

**PSIC  
PRAIRIE STATE INSURANCE  
COOPERATIVE  
2018 - 2019**



**STUDENT ACCIDENT  
INSURANCE CLAIM FORMS**

**Enclosed please find student accident insurance claim forms to be used for student accidents that occur during school sponsored and supervised activities for the 2018-2019 school year.**

**Kindly discard past claim forms.**

**Questions: Call Plan Administrator  
Zevitz Student Accident Insurance Services, Inc.  
312-346-7460 or 847-374-0888**

**PLEASE READ THIS INFORMATION CAREFULLY. It is important.**

**PLEASE FOLLOW THESE INSTRUCTIONS TO FILE A CLAIM**

**ALL INFORMATION MUST BE PROVIDED IN ORDER FOR CLAIM TO BE PROCESSED. PROCESSING OF YOUR CLAIM WILL BE DELAYED IF COMPLETE INFORMATION IS NOT RECEIVED**

**NOTE:** The accident policy benefits are limited and may not provide 100% coverage. Accident medical expense coverage under this policy is provided on an Excess Basis and benefits will only be paid under this plan after your own personal or group insurance has paid out its benefits. The maximum benefit for physician's outpatient treatment in connection with physical therapy and/or spinal manipulation is \$1,000 per non-surgical injury for coverage purchased by the school. Completion of a claim form does not guarantee benefit payment. Each claim is reviewed according to the policy provisions.

**Claim Guidelines: The following claim guidelines must be followed.**

◆ Answer all questions in detail (including all signatures on the front and back of the form). A claim form needs to be completed for each accident.

◆ If you have other insurance, submit your claim to your other insurer. When you receive the explanation of benefits (sample attached) notice from your primary carrier, send it to us along with the corresponding HCFA/UB04 medical bills and with the fully completed claim form. You must submit the provider's medical bills; balance due statements will not be processed. Medical bills must include the procedure & diagnosis code along with the Provider's federal identification number. These bills are:

- 1) HCFA-1500 (standard form used by Providers; sample attached)
- 2) UB-04 or UB-92 (standard form used by Hospitals sample attached)
- 3) ADA Dental Claim Form (All dental bills must be submitted through your primary insurance's medical and dental plans first before submitting the bills to WebTPA)

It would be helpful if the following was given to all providers the injured person is seeking treatment from:

1. WebTPA contact information
2. Policy number found on the claim form

This way the providers of service can work directly with the claim office and provide them with the correct billing forms (itemized bill to include procedure & diagnosis code and tax id number) needed to process a claim.

◆ If you already paid the medical bill, include a paid receipt or a copy of your cancelled check at the same time you submit the medical bill. Otherwise payment will be made to the providers of service (Hospital, Physician or Others).

◆ Send all correspondence to WebTPA, Inc., P.O. Box 2415 Grapevine, TX 76099-2415. The claim form must be sent within 90 days of the date you first received medical care. Any bills not filed with the claim form should be sent, within 90 days of the date you received medical care, to the Company identified with claimant's name, Organization or School name and date of Accident.

◆ If you change your address, please notify WebTPA, Inc. by sending notification to WebTPA so that there is no delay in processing any claims.

◆ Please contact WebTPA, Inc. by calling 866-975-9468 if you would like to check the status of your claim or if you have any questions on how your claim was processed or the benefit paid.

#### **Common Causes For Delays In Processing Claims**

1. Claim Forms Not Completed In Full or Not Submitted.
2. Balance Due, Balance Forward, or Past Due Statements Submitted for Bills.
3. Explanation of Benefits from Primary Carrier Not Provided with the Bills.

**KEEP COPIES OF ALL CLAIM FORMS, MEDICAL BILLS, AND CORRESPONDENCE FOR YOUR OWN RECORDS UNTIL YOUR CLAIM HAS BEEN PROCESSED.**

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

PLEASE PRINT OR TYPE

PLEASE PRINT OR TYPE

UB-04

PLEASE PRINT OR TYPE

SAMPLE EOB (EXPLANATION OF BENEFITS)

**UNITEDHEALTHCARE SERVICE LLC**  
**GREENSBORO SERVICE CENTER**  
 P O BOX 740800  
 ATLANTA, GA 30374-0800  
 PHONE: 1-800-838-8010  
 VISIT WWW.UHHC.COM FOR SELF SERVICE

**UnitedHealthcare**  
 A UnitedHealth Group Company

PAGE: 1 OF 1  
 DATE: 04/23/10  
 SSN/ID #:  
 EMPLOYEE:  
 CONTRACT:  
 BENEFIT PLAN: PFI3228 INC

### EXPLANATION OF BENEFITS

1 CLAIM IDENTIFICATION	2 3 4 5 6 7 8 SERVICE DETAIL	9 10 11 12 13
CLAIM NUMBER	PERMITTED SERVICES DATE OF SERVICE AMOUNT CHARGED AMOUNT COVERED AMOUNT ALLOWED COINSURANCE PLAN CATEGORIES BENEFIT AVAILABLE REMARK CODES	
9081512101	MEDICAL SERVICES 03/19/10 TOTAL 379.00 379.00 297.83 81.17 81.17 80% 64.94 64.94 4C	
	MEDICARE PAID 44.64 PLAN PAYS 20.30	

