes    Día    Año /     /		7. La herida Ocurrió: Práctica <input type="checkbox"/> Viaje <input type="checkbox"/> Juego <input type="checkbox"/> Otro _____	8. El tipo del Deporte o la Actividad:
9. Explique COMO el accidente y la herida ocurrieron. NOTA: Si su organización utiliza una Forma de Informe de Accidente, incluya una copia del informe.			
10. Describa la naturaleza de la herida.			
11. ¿En el momento del accidente, fue la persona herida involucrado en una actividad bajo la jurisdicción de la Organización (tenedor de póliza)?    Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		12. El nombre de Supervisor de Actividad	13. ¿Éste fue un testigo del accidente?    Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
14. Firma de la Organización Oficial X _____		15. Título de oficial	16. Código de área / Teléfono #.
17. Fecha de la firma			

<b>PARTE B - Esta parte DEBE ser completada, fechada y firmada por la Persona Herida - o si la Persona Herida es menor de 18 años o dependiente de otro manera - por su Padre o Guardián.</b>			
IMPRIMA AQUI - NOMBRE DE PERSONA que COMPLETA FORMA:		Verifique uno:    Persona herida <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/>	
Proveer la siguiente información acerca de la Persona Herida:			
1. La fecha del Nacimiento Mes    Día    Año /     /	2. Macho <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/>	3. Número del seguro social	4. Código de área / Teléfono #.
5. Dirección (Calle)		(Ciudad)	(Estado) (Código postal)
6. Empleador (Nombre)		(La dirección)	(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)
Código de área / Empleador teléfono #			
7. ¿Está la Persona Herida cubierto bajo algunos otros planes de salud y/o seguro de accidentes?    Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		En caso afirmativo, proveer la siguiente información:	
El nombre de la otra(s) Compañía(s) de seguros	La dirección de la otra(s) Compañía(s) de seguros	Póliza #	El nombre del tenedor de póliza
8. Si la Persona Herida es menos de 18 años o de otro modo dependiente, proveer la siguiente información:			
Nombre del Padre o Guardián varón		Lugar de empleo	Código de área / Empleador teléfono #
Nombre de la Madre o Guardián femenina		Lugar de empleo	Código de área / Empleador teléfono #
9. Si la Persona Herida está casada, proveer la siguiente información:			
El nombre de Cónyuge		Lugar de empleo	Código de área / Empleador teléfono #

**EL PAGO SERA HECHO A LOS PROVEEDORES DE SERVICIO (HOSPITAL, MEDICO Y OTROS), A MENOS QUE UN RECIBO O DECLARACION ACOMPAÑA LA FACTURA EN EL MOMENTO EN QUE EL RECLAMO ES SOMETIDO.**

A cualquier proveedor de atención médica, centro de atención médica, asegurador, plan de salud patrocinado por el Gobierno, o empleador: Yo autorizo la liberación de cualquier información médica acerca de mí a Administrative Concepts, Inc. o la compañía debajo de la escritura. Esto se aplica a toda la información sobre el diagnóstico, tratamiento, o pronóstico de cualquier enfermedad o herida yo ahora tengo o han tenido en el pasado. La Compañía utilizará esta información para determinar si mi reclamación es elegible. Cualquier información obtenida no será lanzada por la compañía en conexión con mi reclamo. Una copia de esta autorización será considerada como válida que el original y deberá permanecer en vigor durante un año desde la fecha de autorización. Yo certifico que la información dada por mí en apoyo de mi reclamación es verdadera y correcta. Yo entiendo que el suministro intencional de incorrecta información a través del EEUU correo puede ser fraudulento y violar las leyes federales, así como las leyes del Estado. Estoy de acuerdo que si se determina en una fecha posterior que hay otros beneficios del seguro que son coleccionables en esta reclamación yo le reembolsaré Administrative Concepts, Inc. en la medida en que Administrative Concepts, Inc. no hubiera sido responsables.

Firma del Paciente o representante autorizado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si autorizado representante, en relación con el paciente \_\_\_\_\_

O designación legal \_\_\_\_\_

Calle

Cuidad

Estado/ Código postal

# INSTRUCCIONES

1. PARTE A – Debe ser completado por la organización.
2. PART B – Debe ser completado por los Padres o Guardián.
3. **Este plan de seguro es secundario a cualquier seguro de enfermedad que usted tiene. Si tiene otro seguro, presenta su reclamo a su otro asegurador. Cuando reciba su Declaración del Beneficio, envíelo a ACI (a la dirección listó abajo). Conecte todas las cuentas médicas detalladas (con diagnóstico), que ha recibido hasta la fecha incluyendo esta forma completada. Las cuentas posteriores pueden ser enviadas a la compañía de seguros separadamente. Por favor indicar el nombre de la organización en todas las facturas posteriores. Por favor no envíe saldo debido, saldo resumido o vencidas declaraciones para el pago. Enviando estos tipos de declaraciones solo se retrasará pago, como ACI tendrá que solicitar una factura detallada.**
4. Envíe este informe y las facturas en menos de 30 días después del primer tratamiento a:

**Administrative Concepts, Inc.**  
**994 Old Eagle School Road**  
**Suite 1005**  
**Wayne, PA 19087-1802**

**Teléfono: 888-293-9229**  
**Fax: 610-293-9299**  
**Web: www.visit-aci.com**

## *Las leyes de algunos Estados requieren que le brindan los siguientes avisos:*

### **ADVERTENCIA cualquier persona que a sabiendas**

**Alaska:** y con intención para herir, defraudar, o engañar una compañía de seguros presenta una reclamación que contiene información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesado bajo la ley de estado.

