

**Sección I Información del reclamante y organización/escuela
(obligatorio)****DEBERÁ LLENARLO LA ORGANIZACIÓN O EL FUNCIONARIO AUTORIZADO**

Fecha de entrada en vigencia de la póliza _____

Fecha de vencimiento de la póliza _____

Número de la póliza _____

Reclamación presentada es:

 Reclamación no catastrófica Reclamación catastrófica

Nombre del tomador del seguro _____

Dirección del tomador del seguro _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Número de teléfono del tomador del seguro _____

Información de la parte lesionada (reclamante)Nombre _____
(Nombre) (Apellido)Dirección _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Número de teléfono _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Hombre MujerEl reclamante es: Jugador Entrenador Funcionario Otro _____

Verifique que el accidente ocurrió durante una actividad patrocinada o aprobada por el tomador del seguro, y si reclamante era miembro en el momento del accidente.

 Sí. Actividad patrocinada/aprobada Sí. El reclamante era miembro activo en la fecha del accidente

¿Bajo la supervisión de quién? _____

¿Era testigo? Sí No

Nombre del equipo/deporte _____

Fecha del accidente _____ Hora del accidente _____ a. m. p. m.

Location of accident _____

Tipo de actividad _____

El accidente ocurrió durante: Juego Práctica Torneo Campamento/clínica Deporte intercolegiado/interuniversitario
 Deporte interno Otro _____

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta.

Firma autorizada _____

Cargo _____

Fecha _____

Sección II Detalles adicionales de la reclamación (obligatorio)

DEBERÁ LLENARLO EL RECLAMANTE, PADRE/MADRE O TUTOR

Nombre del reclamante _____

Descripción del accidente _____

Parte del cuerpo lesionada _____

Primera fecha de tratamiento _____

Fechas de reclamación _____

Tipo de beneficios reclamados: Accidente-médicos Dentales Enfermedad-médicos Pérdida de tiempo

Nombre del médico familiar _____

Dirección _____

Número de teléfono _____

¿Se ha completado el tratamiento? Sí No

Sección III Declaración de otros seguros (obligatorio)

DEBERÁ LLENARLO EL RECLAMANTE, PADRE/MADRE O TUTOR

Nombre del padre/tutor _____
(Nombre) (Apellido)

Dirección _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Número de teléfono _____

Empleador _____

Número de teléfono del empleador _____ Empleado independiente Desempleado

Nombre de la madre/tutora _____
(Nombre) (Apellido)

Dirección _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Número de teléfono _____

Empleador _____

Número de teléfono del empleador _____ Empleado independiente Desempleado

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

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

Aviso importante: Este plan de seguro es secundario a otros seguros médicos que usted tenga. Envíe su reclamación primero a su compañía de seguros médicos principal. Si recibe una Declaración de explicación de beneficios, envíela a nosotros junto con una factura detallada y el formulario diligenciado.

El pago se efectuará a los proveedores de servicios (hospital, médico u otros), a menos que una declaración de recibo pagado acompañe la factura en el momento de presentación de la reclamación.

Detalles de otra cobertura de seguro (obligatorio)

DEBERÁ LLENARLO EL RECLAMANTE, PADRE/MADRE O TUTOR

Nombre del asegurado _____ No. identificación _____
(Nombre) (Apellido)Dirección _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Número/nombre de grupo asegurado _____

Nombre de la compañía _____

Dirección _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Número de teléfono _____

****Por favor, incluya copia de la tarjeta de seguro (ambos lados)****Nota:** Si su hijo o hija tiene cobertura de seguro médico como persona dependiente elegible de un matrimonio anterior según lo dispuesto en una sentencia de divorcio, por favor dé el nombre, la dirección y el número de teléfono de la parte responsable:Nombre de la parte responsable _____
(Nombre) (Apellido)Dirección _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Número de teléfono _____

Sección IV Declaración de la certificación (obligatorio)

DEBERÁ LLENARLO EL RECLAMANTE, PADRE/MADRE O TUTOR

Por la presente certifico que toda la información anterior es verdadera y completa, y he revisado la declaración de fraude para mi Estado.

Reclamantes de Nueva York: CUALQUIER PERSONA QUE CON CONOCIMIENTO Y CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR A CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS O A OTRA PERSONA PRESENTE UNA SOLICITUD DE SEGURO O UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTENGA INFORMACIÓN FALSA O QUE, CON FINES DE INFORMACIÓN ENGAÑOSA CON RESPECTO A CUALQUIER HECHO MATERIAL AL MISMO, COMETE EL DELITO DE FRAUDE DE SEGUROS Y ESTARÁ TAMBIÉN SUJETA A UNA SANCIÓN CIVIL QUE NO EXCEDERÁ LOS CINCO MIL DÓLARES Y EL VALOR DECLARADO DE LA RECLAMACIÓN PARA CADA VIOLACIÓN. (DE CONFORMIDAD CON 11 NYC RR86)

Firma del padre/madre/
Tutor/reclamante (obligatorio) _____ Fecha _____**Sección V Autorización para divulgar información (obligatorio)**

DEBERÁ LLENARLO EL RECLAMANTE, PADRE/MADRE O TUTOR

Por la presente autorizo a cualquier médico, hospital u otro centro médico relacionado, compañía de seguros u otra organización, institución o persona que tenga registros o conocimientos míos, y/o del reclamante arriba mencionado, a divulgar, siempre que así lo solicite Mutual of Omaha Insurance Company o sus representantes, parte y toda dicha información. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.