(-) INDICATES PAYMENT ASSIGNED TO PROVIDER

REMARK CODE(S) LISTED BELOW ARE REFERENCED IN THE "SERVICE DETAIL" SECTION UNDER THE HEADING "REMARK CODE"  
 (4C) THIS PLAN DETERMINES BENEFITS ONCE MEDICARE MAKES PAYMENT. IF MEDICARE PAYS LESS THAN THIS PLAN'S BENEFIT, THIS PLAN WILL CONSIDER THE DIFFERENCE. THIS PLAN'S ALLOWABLE BENEFITS ARE BASED ON THE MEDICARE APPROVED AMOUNT IF THE PHYSICIAN OR PROVIDER ACCEPTED MEDICARE'S ASSIGNMENT OR ON THE LIMITING CHARGE IF THEY DID NOT ACCEPT THE ASSIGNMENT. THE PATIENT IS RESPONSIBLE FOR THE DIFFERENCE BETWEEN THE ALLOWABLE AMOUNT AND THE TOTAL AMOUNT PAID BY BOTH PLANS. THE PATIENT MUST PAY ANY APPLICABLE PLAN DEDUCTIBLES AND COPAYS BEFORE THIS PLAN CAN PAY ANY BENEFITS.

DAILY COINSURANCE		\$20.30
-------------------	--	---------

PLAN YEAR	COVERAGE TYPE	MAXIMUM BENEFIT
2010	FAMILY	\$1000.00
	INDIV	\$500.00



STUDENT ACCIDENT INSURANCE CLAIM FORM
SIGNED CLAIM FORM IS REQUIRED

- 1. PLEASE FULLY COMPLETE THIS FORM PAGE 1 & PAGE 2
2. ATTACH HCFA/UB04-MEDICAL BILLS & EOBS FROM ANY OTHER INSURANCE YOU HAVE
3. SEND ALL CORRESPONDENCE TO:

WEB-TPA
P.O. Box 2415
Grapevine, TX 76099-2415
Toll-Free: 866-975-9468
Fax: 469-417-1969
Email: benefit.assist@webtpa.com

IMPORTANT NOTICE:
Your insurance plan is designed to provide maximum benefits for minimum premium. This plan of insurance is secondary to any health insurance you have. If you have other insurance, submit your claim (health and/or dental) to your other insurer. When you receive their Benefit Statement, send it to us along with your HCFA/UB04 (medical bills) and this completed form. Note: The accident policy benefits are limited and may not provide 100% coverage.

< IF PART 1-A & PART 1-B ARE NOT COMPLETED IN FULL THIS CLAIM CANNOT BE PROCESSED AND WILL BE RETURNED >

PART 1-A - TO BE COMPLETED IN FULL BY THE ORGANIZATION/SCHOOL

Organization/School District Name Prairie State Insurance Cooperative Policy Number 13-0248-18
District Name Phone No. ( )
Address Email
Type of Activity/Sport

If Athletics, designate P.E. Class Intramural Interscholastic Game Jr. Varsity Varsity
Youth Adult Practice Other

Name of injured person/student
Date of Accident Accident Time
Date of First Treatment Has treatment been completed? Yes No
Where and how did accident occur? (Please be specific)

Part of body Injured Right or Left At the time of the accident, was the claimant involved in a sponsored and supervised activity and were they a current student/member of the Organization/School District? Yes No

Under whose supervision? Was he/she a witness? Yes No
Authorized Signature Title Date
(MUST BE SIGNED BY AN ORGANIZATION/SCHOOL OFFICIAL UNLESS INJURY DID NOT OCCUR DURING AN ORGANIZATION/SCHOOL ACTIVITY. SIGNATURE IS REQUIRED)

PART 1-B - TO BE COMPLETED IN FULL BY CLAIMANT - OR BY PARENT/LEGAL GUARDIAN IF CLAIMANT IS A MINOR

Injured Party/Student Legal Name Preferred/Nickname:
Date of Birth Age Grade Level Male Female

Address of Injured Person or Parents/Guardian
Phone No. ( ) Email Address
If Injured party is over age 18: Employer Name and Address

Phone No. ( ) Self Employed Unemployed
Father/Guardian Name
Employer Name and Address Phone No. ( )
Self Employed Unemployed

PLEASE CONTINUE TO THE NEXT PAGE OF THE FORM WHICH MUST BE COMPLETED IN FULL

Mother/Guardian Name \_\_\_\_\_

Employer Name and Address \_\_\_\_\_ Phone No. (     ) \_\_\_\_\_

Self Employed     Unemployed

Is claimant covered under any other medical and or dental insurance policy?     Yes     No

Is claimant covered under a government sponsored insurance such as Medicare/Medicaid?     Yes     No

Name of all companies providing claimant insurance coverage or prepaid health plans

Name of Company	Address	Policy #

Are benefits due for this claim under these other insurance coverages?     Yes     No (See IMPORTANT NOTICE at top of form on page 1)

Does your son or daughter have medical insurance coverage as an eligible dependent from a previous marriage as mandated in a divorce decree?     Yes     No    If yes, please give name, address and phone number of responsible party \_\_\_\_\_

**AFFIDAVIT:** I verify that the above statement on other insurance is accurate and complete. I understand that the intentional furnishing of incorrect information via the U.S. Mail may be fraudulent and violate federal laws as well as state laws. I agree that it is determined at a later date that there are other insurance benefits collectible on this claim I will reimburse Gerber Life Insurance Company to the extent for which Gerber Life Insurance Company would not have been liable.

