



**Distrito Escolar:**  
**Distrito Escolar 3 de Rock Hill**

**Nombre de la escuela:**

**FORMULARIO DE RECLAMO  
PARA ESTUDIANTES**

Correo electrónico : [K12claims@hsri.com](mailto:K12claims@hsri.com) Número de fax: (972) 512-5818

1. Por favor, complete completamente este formulario
2. Adjuntar facturas detalladas
3. Correo electrónico, fax O correo

apartados postales 117558  
Carrollton, Texas 75011-7558  
Teléfono: (972) 512-5600 Llamada gratuita (866) 409-5734

**Número de póliza:**

**Pagado por el Distrito / Voluntario / GATO**

**Distrito Pagado  Voluntario  CAT**

**PARTE I – INFORME DEL ASEGURADO**

1. Nombre del reclamante (persona lesionada/ enferma)		2. Número de Seguro Social		3. Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		4. Fecha de nacimiento		5° Correo Electrónico	
6. Dirección de la persona lesionada						7. Número de teléfono (incluye código de área)			
8. Nombre del padre/tutor legal, dirección, ciudad, estado y código postal						9. Número de teléfono (incluye código de área)			
10. Fecha del accidente/ enfermedad		11. Hora del accidente <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.		12. Lugar donde ocurrió el accidente				13. Fecha del primer tratamiento	
Reclamos dentales		14. Indique qué dientes estuvieron involucrados en el accidente			15. Describa la condición de los dientes lesionados antes del accidente: <input type="checkbox"/> Entero, sano y relleno natural <input type="checkbox"/> tapado artificial <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
16. Tipo de lesión (indique parte del cuerpo lesionada, por ejemplo, brazo roto, esguince de tobillo, etc.)						¿La lesión resultó en la muerte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
17. Describa cómo ocurrió el accidente o la naturaleza de la enfermedad: proporcione todos los detalles posibles									
18. Cuál describe mejor la actividad: <input type="checkbox"/> Juego o práctica de deportes interescolares <input type="checkbox"/> No relacionado con la escuela <input type="checkbox"/> Hora de almuerzo fuera del campus <input type="checkbox"/> Hora de almuerzo en el campus <input type="checkbox"/> En el autobús escolar <input type="checkbox"/> Excursión patrocinada por la escuela <input type="checkbox"/> Viajar hacia/desde la escuela <input type="checkbox"/> En la propiedad de la escuela durante el horario escolar <input type="checkbox"/> Actividad patrocinada por la escuela durante el horario escolar <input type="checkbox"/> Otros _____									
19. Nombre de la persona que supervisa la actividad				¿Testigo de un accidente? <input type="checkbox"/> Sí		20. Tipo de Actividad o Deporte			
Firma del padre/tutor legal:					Firma del Funcionario Escolar:				
X Fecha:					X Fecha:				

**PARTE II – OTRA DECLARACIÓN DE SEGURO**

¿Usted/cónyuge/padre tiene atención médica/médica o el Reclamante está inscrito como individuo, empleado o miembro dependiente de una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) o un plan de atención médica prepagado similar, o cualquier otro tipo de cobertura de plan de accidentes/salud/enfermedad a través de su empleador u otra fuente sobre usted o, si corresponde, su hijo/hija tiene cobertura de atención médica como dependiente de su matrimonio anterior según lo exigido en un decreto de divorcio? Sí No

En caso afirmación, nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

Política # \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

Política # \_\_\_\_\_

Si corresponde, el nombre, la dirección y el número de teléfono del empleador principal del reclamante \_\_\_\_\_

Si corresponde, el nombre, la dirección y el número de teléfono del empleador principal de la madre \_\_\_\_\_

Si corresponde, el nombre, la dirección y el número de teléfono del empleador principal del padre \_\_\_\_\_

**SI EXISTEN OTROS PLANES DE SEGURO O DE ATENCIÓN MÉDICA, ENVÍE COPIAS DE SU EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS junto con su reclamo. SI NO EXISTE OTRO SEGURO O PLAN DE SALUD, POR FAVOR LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN.**

