



MONTEBELLO UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Mark Skvarna, Interim Superintendent of Schools
123 South Montebello Blvd., Montebello, CA 90640
(323) 887-7900 • (562) 806-7900

Seguro de accidente/médico/dental para estudiantes
del año escolar 2023-2024

Estimado padres/tutores de familia,

El Distrito Escolar Unificado de Montebello **no provee cobertura de seguro médico, accidente o dental**, para los alumnos que se lastimen en las instalaciones de la escuela o a través de las actividades escolares. En conformidad con la sección del Código de Educación 49472, el distrito está ofreciendo un programa de seguro médico/dental y accidente disponible a bajo costo.

Solamente planes de seguros de accidentes

El propósito de estos planes es de proveer asistencia a un costo mínimo para cumplir con algunos de los gastos por daños accidentales. Los planes pagan los primeros \$500 en beneficios, en adición a otro seguro médico, que puede ayudarle a cubrir sus deducibles de seguro médico primario y/u otros gastos.

El costo de los diferentes planes está en la siguiente sección. Por favor visite la oficina de su hijo/a para obtener un folleto/solicitud; o puede obtener uno en esta página de Internet www.peinsurance.com (Oprima "Products", después "Student Insurance" e imprima el folleto y la solicitud en español). Favor de leer el folleto de los planes y beneficios para estudiantes y seleccione el plan que mejor se adapte a sus necesidades.

Todos los planes son **SOLO UN PAGO** una vez al año.

<i>Opciones</i>	<i>Bajo</i>	<i>Alto</i>
Plan durante el día escolar		
Grados P-8	\$11.00	\$25.00
Grados 9-12	\$24.00	\$54.00
Plan de 24-horas al día		
Grados P-8	\$75.00	\$161.00
Grados 9-12	\$92.00	\$192.00
Cobertura de futbol americano (Opcional)		
Grado 9	\$36.00	\$80.00
Grados 10-12	\$84.00	\$177.00

Favor de ver el folleto para detalles completos.

BOARD OF EDUCATION

ELIZABETH CABRERA, *President*
LILIANA MAGANA, *Vice President*
JENNIFER GUTIERREZ, *Clerk*
MARISOL MADRIGAL URIBE, *Member*
CARLOS CERDAN, *Member*

Planes de seguros de salud

Pacific Educators ahora puede asistir a personas con el proceso de solicitar los planes de seguros de salud. Algunos pueden calificar para ahorros impositivos y asistencia del gobierno. Con gusto les ayudaremos a obtener información sobre todas las posibilidades de asistencia al que estén elegibles. Favor de llamar al número que se encuentra en la parte de abajo o visite nuestra página de Internet www.peinsurance.com , oprima "Products" y después "Health Insurance".

Como el distrito NO provee cobertura de seguro médico, accidente o dental para los alumnos, esperamos que usted considere seriamente estos programas. Si tiene más preguntas, favor de llamar a Pacific Educators, Inc., al (800) 722-3365 o (714) 639-0962. Representantes bilingües están disponibles para asistencia en español.



Mark Skvarna
Superintendente de Escuelas

BOARD OF EDUCATION

ELIZABETH CABRERA, *President*

LILIANA MAGANA, *Vice President*

JENNIFER GUTIERREZ, *Clerk*

MARISOL MADRIGAL URIBE, *Member*

CARLOS CERDAN, *Member*



- Tenga en cuenta que hay cuatro páginas del folleto (no incluido ésta)
- Usted puede aplicarse en línea con una tarjeta de crédito. Aquí la información:
<https://www.peinsurance.com/signup/>
- Si desea realizar su solicitud, la tercera página es la aplicación que puede imprimir y llenar a mano, **o puede completar en la computadora e imprimir**. POR FAVOR NO ENVIE DINERO EN EFECTIVO. Haga un cheque o giro postal a Pacific Educators y envíelo a:
 - **Pacific Educators**
2808 E. Katella Ave, Suite 101
Orange, CA 92867
- La última página es una **tarjeta GRATIS del programa de prescripción para medicamentos**, se puede imprimir y llevar a una farmacia para ayudar a alguien a reducir el costo de medicamentos.
- Si tiene alguna pregunta, por favor no dude en ponerse en contacto directamente con nosotros (800) 722-3365 o correo electrónico en applications@peinsurance.com