Signature: Injured Person, Parent or Guardian \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
*SIGNATURE IS REQUIRED*

**AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION:** I hereby authorize any employer, health plan, insurance company, hospital, physician, health care profession, clinic, laboratory, pharmacy, medical facility or other person that has provided treatment, payment, or services in connection with this claim to disclose, when requested to do so, all information with respect to any injury, policy coverage, medical history, consultations, prescription or treatment, and copies of all hospital or medical records and itemized bills to WebTPA, Inc. and Gerber Life Insurance Company, it's agents, employees and representatives.

I hereby authorize WebTPA, Inc. to discuss any information related to medical expenses incurred or treatments rendered in connection with this claim, with Special Markets Insurance Consultants, Inc. representatives and their assigned agents and to officials at the school or organization through which this policy is issued. A photo static copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

Signature: Injured Person, Parent or Guardian \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## FRAUD NOTICE STATEMENTS

**NOTICE TO APPLICANTS:** "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."

**RESIDENTS OF ALABAMA APPLICANTS:** "ANY PERSON WHO KNOWINGLY PRESENTS A FALSE OR FRAUDULENT CLAIM FOR PAYMENT OF A LOSS OR BENEFIT OR WHO KNOWINGLY PRESENTS FALSE INFORMATION IN AN APPLICATION FOR INSURANCE IS GUILTY OF A CRIME AND MAY BE SUBJECT TO RESTITUTION, FINES, OR CONFINEMENT IN PRISON, OR ANY COMBINATION THEREOF."

**RESIDENTS OF ALASKA APPLICANTS:** "A PERSON WHO KNOWINGLY AND WITH INTENT TO INJURE, DEFRAUD OR DECEIVE AN INSURANCE COMPANY FILES A CLAIM CONTAINING FALSE, INCOMPLETE OR MISLEADING INFORMATION MAY BE PROSECUTED UNDER STATE LAW."

**RESIDENTS OF ARKANSAS APPLICANTS:** "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."

**RESIDENTS OF ARIZONA APPLICANTS:** "FOR YOUR PROTECTION ARIZONA LAW REQUIRES THE FOLLOWING STATEMENT TO APPEAR ON THIS FORM. ANY PERSON WHO KNOWINGLY PRESENTS A FALSE OR FRAUDULENT CLAIM FOR PAYMENT OF A LOSS IS SUBJECT TO CRIMINAL AND CIVIL PENALTIES."

**RESIDENTS OF COLORADO APPLICANTS:** "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."

**RESIDENTS OF CALIFORNIA APPLICANTS:** "FOR YOUR PROTECTION CALIFORNIA LAW REQUIRES THE FOLLOWING TO APPEAR ON THIS FORM. ANY PERSON WHO KNOWINGLY PRESENTS 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."

**RESIDENTS OF DELAWARE APPLICANTS:** "ANY PERSON WHO KNOWINGLY, AND WITH INTENT TO INJURE, DEFRAUD OR DECEIVE ANY INSURER, FILES A STATEMENT OF CLAIM CONTAINING ANY FALSE, INCOMPLETE OR MISLEADING INFORMATION IS GUILTY OF A FELONY."

**RESIDENTS OF DISTRICT OF COLUMBIA APPLICANTS:** "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."

**RESIDENTS OF FLORIDA APPLICANTS:** "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."

**RESIDENTS OF IDAHO APPLICANTS:** "ANY PERSON WHO KNOWINGLY, AND WITH INTENT TO DEFRAUD OR DECEIVE ANY INSURANCE COMPANY, FILES A STATEMENT OF CLAIM CONTAINING ANY FALSE, INCOMPLETE, OR MISLEADING INFORMATION IS GUILTY OF A FELONY."

**RESIDENTS OF INDIANA APPLICANTS:** "A PERSON WHO KNOWINGLY AND WITH INTENT TO DEFRAUD AN INSURER FILES A STATEMENT OF CLAIM CONTAINING ANY FALSE, INCOMPLETE, OR MISLEADING INFORMATION COMMITS A FELONY."

**RESIDENTS OF KENTUCKY APPLICANTS:** "ANY PERSON WHO KNOWINGLY AND WITH INTENT TO DEFRAUD ANY INSURANCE COMPANY OR OTHER PERSON FILES A 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."