**Estoy de acuerdo en que en caso de que se determine en una fecha posterior que existe un seguro (o similar), para reembolsar HEALTH SPECIAL RISK, INC. , o la compañía de seguros en la medida de cualquier cantidad cobrable.**

Firma del padre/tutor legal:

Firma del Testigo:

X Fecha:

X Fecha:

**PARTE III – AUTORIZACIÓN PARA PAGAR BENEFICIOS AL PROVEEDOR**

**Por la presente, autorizo que los pagos médicos se realicen directamente a los médicos, hospitales o proveedores de servicios indicados en relación con este reclamo. (Si no está firmado, presente un comprobante de pago)**

**FIRMA** \_\_\_\_\_

Por la presente, autorizo a cualquier compañía de seguros, hospital, médico u otra persona que haya atendido o examinado al reclamante a divulgar cuando se le solicite hacerlo, toda la información con respecto a cualquier lesión, cobertura de póliza, historial médico, consulta, receta o tratamiento, y copias de todos los registros médicos o del hospital. Una copia fotográfica estática de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.

**DECLARACIONES DE FRAUDE****PARA RESIDENTES DE TODOS LOS ESTADOS QUE NO SEAN LOS QUE SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN:**

Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

**Alaska y Kentucky:** Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona presente una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa, incompleta o engañosa u oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho material para ello comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito y puede ser procesado bajo la ley estatal.

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

**Arkansas, Louisiana, Maryland, Virginia Occidental y Rhode Island: Advertencia:** Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

**California:** Para su protección, la ley de California requiere que aparezca lo siguiente en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.

**Colorado:** Es ilegal proporcionar a sabiendas hechos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que a sabiendas proporcione hechos o información falsos, incompletos o engañosos a un titular de póliza o reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o reclamante con respecto a un acuerdo o adjudicación pagadero de los ingresos del seguro se informará a la división de seguros de Colorado dentro del departamento de agencias reguladoras.

**Connecticut:** Este formulario debe completarse en su totalidad. Cualquier persona que intencionalmente tergiversar o intencionalmente no revele ningún hecho material relacionado con una lesión reclamada puede ser culpable de un delito grave.

**Delaware, Idaho, Indiana:** Cualquier persona que a sabiendas, y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente un reclamo de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

**Distrito de Columbia:** Advertencia: Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen prisión y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa materialmente relacionada con un reclamo.

**Florida: ADVERTENCIA :** Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

**Hawái:** Para su protección, la ley de Hawái requiere que se le informe que presentar un reclamo fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio es un delito punible con multas o encarcelamiento, o ambos.

**Georgia:** Cualquier persona física que a sabiendas o deliberadamente

1) Hace o ayuda a hacer cualquier declaración o representación falsa o fraudulenta de cualquier hecho o cosa material:

a) En cualquier declaración escrita;

b) En la presentación de una reclamación; o

c) En la recepción de dinero para una solicitud de póliza de seguro con el propósito de obtener o intentar obtener el pago de cualquier reclamo falso o fraudulento u otro beneficio por parte de un asegurador;

2) Recibe dinero con el propósito de comprar un seguro y convierte dicho dinero en beneficio propio de dichas personas;

3) Emite pólizas de seguro falsas o falsificadas, certificados de seguro, tarjetas de identificación de seguros o carpetas de seguros; o

4) Hace cualquier representación falsa o fraudulenta en cuanto a la muerte o discapacidad de un titular de póliza o certificado en cualquier declaración escrita con el propósito de obtener fraudulentamente dinero o beneficio de una aseguradora comete el delito de fraude de seguros.

**Maine:** Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o una denegación de beneficios de seguro.

**Michigan, Dakota del Norte, Dakota del Sur:** Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona presente una declaración de reclamación que contenga cualquier información materialmente falsa, u oculte con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho material de la misma, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y somete a la persona a sanciones penales y civiles.

**Minnesota:** Una persona que presenta un reclamo con la intención de defraudar o ayuda a cometer un fraude contra una aseguradora es culpable de un delito.

**Nevada:** Cualquier persona que presente a sabiendas una declaración de reclamo que contenga cualquier tergiversación o cualquier información falsa, incompleta o engañosa puede ser culpable de un acto criminal punible bajo la ley estatal o federal, o ambas, y puede estar sujeta a sanciones civiles.