PLANES DE SEGUROS DE ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES 2023-2024

RECOMENDAMOS LA COBERTURA DE 24 HORAS DEL DÍA

- ¡Los accidentes son comunes! Cuando le suceden a su hijo, alguien debe pagar esos costos.
- Aquí le presentamos planes de seguros contra accidentes para cubrir a su hijo las 24 horas del día (Plan de 24 horas) o en la escuela (Plan de Tiempo Escolar).
- Estos planes le proporcionan beneficios para ayudarlo a cubrir los costos médicos y hospitalarios.
- Si usted tiene otro seguro, estos planes pueden ayudarlo a cubrir los deducibles y los coseguros de dichos planes.
- Si usted no tiene otro seguro, estos planes le proporcionarán cobertura básica.
- Cualquier beneficio pagable por esta póliza como resultado de un servicio médico, quirúrgico, dental, hospitalario o de enfermería será pagado directamente al hospital o a la persona que proporcione dichos servicios, a menos que se proporcione prueba del pago completo.

24 HORAS	TIEMPO ESCOLAR	DETALLES IMPORTANTES SOBRE LA PROTECCIÓN
✓	✓	La cobertura se vuelve efectiva el día que Guarantee Trust Life Insurance Company (GTL) o su representante reciba el pago de la prima (pero no antes del primer día que abra la escuela).
✓	✓	Proporciona cobertura durante las horas en las cuales la escuela está en actividades regulares.
✓		Proporciona cobertura las 24 horas del día.
✓	✓	Proporciona cobertura durante el tiempo necesario para viajar entre el hogar del asegurado y el inicio o fin de las actividades escolares regulares.
✓	✓	Proporciona cobertura mientras se participa (o se asiste) a actividades organizadas, patrocinadas y supervisadas por la escuela. También se proporciona cobertura para viajar directamente hacia y desde tales actividades en un vehículo designado y proporcionado por la escuela.
	✓	La cobertura expira al terminar el ciclo escolar regular. (La cobertura se extenderá mientras se asista a clases académicas para obtener créditos en el verano, cuando las actividades escolares son patrocinadas y supervisadas exclusiva y únicamente por la escuela, no se proporcionará cobertura para el transporte de y hacia las clases.
✓		La cobertura continúa sin interrupción todo el verano, hasta que la escuela inicie el siguiente ciclo escolar.

La cobertura opcional de fútbol comienza en la fecha en que GTL, sus representantes o los oficiales de la escuela reciban la prima, pero no antes de la primera fecha oficial de entrenamiento, y continúa hasta la fecha del último partido oficial de la temporada actual, incluyendo las eliminatorias.

Para presentar un reclamo: Reporte los accidentes al oficial de la escuela. se proporcionarán formularios simplificados en la oficina del director (durante las vacaciones, contacte a los administradores del plan). Se debe proporcionar una prueba completa de pérdida y facturas acumuladas a Guarantee Trust Life Insurance Company dentro de 90 días.

COBERTURA DE ACCIDENTES LAS 24 HORAS DEL DÍA

¡Protección las 24 horas para cada accidente cubierto!

Ayuda a proteger a su hijo durante todo el año escolar y se extiende durante el verano - hasta que la escuela inicie nuevamente.

Su hijo estará cubierto EN TODO EL MUNDO, LAS 24 HORAS DEL DÍA. Esto incluye accidentes cubiertos:

- ✍ En el hogar
- ✍ Al jugar
- ✍ En la escuela
- ✍ Durante las vacaciones
- ✍ Al acampar, explorar, etc.
- ✍ Durante viajes cubiertos

✍ Mientras participe en deportes, excepto aquellos que estén excluidos específicamente o para los cuales se requiere cobertura opcional*

*Vea las OPCIONES para descubrir cualquier cobertura opcional para deportes.

COBERTURA DE ACCIDENTES DURANTE EL TIEMPO ESCOLAR

Su hijo está protegido al asistir a las actividades escolares regulares. También está cubierto el viaje directamente hacia y desde su residencia para asistir a las actividades escolares regulares para el tiempo requerido, pero no más de una hora antes o después de las clases regulares. El tiempo de viaje en el autobús escolar se extiende a cualquier tiempo adicional necesario. Además, se proporciona cobertura al participar en (o asistir a) actividades cubiertas que son organizadas, patrocinadas y supervisadas exclusiva y únicamente por la escuela y los empleados de la escuela, incluyendo el viaje directamente hacia y desde una actividad en un vehículo asignado para el traslado, proporcionado por la escuela y supervisado únicamente por empleados de la escuela. La cobertura opcional puede ser necesaria para deportes interescolares. Vea las OPCIONES para descubrir cualquier cobertura opcional para deportes.