**RESIDENTS OF LOUISIANA APPLICANTS:** "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."

**RESIDENTS OF MAINE APPLICANTS:** "IT IS A CRIME TO KNOWINGLY PROVIDE FALSE, INCOMPLETE OR MISLEADING INFORMATION TO AN INSURANCE COMPANY FOR THE PURPOSE OF DEFRAUDING THE COMPANY. PENALTIES MAY INCLUDE IMPRISONMENT, FINES OR A DENIAL OF INSURANCE BENEFITS."

**RESIDENTS OF MARYLAND APPLICANTS:** "ANY PERSON WHO KNOWINGLY AND WILLFULLY PRESENTS A FALSE OR FRAUDULENT CLAIM FOR PAYMENT OF A LOSS OR BENEFIT OR WHO KNOWINGLY AND WILLFULLY PRESENTS FALSE INFORMATION IN AN APPLICATION FOR INSURANCE IS GUILTY OF A CRIME AND MAY BE SUBJECT TO FINES AND CONFINEMENT IN PRISON."

**RESIDENTS OF MINNESOTA APPLICANTS:** "A PERSON WHO FILES A CLAIM WITH INTENT TO DEFRAUD OR HELPS COMMIT A FRAUD AGAINST AN INSURER IS GUILTY OF A CRIME."

**RESIDENTS OF NEVADA APPLICANTS:** ANY PERSON WHO KNOWINGLY FILES A STATEMENT OF CLAIM CONTAINING ANY MISREPRESENTATION OR ANY FALSE, INCOMPLETE OR MISLEADING INFORMATION MAY BE GUILTY OF A CRIMINAL ACT PUNISHABLE UNDER STATE OR FEDERAL LAW, OR BOTH, AND MAY BE SUBJECT TO CIVIL PENALTIES."

**RESIDENTS OF NEW HAMPSHIRE APPLICANTS:** "ANY PERSON WHO, WITH A PURPOSE TO INJURE, DEFRAUD, OR DECEIVE ANY INSURANCE COMPANY, FILES A STATEMENT OF CLAIM CONTAINING ANY FALSE, INCOMPLETE, OR MISLEADING INFORMATION IS SUBJECT TO PROSECUTION AND PUNISHMENT FOR INSURANCE FRAUD, AS PROVIDED IN RSA 638:20."

**RESIDENTS OF NEW JERSEY APPLICANTS:** "ANY PERSON WHO KNOWINGLY FILES A STATEMENT OF CLAIM CONTAINING ANY FALSE OR MISLEADING INFORMATION IS SUBJECT TO CRIMINAL AND CIVIL PENALTIES."

**RESIDENTS OF NEW MEXICO APPLICANTS:** "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."

**RESIDENTS OF NEW YORK APPLICANTS:** "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."

**RESIDENTS OF OHIO APPLICANTS:** "ANY PERSON WHO, WITH INTENT TO DEFRAUD OR KNOWING THAT HE IS FACILITATING A FRAUD AGAINST ANY INSURER, SUBMITS AN APPLICATION OR FILES A CLAIM CONTAINING A FALSE OR DECEPTIVE STATEMENT IS GUILTY OF INSURANCE FRAUD."

**RESIDENTS OF OKLAHOMA APPLICANTS:** "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."

**RESIDENTS OF OREGON APPLICANTS:** "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 MAY BE SUBJECT TO PROSECUTION FOR INSURANCE FRAUD."

**RESIDENTS OF PENNSYLVANIA APPLICANTS:** "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."

**RESIDENTS OF RHODE ISLAND APPLICANTS:** "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."

**RESIDENTS OF TENNESSEE APPLICANTS:** "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."

**RESIDENTS OF TEXAS APPLICANTS:** "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."

**RESIDENTS OF VIRGINIA APPLICANTS:** "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."

**RESIDENTS OF WASHINGTON APPLICANTS:** "IT IS A CRIME TO KNOWINGLY PROVIDE FALSE, INCOMPLETE, OR MISLEADING INFORMATION TO AN INSURANCE COMPANY FOR THE PURPOSES OF DEFRAUDING THE COMPANY. PENALTIES INCLUDE IMPRISONMENT, FINES, AND DENIAL OF INSURANCE BENEFITS."

**RESIDENTS OF WEST VIRGINIA APPLICANTS:** "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."



**Gerber Life  
Insurance Company**

## FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE SEGURO DE ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES SE REQUIERE EL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN FIRMADO

1. LLENE COMPLETAMENTE LA PÁGINA 1 Y LA PÁGINA 2 DE ESTE FORMULARIO
2. ADJUNTE LAS FACTURAS DETALLADAS Y LAS EXPLICACIONES DE LOS BENEFICIOS DE LA ASEGURADORA PRINCIPAL
3. CONSULTE EL REVERSO PARA OBTENER INSTRUCCIONES ADICIONALES
4. ENVÍE TODA LA CORRESPONDENCIA A:

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

Número gratuito: 866-975-9468  
Correo electrónico: [benefit.assist@webtpa.com](mailto:benefit.assist@webtpa.com)

### AVISO IMPORTANTE:

Su plan de seguro está diseñado para proporcionar los máximos beneficios por una prima mínima. Este plan de seguro es secundario a cualquier seguro médico que tenga. Si usted tiene otro seguro, presente su reclamación a su otra compañía de seguros. Cuando reciba este formulario completado, **CONSULTE EL REVERSO PARA OBTENER INSTRUCCIONES ADICIONALES SOBRE CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN.** Nota: Los beneficios de la póliza de accidentes son limitados y es posible que no proporcionen el 100% de cobertura.