Firma del padre/madre/
Tutor/reclamante (obligatorio) _____ Fecha _____

Declaraciones de fraude en reclamaciones

Se adjunta el siguiente texto de fraude y forma parte de este formulario de reclamación. Por favor, lea y no retire estas páginas de este formulario de reclamación.

- ** **Alabama:** Cualquier persona que con conocimiento presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que con conocimiento presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de reintegración o reclusión en una prisión, o cualquier combinación de las mismas.
- ** **Alaska:** Una persona que con conocimiento y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesada bajo la ley estatal.
- ** **Arizona:** Para su protección, la ley de Arizona exige que la siguiente declaración aparezca en este formulario. Cualquier persona que con conocimiento presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles.
- ** **Arkansas, Luisiana y Rhode Island:** Cualquier persona que con conocimiento presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que con conocimiento presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas o reclusión en una prisión.
- ** **California:** Para su protección, la ley de California exige que lo siguiente aparezca en este formulario. Cualquier persona que con conocimiento presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas o reclusión en una prisión estatal.
- ** **Colorado:** Es ilegal proporcionar con conocimiento datos 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 del seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que con conocimiento proporcione datos o información falsos, incompletos o engañosos a un asegurado o reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al asegurado o al reclamante con respecto a una liquidación o indemnización pagadero de los fondos del seguro será denunciado ante la división de seguros de Colorado del departamento de agencias reguladoras.
- ** **Delaware:** Cualquier persona que, con conocimiento y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamación 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 compañía de seguros o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen prisión y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar cobertura si el solicitante proporciona información falsa relacionada con una reclamación.
- ** **Florida:** Cualquier persona que, con conocimiento y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.
- ** **Idaho:** Cualquier persona que, con conocimiento y con la intención de defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.
- ** **Indiana:** Una persona que, con conocimiento y con la intención de defraudar a una aseguradora, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa comete un delito grave.
- ** **Kentucky:** Cualquier persona que, con conocimiento y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material, comete fraude de seguros, lo cual es un delito.

- ** **Maine:** Es un delito proporcionar con conocimiento 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 denegación de la cobertura.
- ** **Maryland:** Cualquier persona que con conocimiento presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que con conocimiento o intención presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas o reclusión en una prisión.
- ** **Minnesota:** Una persona que presente una reclamación con la intención de defraudar o ayudar a cometer un fraude contra una aseguradora es culpable de un delito.
- ** **New Hampshire:** Cualquier persona que, con el propósito de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a enjuiciamiento y castigo por fraude de seguros, según lo dispuesto en RSA 638:20.
- ** **Nueva Jersey:** Cualquier persona que con conocimiento presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.
- ** **Nuevo México:** CUALQUIER PERSONA QUE CON CONOCIMIENTO PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO O QUE CON CONOCIMIENTO PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE ESTAR SUJETA A MULTAS CIVILES O SANCIONES PENALES.
- ** **Ohio:** Cualquier persona que, con la intención de defraudar o con conocimiento de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude.
- ** **Oklahoma:** ADVERTENCIA: Cualquier persona que, con conocimiento y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, haga una reclamación de los fondos de una póliza de seguros que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.
- ** **Pennsylvania:** Cualquier persona que, con conocimiento y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material, comete fraude de seguros, lo cual es un delito y esa persona será objeto de sanciones penales y civiles.
- ** **Puerto Rico:** Cualquier persona que, con conocimiento y con la intención de defraudar, presente información falsa en una solicitud de seguro, o que presente, ayude o haga la presentación de una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida o cualquier otro beneficio, o que presente más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en un delito grave y, tras la condena, será sancionada por cada violación con la pena de una multa no menor a cinco mil dólares (\$5.000) y no más de diez mil dólares (\$10.000), o un término fijo de prisión de tres (3) años, o ambas sanciones. Si existen circunstancias agravantes, la sanción establecida podrá aumentarse hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, se podrá reducir a un mínimo de dos (2) años.
- ** **Tennessee, Virginia, y Washington:** Es un delito proporcionar con conocimiento información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas o denegación de la cobertura.
- ** **Texas:** Cualquier persona que con conocimiento presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas o reclusión en una prisión estatal.
- ** **Si usted vive en un estado diferente a los mencionados anteriormente, entonces se aplica la siguiente declaración a su caso:** Cualquier persona que, con conocimiento y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros o aseguradora, presente una declaración de reclamación que contenga esencialmente información falsa, incompleta o engañosa o que oculte hechos materiales, puede ser culpable de fraude, podrá ser procesado bajo la ley estatal y podrá estar sujeta a sanciones civiles y penales. Además, cualquier compañía de seguros o aseguradora podrá denegar los beneficios si la información falsa se relaciona con una reclamación del reclamante.