**New Hampshire:** Cualquier persona que, con el propósito de lesionar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a un juicioamiento y castigo por fraude de seguros, según lo dispuesto en RSA 638: 20.

**Nueva Jersey:** Cualquier persona que a sabiendas presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

**Nuevo México y Pensilvania:** Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona presenta una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa u oculte con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho material de la misma comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.

**Nueva York:** Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga cualquier información materialmente falsa, u oculte con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho material al respecto, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y también estará sujeto a una multa civil que no exceda los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo. por cada una de esas violaciones.

**Ohio:** Cualquier persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presenta una solicitud o presenta un reclamo que contiene una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguros.

**Oklahoma: ADVERTENCIA:** Cualquier persona que a sabiendas, y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, hace cualquier reclamo por el producto de una póliza de seguro que contiene información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

**Oregon:** Advertencia: Cualquier persona que a sabiendas, y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otras personas, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculte con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho material de la misma, puede estar sujeta a enjuiciamiento por fraude de seguros.

**Tennessee, Virginia, Washington:** Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de beneficios de seguro.

**Texas:** Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.

A continuación se enumeran instrucciones y comentarios importantes sobre cómo presentar un reclamo.

**Nota: El período de beneficios es de 52 semanas a partir de la fecha del accidente**

**SU FORMULARIO DE RECLAMACIÓN**

1. Este formulario de reclamo debe completarse por completo y enviarse dentro de los 90 días posteriores a la fecha de la lesión. Asegúrese de responder y completar la sección relativa a "OTRADECLARACIÓN DE SEGURO", marcando sí o no, y firmando la línea de autorización, para que **HSR** y los médicos / hospital puedan comunicarse con respecto a su reclamo.

**Los formularios de reclamación incompletos son una de las razones más frecuentes por las que los pagos de reclamaciones se retrasan.**

2. Solo se debe presentar un formulario de reclamo por cada accidente.
3. Una vez completado, envíe un correo electrónico, fax o haga una fotocopia para sus registros, y envíelo por correo a la dirección que se muestra a continuación.
4. NO asuma que nadie más enviará por correo este formulario de reclamo a **HSR** por usted.

**SUS FACTURAS**

1. Por favor, informe a todos los médicos / hospitales con respecto a esta cobertura para que puedan enviarnos sus facturas detalladas.
2. Si ya ha ido al médico / hospital y no sabía sobre esta cobertura, envíe todas las facturas detalladas a **HSR** a la dirección que se muestra a continuación.
3. Las facturas deben incluir el nombre del médico / hospital, su dirección postal completa, número de teléfono, la fecha en que fue visto por el médico / hospital, para qué lo vio el médico (diagnóstico) y los cargos detallados específicos (descripción del tratamiento y cantidad) incurridos (incluido el código CPT / procedimiento).
4. Si esta información no está en la factura cuando la envíe, tendremos que comunicarnos con el médico / hospital, lo que retrasará la revisión de su reclamo. Las declaraciones de "Saldo adeudado" o "Saldo a futuro" no contienen información suficiente para completar su reclamo.

**SEGURO DE FRANQUICIA**

1. Esta póliza proporciona cobertura sobre una base secundaria/excesiva. Si tiene alguna otra cobertura de seguro primario, primero debe enviar las facturas a su seguro principal.
2. **HSR** considerará los beneficios después de que su otro seguro primario haya procesado el reclamo.
3. Requeriremos una copia de su explicación de beneficios (EOB) de su seguro primario que debe recibir de su seguro primario para informarle lo que se pagó o se negó, y la razón(s) por qué.
4. **HSR** no podrá considerar su reclamo sin esta información.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente al (866) 409-5734. Están disponibles de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. hora central, de lunes a viernes. También puede reenviar cualquier documento por fax al (972) 512-5818.

***Riesgo Especial para la Salud, Inc.***

Correo electrónico : [K12claims@hsri.com](mailto:K12claims@hsri.com)

Número de fax: (972) 512-5818

apartados postales 117558

Carrollton, Texas 75011-7558

Teléfono: (972) 512-5600 Llamada gratuita (866) 409-5734