◀ SI LA PARTE 1-A Y LA PARTE 1-B NO SE LLENAN POR COMPLETO, ESTA RECLAMACIÓN NO SE PODRÁ PROCESAR Y SE DEVOLVERÁ ▶

### PARTE 1-A: LA ORGANIZACIÓN/ESCUELA LA DEBE LLENAR POR COMPLETO

Nombre de la organización/del distrito escolar Prairie State Insurance Cooperative Número de póliza 13-0248-18

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ N.º de teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tipo de actividad/deporte \_\_\_\_\_

Si es Atletismo, nombre  Clase de educación física  Interno  Intercolegial  Juego  Equipo universitario júnior  Equipo universitario  
 Joven  Adulto  Práctica  Otro \_\_\_\_\_

Fecha del accidente \_\_\_\_\_ Hora del accidente \_\_\_\_\_ Fecha del primer tratamiento \_\_\_\_\_

Dónde y cómo ocurrió el accidente? (sea específico) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Parte del cuerpo lesionada \_\_\_\_\_ En el momento del accidente, estaba el reclamante involucrado en una actividad patrocinada y supervisada y era un estudiante/miembro actual de la organización/el distrito escolar  Sí  No

Bajo la supervisión de quién? \_\_\_\_\_ Fue testigo?  Sí  No

Firma autorizada \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

(DEBE ESTAR FIRMADO POR UN FUNCIONARIO DE LA ORGANIZACIÓN/ESCUELA, A MENOS QUE LA LESIÓN NO SE HAYA PRODUCIDO DURANTE UNA ACTIVIDAD DE LA ORGANIZACIÓN/ESCUELA. LA FIRMA ES OBLIGATORIA.)

### PARTE 1-B: LO DEBE LLENAR POR COMPLETO EL RECLAMANTE; O SU MADRE/PADRE/TUTOR LEGAL SI EL RECLAMANTE ES MENOR DE EDAD

Nombre del reclamante \_\_\_\_\_ N.º del seguro social \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado escolar \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Dirección del reclamante o su madre/padre/tutor legal \_\_\_\_\_

N.º de teléfono ( ) \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del médico de cabecera \_\_\_\_\_

N.º de teléfono ( ) \_\_\_\_\_ ¿Se ha completado el tratamiento?  Sí  No

Nombre del reclamante o su padre/tutor legal \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del empleador \_\_\_\_\_ N.º de teléfono ( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  Autónomo  Desempleado

Nombre del reclamante o su madre/tutor legal \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del empleador \_\_\_\_\_ N.º de teléfono ( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  Autónomo  Desempleado

El reclamante está cubierto por alguna otra póliza de seguro médico y/o dental?  Sí  No

El reclamante está cubierto por un seguro patrocinado por el gobierno como Medicare/Medicaid?  Sí  No

**CONTINÚE CON LA PRÓXIMA PÁGINA DEL FORMULARIO QUE SE DEBE LLENAR POR COMPLETO**



Nombre de todas las compañías que le proporcionan al reclamante cobertura de seguro o planes médicos prepagos

Nombre de la compañía

Dirección

Póliza N.º

Los beneficios están sujetos a esta reclamación según estas otras coberturas de seguro?  Sí  No (Consulte el AVISO IMPORTANTE en la parte superior del formulario en la página 1)

Su hijo o hija tiene cobertura de seguro médico como dependiente elegible de un matrimonio anterior según lo ordenado en un decreto de divorcio?  Sí  No Si respondió que sí, proporcione el nombre, la dirección y el número de teléfono de la parte responsable \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN JURADA:** Verifico que la declaración anterior sobre el otro seguro es exacta y completa. Comprendo que el hecho de proporcionar intencionalmente información incorrecta a través del correo estadounidense puede ser fraudulento y puede infringir las leyes federales y estatales. Acepto que de determinarse en una fecha posterior que existen otros beneficios de seguro que podrían indemnizarse en esta reclamación, reembolsaré a Gerber Life Insurance Company en la medida en que esta no fuera responsable por los mismos.

Firma: Reclamante, madre/padre o tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

LA FIRMA ES OBLIGATORIA

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN:** Por medio del presente, autorizo a cualquier empleado, plan médico, compañía de seguros, hospital, médico, profesional de atención médica, clínica, laboratorio, farmacia, instalación médica u otra persona que haya proporcionado tratamiento, pago o servicios en relación con esta reclamación, a divulgar, cuando se lo soliciten, toda la información relativa a las lesiones, coberturas de póliza, historiales médicos, consultas, recetas o tratamientos, y las copias de todos los registros hospitalarios o médicos, y las facturas detalladas a WebTPA, Inc. y Gerber Life Insurance Company, sus agentes, empleados y representantes.