Ecláusula De Exceso: El pago de todos los cargos cubiertos superiores a los \$500 será considerado como exceso, si cualquier otro seguro o plan válido y cobrable cubre a la persona asegurada. GTL pagará los primeros \$500 en cargos cubiertos sin importar la existencia de otro seguro.

Este es un ejemplo de los beneficios de su hijo. Por favor guárdelo. Esto no es un contrato. La póliza principal está archivada en la escuela.

Los productos de seguro de Blanket Accident se emiten en Form Series GP-2030, GP-2020 o GP-1200 por Guarantee Trust Life Insurance Company, Glenview, IL. Estos productos y sus características están sujetos a la disponibilidad del estado y pueden variar según el estado. Ciertas exclusiones y limitaciones pueden aplicar. Las disposiciones exactas que rigen el seguro están contenidas en la Política emitida al Titular de la Póliza y ciertas disposiciones pueden administrarse para cumplir con los requisitos del estado. La Política controlará en caso de conflicto entre la Política y este folleto.

Para obtener detalles completos de la cobertura, comuníquese con el agente que administra el programa.

¿Qué cubren? Hasta un máximo de \$50,000 de acuerdo a la descripción en la Beneficios Por Lesión

■ Accidentes que ocurran durante la vigencia de la cobertura. ■ Pérdida debido a lesiones accidentales que resulten directa e independientemente de todas las otras causas. ■ Gastos médicos cubiertos, los cuáles comienzan en los primeros 120 días después del accidente y que se incurren en las primeras 52 semanas de la primera fecha de tratamiento médico.

BENEFICIOS POR LESIÓN - Los beneficios se pagan <i>hasta el</i> monto en dólares especificado a continuación	OPCIÓN ALTA	OPCIÓN BAJA
ATENCIÓN HOSPITALARIA Y DE ENFERMERÍA GENERAL Alojamiento y manutención por día		
- Tarifa de cuarto semiprivado	100% de lo razonable y usual	\$300
- Cuidado intensivo, por día	\$1,200	\$600
CARGOS VARIOS PARA PACIENTE HOSPITALIZADO Y AMBULATORIO	\$3,000	\$1,500
ATENCIÓN HOSPITALARIA DE EMERGENCIA Honorarios profesionales excluidos.....	\$300	\$150
HONARIOS DEL DOCTOR POR CIRUGÍA De acuerdo a la programación quirúrgica	\$270	\$175
	Valor de Unidad	
ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA Porcentaje de la asignación para el Programa quirúrgico	25%	25%
HONORARIOS DEL CIRUJANO ASISTENTE Porcentaje de la asignación para el Programa quirúrgico	25%	25%
CONSULTAS NO QUIRÚRGICAS AMBULATORIAS		
Una visita por día, incluida la terapia física, la cual se limita a 9 visitas		
- Primera Visita	\$120	\$60
- Cada visita a partir de ese momento.....	\$60	\$30
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS Incluyendo aparatos ortopédicos	\$100	\$50
CARGOS POR AMBULANCIA	100% de lo razonable y usual	\$250
SERVICIOS AMBULATORIOS DE RAYOS X	\$500	\$250
PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES Incluyendo la interpretación por RMI/TAC	\$900	\$500
MEDICAMENTOS DE PRESCRIPCIÓN	100% de lo razonable y usual	\$50
TRATAMIENTO DENTAL Para una lesión de dientes sanos naturales, por cada diente	\$300	\$150
GASTOS DE REEMPLAZO DE ANTEOJOS Para anteojos rotos, lentes o lentes de contacto resultantes de una lesión requiriendo tratamiento medico	\$150	\$100
AGRAVACIÓN O LESIÓN POR CONDICIÓN EXISTENTE	\$500	\$500
<i>Para los beneficios que se muestran a continuación, sólo se pagará una de las cantidades, la más grande, por cualquier pérdida resultante de un accidente</i>		
MUERTE ACCIDENTAL Causada por una lesión y que ocurra dentro de los 365 días del accidente cubierto.....	\$5,000	\$5,000
DESMEMBRAMIENTO Causado por una lesión y que ocurra dentro de los 365 días del accidente cubierto		
- Pérdida de una mano, pie u ojo	\$5,000	\$5,000
- Ambas manos, pies u ojos	\$10,000	\$10,000