**Arizona, Arkansas y Rhode Island:** presenta un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio es susceptible a criminal y penas civiles, **o específico a AR y RI** presenta información falsa en una aplicación para el seguro es culpable de un crimen y puede ser susceptible a multas y confinamiento en la cárcel.

**California:** Para su protección la ley de California requiere el siguiente aparecer en esta forma: Cualquier persona que a sabiendas presenta un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un crimen y puede ser susceptible a multas y confinamiento en la cárcel estatal.

**Delaware:** y con intención para herir, defraudar o engañar a un asegurador, presenta una declaración de reclamo que contiene falsa, incompleta o engañosa información es culpable de un crimen grave.

**Distrito de Columbia:** Es un crimen para proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora para el propósito de defraudar al asegurador o cualquier otra persona. Las penas incluyen prisión y/o multas. Además, una asegurador puede negar beneficios de seguros si información falsa materialmente relacionada con una reclamo era proporcionó por el solicitante.

**Florida:** y con intención para herir, defraudar, o para engañar a cualquier asegurador, presenta una declaración de reclamo o aplicación que contienen cualquier información falsa, incompleta o engañosa es culpables de un crimen grave del tercer grado.

**Idaho and Indiana:** y con intención para defraudar, o engañar a cualquier compañía de seguros, presenta una declaración de reclamo que contiene falsa, incompleta o engañosa información (para Idaho) es culpable de y (para Indiana) cometa un crimen grave.

**Kentucky, New York y Pennsylvania:** y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona presenta una solicitud de seguro, o presenta un declaración de reclamación, que contiene cualquier materialmente falsa información u oculte, para el propósito de engañosa, información relativa a cualquier hecho material allí a comete un acto fraudulento de seguros, que es un delito, **específico a PA:** sujetos a tal persona al criminal y penas civiles, **y específicas a NY:** también estarán sujetos a una sanción civil máximo de cinco mil dólares y el declaró valor de la reclamación por cada tal violación

**Luisiana, Nuevo México, Tejas y Virginia Occidental:** presenta un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida (**o específico a LA, TX y W VA:** quién a sabiendas presenta falsa información en una aplicación para seguro) es culpable de un crimen y puede ser susceptible a multas y confinamiento en la prisión estatal, (**o específico a NM:** a multa civiles y penas criminales).

**Maryland:** y intencionalmente presenta una reclamación falsa o fraudulenta para pago de pérdida o beneficio o quien a sabiendas y intencionalmente presenta información en la solicitud de seguro es culpable de un crimen y puede ser sujeta a multas y confinamiento en la cárcel.

**Nueva Jersey:** presenta una declaración de reclamo que contiene cualquier falsa o engañosa información está sujeta a sanciones penales y civiles.

**Ohio:** con intención para defraudar o sabiendo que el es facilita un fraude contra un asegurador, envía una aplicación o presenta un reclamo que contienen una falsa o engañosa declaración es culpable de fraude de seguros.

**Oklahoma:** y con intención para herir, defraudar o engañar a cualquier asegurador, hacer cualquier reclamación por los beneficios de una póliza de seguros que contiene cualquier falso, información incompleta o engañosa es culpable de un crimen grave.

**Oregon:** y con intención para defraudar cualquier compañía de seguros o a otra persona presenta una aplicación para el seguro o una declaración de contener de reclamo cualquier información materialmente falsa o oculta para el propósito de engañosa, la información relativa a cualquier material de hecho, puede ser sujeto a acusación para fraude de seguros

**Puerto Rico:** y con la intención de defraudar presentes información falsa en una aplicación de seguro, o presentes, ayudas, o causa la presentación de un reclamo fraudulento para el pago de una pérdida o cualquier otro beneficios o presentes más de un reclamo para el mismo daño o pérdida, deberá incurrir un delito grave y, cuando condenada, deberá ser sancionado por cada violación con una pena de una multa no menos de cinco mil (5.000) dólares y no más de diez mil (10.000) dólares, o un plazo fijo de prisión para tres (3) años, o ambas penas. Si existen circunstancias agravantes, la pena establecida así podrá aumentarse hasta un máximo de cinco (5) años; Si existen circunstancias atenuantes, puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

### **ADVERTENCIA**

**Colorado:** Es ilegal para proporcionar a sabiendas hechos falsas, incompletas o engañosas o información a una compañía de seguros para el propósito de estafar o tratar de estafar a la compañía. Las penas pueden incluir encarcelamiento, multas, negación de seguro, y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o el agente de una compañía de seguros quien a sabiendas proporciona hechos falsas, incompletas o engañosas o información a un tomador del seguro o reclamante para el propósito de estafar o tratar de estafar el tomador del seguro o el reclamante con respecto a un arreglo o premio por pagar del producto de seguro deberá ser informado a la División de Colorado de Seguro dentro del Departamento de Agencias Regulador.

**Hawái:** Presentando una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio es un delito penado con multas o encarcelamiento o los dos

**Maine/Washington:** Es un crimen para proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros para el propósito de defraudar la compañía. Las penas pueden incluir encarcelamiento, multas, o negación de los beneficios del seguro.

**Minnesota:** Persona que presenta un reclamo con intención para defraudar o ayuda a cometer un fraude contra un asegurador es culpable de un crimen.

**Nuevo Hampshire:** Cualquier persona que, con el propósito para herir, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presentas una declaración de reclamo que contenga cualquier falsa, incompleta o información engañosa está sujeto a enjuiciamiento y castigo de fraude de seguros, tal como se prevé en RS! 638.20

**Tennessee y Virginia:** Es un crimen para proporcionar a sabiendas la información falsa, incompleta o engañosa a un asegurador o la compañía de seguros para el propósito de defraudar al asegurador o la compañía de seguros. Las penas incluyen encarcelamiento, multas, y la negación de beneficios del seguro.