Por medio del presente, autorizo a WebTPA, Inc. a debatir toda la información relacionada con los gastos médicos en los que se incurra o los tratamientos proporcionados en relación con esta reclamación, con los representantes de Special Markets Insurance Consultants, Inc. y sus agentes asignados, y con los funcionarios de la escuela u organización a través de la cual se emita esta póliza. Una fotocopia estática de esta autorización se considerará igual de eficaz y válida que la original.

Firma: Reclamante, madre/padre o tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## LEER

### SIGA ESTAS INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN SE DEBE PROPORCIONAR TODA LA INFORMACIÓN PARA QUE SE PROCESA LA RECLAMACIÓN

**NOTA:** Los beneficios de la póliza de accidentes son limitados y es posible que no proporcionen el 100% de cobertura. El beneficio máximo para el tratamiento ambulatorio por parte del médico en relación con la fisioterapia o la manipulación espinal es de \$ 1000 por lesión no quirúrgica para la cobertura adquirida por la escuela. El hecho de completar un formulario de reclamación no garantiza el pago de los beneficios. Cada reclamación se revisa conforme a las disposiciones de la póliza.

♦Responda todas las preguntas de forma detallada (incluya también su firma en todos los espacios requeridos del anverso y reverso del formulario). Es necesario completar un formulario de reclamación por cada accidente.

♦Si usted tiene otro seguro, presente su reclamación a su otra compañía de seguros. Cuando reciba la notificación de explicación de beneficios de su aseguradora principal, envíenla junto con las facturas detalladas correspondientes y el formulario de reclamación lleno por completo. Debe presentar las facturas detalladas: los resúmenes de saldo adeudado no se procesarán. Las facturas detalladas incluyen:

- 1) HCFA-1500 (formulario estándar utilizado por los proveedores)
- 2) UB-04 o UB-92 (formulario estándar utilizado por los hospitales)

♦Si ya pagó la factura, incluya un recibo de pago o una copia de su cheque cancelado. De lo contrario, el pago se realizará a los proveedores del servicio (hospital, médico u otros), a menos que adjunte a la factura un recibo de pago cuando envíe la reclamación.

♦Envíe toda la correspondencia a WebTPA, Inc., P.O. Box 2415 Grapevine, TX 76099-2415. El formulario de reclamación se debe enviar en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que recibió atención médica por primera vez. Las facturas que no se presenten con el formulario de reclamación se deben enviar, en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que recibió atención médica, a la compañía identificada con el nombre del reclamante, el nombre de la organización o escuela, y la fecha del accidente.

♦Si cambia su dirección, notifique a WebTPA, Inc. por medio de una notificación a WebTPA, para que no haya demoras al procesar las reclamaciones.

♦Comuníquese con WebTPA, Inc. llamando al número 866-975-9468, si desea comprobar el estado de su reclamación o si tiene preguntas sobre cómo se procesó su reclamación o se pagó el beneficio.

#### Causas comunes de las demoras en el procesamiento de reclamaciones

1. Formularios de reclamación no enviados o incompletos.
2. Resúmenes de saldo adeudado, saldo pendiente o vencimiento presentados en lugar de las facturas.
3. Explicación de beneficios de la compañía principal no proporcionada con las facturas.

**CONSERVE EN SUS ARCHIVOS LAS COPIAS DE TODOS LOS FORMULARIOS DE RECLAMACIÓN, LAS FACTURAS Y LA CORRESPONDENCIA, HASTA QUE SE HAYA PROCESADO SU RECLAMACIÓN.**