Opción De Beneficio Dental Extendido: Por una prima adicional, el Beneficio de Tratamiento Dental se incrementará para pagar todos los cargos razonables y usuales para examinación, diagnósticos y rayos X; tratamiento restaurativo, endodoncia; y cirugía oral (no incluye periodoncia u ortodoncia); hasta \$250 por prótesis dental para pagar el costo de un puente, dentadura parcial o dentadura, o para reemplazar reparaciones dentales en condiciones similares. Si durante el Período de Beneficios el dentista del Asegurado certifica que el tratamiento debe ser aplazado, la aseguradora pagará hasta un máximo de \$100 por todos los otros beneficios dentales.

Exclusiones: La póliza no proporciona los siguientes beneficios: 1. Tratamiento, servicios o suministros que: no sean médicamente necesarios; no son pre-scriptos por un Médico a como sea necesario para tratar alguna lesión; están determinados a ser de naturaleza Experimental/Investigativa; se reciben sin cargo ni obligación legal de pago; se reciben de personas empleadas o retenidas por el titular de la póliza o cualquier miembro de la familia, a menos que se especifique lo contrario; o no están específicamente listados como Cargos Cubiertos en la Póliza; 2. Lesión intencionalmente autoinfligida; 3. Lesión recibida al violar o intentar violar cualquier ley debidamente promulgada; 4. Lesiones por actos de guerra, ya sea declarada o no; 5. Lesiones cubiertas por la Compensación a Trabajadores o la Ley de Enfermedades Profesionales; 6. Agotamiento por calor golpe de calor; 7. Hernia o epifisis capital de femoral deslizado; 8. Lesión causada directamente por peleas o altercados, excepto como víctima inocente; 9. Lesiones sufridas al operar, viajar o subirse o bajarse de cualquier vehículo recreativo de dos, tres o cuatro ruedas con motor / máquina o motonieve o vehículo todo terreno (ATV); 10. Lesión sufrida mientras participaba o jugaba fútbol americano de tackle interescolar en los grados 9-12, incluido el viaje para participar, a menos que se haya comprado una cobertura opcional; 11. Tratamiento de enfermedades, dolencias o infecciones, excepto infecciones que resulten de alguna lesión accidental o infecciones que resulten por la ingestión accidental, involuntaria o no intencionada de alguna sustancia contaminada; 12. Cualquier multa impuesta por otro plan o seguro válido y cobrable por no seguir los procedimientos del plan; 13. Los cargos por tratamientos, servicios o suministros que excedan los cargos razonables y habituales; 14. Pérdidas derivadas directa o indirectamente de cualquier liberación y/o contaminación química o biológica que resulte de una actividad terrorista; 15. Cualquier pérdida como resultado de una actividad terrorista y/o de armas de destrucción masiva no detonantes; 16. Cualquier pérdida que surja directa o indirectamente de cualquier explosión, detonación, liberación y/o contaminación nuclear, ya sea en tiempo de paz o de guerra, e independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o en cualquier otra secuencia a ello.

Administrado por: **PACIFIC EDUCATORS, INC.**, 2808 E. Katella Ave., Suite 101, Orange, CA 92867-5299 - (714) 639-0962 or (800) 722-3365
Licencia en California de Pacific Educators No. - 0429928

Reclamaciones suscritas y pagadas por: **GUARANTEE TRUST LIFE INSURANCE COMPANY (GTL)**, 1275 Milwaukee Ave., Glenview, IL 60025 - (800) 622-1993

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA EL AÑO ESCOLAR 2023-24



POR FAVOR ESCRIBIR CLARAMENTE:

