

**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.