## DECLARACIONES DE AVISO DE FRAUDE

**AVISO PARA LOS SOLICITANTES:** "TODA PERSONA QUE, CON PLENO CONOCIMIENTO Y CON LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS O A OTRA PERSONA, COMPLETE UNA SOLICITUD DE SEGURO O DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTENGA INFORMACIÓN MANIFIESTAMENTE FALSA O QUE OCULTE, CON LA FINALIDAD DE INDUCIR A ERROR, INFORMACIÓN CONCERNIENTE A CUALQUIER HECHO QUE RESULTE IMPORTANTE PARA EL MISMO, COMETE UN DELITO DE FRAUDE CONTRA UNA ASEGURADORA, LO QUE CONSTITUYE UN DELITO Y DEJA A TAL PERSONA SUJETA A SANCIONES PENALES O CIVILES".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE ALABAMA:** "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTA UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTE PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O UN BENEFICIO, O QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTA INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS DE RESARCIMIENTO, A ENCARCELAMIENTO, O UNA COMBINACIÓN DE AMBAS SANCIONES".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE ALASKA:** "UNA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO Y LA INTENCIÓN DE PERJUDICAR, ESTAFAR O ENGAÑAR A CUALQUIER ASEGURADORA, COMPLETE UNA RECLAMACIÓN QUE CONTENGA INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR PODRÍA SER PROCESADA JUDICIALMENTE POR DELITO CONFORME A LA LEY ESTATAL".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE ARKANSAS:** "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTA UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTE PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO, O QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTA INFORMACIÓN FALSA EN EL MARCO DE UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE ARIZONA:** "PARA SU PROTECCIÓN, LA LEY DE ARIZONA REQUIERE QUE LA SIGUIENTE DECLARACIÓN APAREZCA EN ESTE FORMULARIO. TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTA UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTE PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA ESTARÁ SUJETA A MULTAS PENALES Y CIVILES".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE COLORADO:** "ES ILEGAL PROPORCIONAR HECHOS O INFORMACIÓN FALSOS, INCOMPLETOS O QUE INDUZCAN A ERROR, CON PLENO CONOCIMIENTO, A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON EL PROPÓSITO DE ENGAÑARLA O INTENTAR HACERLO. LAS PENALIDADES INCLUYEN PRISIÓN, MULTAS, DENEGACIÓN DEL SEGURO Y DAÑOS CIVILES. TODA COMPAÑÍA DE SEGUROS O AGENTE DE UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PROPORCIONE HECHOS O INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR A UN TITULAR DE UNA PÓLIZA O DE UNA RECLAMACIÓN CON EL PROPÓSITO DE ENGAÑAR O INTENTAR ENGAÑAR A TAL TITULAR DE LA PÓLIZA O DE UNA RECLAMACIÓN CON RESPECTO A UN ACUERDO ENTRE PARTES O SUBSIDIO A PAGAR COMO RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS DE LA ASEGURADORA, SERÁ DENUNCIADO A LA DIVISIÓN DE SEGUROS DEL DEPARTAMENTO DE ORGANISMOS REGULATORIOS DE COLORADO".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE CALIFORNIA:** "PARA SU PROTECCIÓN, LA LEY DE CALIFORNIA REQUIERE QUE EN ESTE FORMULARIO APAREZCA LO SIGUIENTE. TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTA UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTE PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE DELAWARE:** "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO Y LA INTENCIÓN DE PERJUDICAR, ESTAFAR O ENGAÑAR A CUALQUIER ASEGURADORA, PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTENGA INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE".

**SOLICITANTES RESIDENTES DEL DISTRITO DE COLUMBIA:** "ADVERTENCIA: PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA O QUE INDUZCA A ERROR A UNA ASEGURADORA CON EL PROPÓSITO DE ENGAÑAR A TAL ASEGURADORA O A CUALQUIER OTRA PERSONA CONSTITUYE UN DELITO. LAS PENALIDADES INCLUYEN PRISIÓN O MULTAS. ADEMÁS, LAS ASEGURADORAS PUEDEN NEGARSE A PAGAR BENEFICIOS DE SEGUROS SI EL SOLICITANTE PROPORCIONÓ INFORMACIÓN FALSA QUE SE RELACIONA SUSTANTIVAMENTE CON UNA RECLAMACIÓN".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE FLORIDA:** "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO E INTENCIÓN DE PERJUDICAR, ESTAFAR O ENGAÑAR A UNA ASEGURADORA PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN O UNA SOLICITUD QUE CONTENGA INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE EN TERCER GRADO".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE IDAHO:** "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO Y LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR O ENGAÑAR A CUALQUIER ASEGURADORA, PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTENGA INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE INDIANA:** "UNA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO Y LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR A UNA ASEGURADORA, PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTENGA INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE KENTUCKY:** "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO Y CON LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR A CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS O A OTRA PERSONA, PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTENGA CUALQUIER INFORMACIÓN "MANIFIESTAMENTE" FALSA, O QUE OCULTE CON EL FIN DE INDUCIR A ERROR, CUALQUIER INFORMACIÓN RELATIVA A UN HECHO QUE RESULTE DE IMPORTANCIA PARA EL MISMO, COMETE UN ACTO DE FRAUDE DE SEGURO, LO CUAL CONSTITUYE UN DELITO".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE Luisiana:** "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTA UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTE PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO, O QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTA INFORMACIÓN FALSA EN EL MARCO DE UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE MAINE:** "PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON EL PROPÓSITO DE DEFRAUDARLA CONSTITUYE UN DELITO. LAS PENALIDADES INCLUYEN ENCARCELAMIENTO, MULTAS O DENEGACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE MARYLAND:** "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO O VOLUNTAD PRESENTE UNA RECLAMACIÓN DE PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO QUE SEA FALSA O FRAUDULENTE, O QUE CON PLENO CONOCIMIENTO O VOLUNTAD PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN EL MARCO DE UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE MINNESOTA:** "TODA PERSONA QUE PRESENTE UNA RECLAMACIÓN CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR O SABRIENDO QUE FACILITA UN FRAUDE CONTRA UNA ASEGURADORA, ES CULPABLE DE UN DELITO".

**SOLICITANTES RESIDENTES DE NEVADA:** TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTENGA UNA DECLARACIÓN FALSA O INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR ES CULPABLE DE UN DELITO SANCIONABLE SEGÚN LA LEY ESTATAL O FEDERAL, O AMBAS, Y PUEDE QUEDAR SUJETA A PENALIDADES CIVILES".