SOLO UN PAGO POR AÑO		
OPCIONES	Opción Alta	Opción Baja
PROTECCIÓN LAS 24 HORAS AL DÍA \$50,000 MAXIMO POR LESIÓN Grados P - 8 Grados 9 -12	<input type="checkbox"/> \$161 <input type="checkbox"/> \$192	<input type="checkbox"/> \$75 <input type="checkbox"/> \$92
PLAN TIEMPO ESCOLAR MÁXIMO POR LESIÓN: \$50,000 Para Opción Alta \$25,000 Para Opción Baja Grados P - 8 Grados 9 -12	<input type="checkbox"/> \$25 <input type="checkbox"/> \$54	<input type="checkbox"/> \$11 <input type="checkbox"/> \$24
COBERTURA FÚTBOL AMERICANO (SÓLO TEMPORADA 2023) \$25,000 MAXIMO POR LESIÓN Pagable en adición a los planes 24 horas o Tiempo Escolar Grado 9 Grados 10 - 12	<input type="checkbox"/> \$80 <input type="checkbox"/> \$177	<input type="checkbox"/> \$36 <input type="checkbox"/> \$84
OPCIÓN DE BENEFICIOS DENTALES EXTENDIDOS <input type="checkbox"/> \$6		
TOTAL \$ _____ (favor no enviar efectivo) HAGA CHEQUE PAGADERO A: PACIFIC EDUCATORS, INC.		
No Hay Reembolsos Disponibles		

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____
PRIMER NOMBRE INICIAL 2o. NOMBRE APELLIDO

FECHA DE NACIMIENTO _____ MASCULINO FEMENINO
MES DÍA AÑO

DISTRITO ESCOLAR _____ ESCUELA _____

GRADO _____ DIRECCIÓN DEL ESTUDIANTE _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO # _____ FECHA DE INSCRIPCIÓN _____

CORREO ELECTRONICO DEL PADRE O TUTOR _____

 FIRMA DEL PADRE O TUTOR

PARA PAGAR CON TARJETA DE CRÉDITO / DÉBITO (APLICAN TARIFAS) WWW.PEINSURANCE.COM
 (MARQUE: PRODUCTS Y LUEGO: STUDENTS) O LLAMA AL 800-722-3365

POR FAVOR RECUERDE:



COMPLETAR EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y MARCAR EL PLAN Y LAS OPCIONES QUE DESEA.



EMITIR SU CHEQUE O GIRO POSTAL (POR FAVOR NO ENVÍE EFECTIVO) POR EL TOTAL A PAGAR DE ACUERDO A LO INDICADO.

Envíe su formulario de inscripción con su cheque o el giro postal a:



Pacific Educators, Inc.
2808 E. Katella Ave., Suite 101
Orange, CA 92867-5299



POR FAVOR TOME EN CUENTA: SU CHEQUE CANCELADO ES SU RECIBO. SI NO RECIBE UN CHEQUE CANCELADO DENTRO DE 60 DÍAS, POR FAVOR COMUNÍQUESE CON EL ADMINISTRADOR DE SU PLAN.

Para obtener un servicio más rápido, puede pagar por medio de tarjeta de crédito o débito (aplican tarifas). Por favor visítenos en:

Pacific Educators - www.peinsurance.com
(chasque PRODUCTS entonces STUDENTS)
o llama 800-722-3365

<p style="text-align: center;">  Pacific Educators <small>FREE Prescription Drug Card</small> </p> <p> Member: California Student ID Number: 26291W22ES Program: UNARxCard RxBIN: 610709 RxGrp: PFCEDU </p> <p> Note: Todos son elegibles para este programa. No hay restricciones de edad orincome . Cada miembro de la familia debe tener su tarjeta / herown . Si no puede imprimir una una tarjeta de tener su farmacia llamada Línea de Ayuda thePharmacy y les ayudará yourprescription proceso. </p> <p style="text-align: center;"> <u>ESTE PROGRAMA NO ES SEGURO</u> <small>Este programa es un PUNTO DE VENTA plan de descuento</small> </p>	<p> INSTRUCCIONES Esta tarjeta es pre-activado y se puede utilizar inmediatamente. Sólo hay que imprimir esta tarjeta participating pharmacy to receive a discount. You can search y llevar a cualquier farmacia participante para recibir un descuento. Puede buscar farmacia, información de precios, preguntas frecuentes en el sitio web. Estamos restringidos de la revelación de precios de los medicamentos sobre el teléfono. </p> <p> Atención al cliente (llamada gratuita) 800-726-4232 </p> <p> ATTENTION PHARMACIST If you need help processing a prescription call our Pharmacy Help Line at Pharmacy Help Line (TOLL FREE) 877-321-6755. </p> <p> PROGRAM POWERED BY: </p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;"> <small>© Copyright 2010 United Networks of America</small> </p>
---	--

IMPORTANTE: TARJETA DE IMPRESIÓN . USTED NECESITA PARA LLEVAR ESTA TARJETA A LA FARMACIA CON SU RECETA.