Nombre de todas las compañías que le proporcionan al reclamante cobertura de seguro o planes médicos prepagos

Nombre de la compañía	Dirección	Póliza N.º

Los beneficios están sujetos a esta reclamación según estas otras coberturas de seguro?  Sí  No (Consulte el AVISO IMPORTANTE en la parte superior del formulario en la página 1)

Su hijo o hija tiene cobertura de seguro médico como dependiente elegible de un matrimonio anterior según lo ordenado en un decreto de divorcio?  Sí  No Si respondió que sí, proporcione el nombre, la dirección y el número de teléfono de la parte responsable \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN JURADA:** Verifico que la declaración anterior sobre el otro seguro es exacta y completa. Comprendo que el hecho de proporcionar intencionalmente información incorrecta a través del correo estadounidense puede ser fraudulento y puede infringir las leyes federales y estatales. Acepto que de determinarse en una fecha posterior que existen otros beneficios de seguro que podrían indemnizarse en esta reclamación, reembolsaré a Gerber Life Insurance Company en la medida en que esta no fuera responsable por los mismos.

Firma: Reclamante, madre/padre o tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
**LA FIRMA ES OBLIGATORIA**

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN:** Por medio del presente, autorizo a cualquier empleado, plan médico, compañía de seguros, hospital, médico, profesional de atención médica, clínica, laboratorio, farmacia, instalación médica u otra persona que haya proporcionado tratamiento, pago o servicios en relación con esta reclamación, a divulgar, cuando se lo soliciten, toda la información relativa a las lesiones, coberturas de póliza, historiales médicos, consultas, recetas o tratamientos, y las copias de todos los registros hospitalarios o médicos, y las facturas detalladas a WebTPA, Inc. y Gerber Life Insurance Company, sus agentes, empleados y representantes.

Por medio del presente, autorizo a WebTPA, Inc. a debatir toda la información relacionada con los gastos médicos en los que se incurra o los tratamientos proporcionados en relación con esta reclamación, con los representantes de Special Markets Insurance Consultants, Inc. y sus agentes asignados, y con los funcionarios de la escuela u organización a través de la cual se emita esta póliza. Una fotocopia estática de esta autorización se considerará igual de eficaz y válida que la original.

Firma: Reclamante, madre/padre o tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## LEER

### SIGA ESTAS INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN SE DEBE PROPORCIONAR TODA LA INFORMACIÓN PARA QUE SE PROCESA LA RECLAMACIÓN

**NOTA:** Los beneficios de la póliza de accidentes son limitados y es posible que no proporcionen el 100% de cobertura. El beneficio máximo para el tratamiento ambulatorio por parte del médico en relación con la fisioterapia o la manipulación espinal es de \$ 1000 por lesión no quirúrgica para la cobertura adquirida por la escuela. El hecho de completar un formulario de reclamación no garantiza el pago de los beneficios. Cada reclamación se revisa conforme a las disposiciones de la póliza.

♦ Responda todas las preguntas de forma detallada (incluya también su firma en todos los espacios requeridos del anverso y reverso del formulario). Es necesario completar un formulario de reclamación por cada accidente.

♦ Si usted tiene otro seguro, presente su reclamación a su otra compañía de seguros. Cuando reciba la notificación de explicación de beneficios de su aseguradora principal, envíenosla junto con las facturas detalladas correspondientes y el formulario de reclamación lleno por completo. Debe presentar las facturas detalladas; los resúmenes de saldo adeudado no se procesarán. Las facturas detalladas incluyen:

- 1) HCFA-1500 (formulario estándar utilizado por los proveedores)
- 2) UB-04 o UB-92 (formulario estándar utilizado por los hospitales)

♦ Si ya pagó la factura, incluya un recibo de pago o una copia de su cheque cancelado. De lo contrario, el pago se realizará a los proveedores del servicio (hospital, médico u otros), a menos que adjunte a la factura un recibo de pago cuando envíe la reclamación.

♦ Envíe toda la correspondencia a WebTPA, Inc., P.O. Box 2415 Grapevine, TX 76099-2415. El formulario de reclamación se debe enviar en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que recibió atención médica por primera vez. Las facturas que no se presenten con el formulario de reclamación se deben enviar, en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que recibió atención médica, a la compañía identificada con el nombre del reclamante, el nombre de la organización o escuela, y la fecha del accidente.

♦ Si cambia su dirección, notifique a WebTPA, Inc. por medio de una notificación a WebTPA, para que no haya demoras al procesar las reclamaciones.

♦ Comuníquese con WebTPA, Inc. llamando al número 866-975-9468, si desea comprobar el estado de su reclamación o si tiene preguntas sobre cómo se procesó su reclamación o se pagó el beneficio.

#### Causas comunes de las demoras en el procesamiento de reclamaciones

1. Formularios de reclamación no enviados o incompletos.
2. Resúmenes de saldo adeudado, saldo pendiente o vencimiento presentados en lugar de las facturas.
3. Explicación de beneficios de la compañía principal no proporcionada con las facturas.

**CONSERVE EN SUS ARCHIVOS LAS COPIAS DE TODOS LOS FORMULARIOS DE RECLAMACIÓN, LAS FACTURAS Y LA CORRESPONDENCIA, HASTA QUE SE HAYA PROCESADO SU RECLAMACIÓN.**