Estamos orgullosos de anunciar que el Pací co Educadores ahora está haciendo disponible una **GRATIS con receta Programa de la tarjeta de drogas** para ayudar a alguien a reducir sus costos de medicamentos recetados.

Esta tarjeta se puede utilizar con un plan primario y / o en las recetas no cubiertos por su plan de seguro. También puede ser usado incluso si usted no tiene ningún tipo de seguro . El Programa Rx Card no tiene restricciones o requisitos de participación y está abierto a cualquier persona.

Esta receta gratuitos tarjeta de medicamentos es pre - activado y se puede utilizar inmediatamente.



NOTA: POR FAVOR LEA ESTO ANTES DE ENVIAR UNA RECLAMACIÓN

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR UN MÉDICO DE ACCIDENTE PETITION

- El formulario deberá ser completado y firmado por la escuela o distrito escolar y el miembro lesionado (si el miembro es menor de edad, los padres del miembro o tutor debe llenar y firmar el formulario de reclamación). Por favor indique su número de póliza en el formulario de reclamación. Además, el "HIPAA Autorización para permitir el uso y divulgación de la información sobre salud" debe ser firmado.
- PRUEBA DE PÉRDIDA (FORMULARIO DE RECLAMACIÓN Y LAS FACTURAS DETALLADAS) DEBE SER PRESENTADA **DENTRO DE LOS 90 DÍAS** DEL ACCIDENTE. FACTURAS ADICIONAL RELACIONADA CON EL ACCIDENTE DEBE SER PRESENTADA **DENTRO DE LOS 90 DÍAS** DE TRATAMIENTO.
- Por favor, adjunte las facturas detalladas al formulario de solicitud. Un proyecto de ley debido equilibrada de su proveedor no es suficiente. Una factura detallada es una declaración que indica:
 - 1) **La fecha(s) de tratamiento,**
 - 2) **El tipo(s) de servicio,**
 - 3) **El diagnostico,**
 - 4) **Nombre y dirección del proveedor médico**
 - 5) **La carga individual para cada gasto.**
- Si usted tiene otra cobertura (primaria) de seguro, por favor, envíenos una copia de su pago o la denegación ("Explicación de Beneficios") declaración.
- Devolver el formulario completado, las facturas detalladas y el otro pago seguro o la negación ("Explicación de Beneficios ") declaraciones (si corresponde) a:

**GUARANTEE TRUST LIFE INSURANCE COMPANY
P.O. Box 1148
Glenview, Illinois 60025**

- Por favor, indique qué proyectos de ley han sido pagados por usted. Si prefiere nuestro pago para ir directamente al médico proveedor, por favor notate presente en los billetes.
- Un formulario de reclamación debe ser completado sólo al comienzo del tratamiento para cada accidente. facturas adicionales o el seguimiento del tratamiento deben indicar su nombre, la escuela o el Nombre del distrito escolar, número de póliza y fecha del accidente.
- Le sugerimos que haga fotocopias de toda la correspondencia enviada a nuestra oficina para conservar para sus propios registros.

IMPORTANTE:

Por favor tome nota de que su reclamo dará lugar a retrasos en el proceso como el resultado de no que nos proporciona la siguiente: los formularios de solicitud completado, las facturas detalladas de su proveedor médico y una copia de su otro pago seguro o la negación ("Explicación de Beneficios ") comunicado.

Si usted tiene alguna pregunta, por favor, póngase en contacto con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al (800) 622-1993.

NOMBRE DE LA ESCUELA _____
DIRECCIÓN _____
No. de Póliza _____

¡IMPORTANTE! ESTA INFORMACIÓN
DEBE SER DADA O RECLAMO SERÁ
DEVUELTO

GUARANTEE TRUST LIFE INS. CO.
P.O. Box 1148
Glenview, IL 60025
(800) 622-1993

ASIGNACION DE BENEFICIOS:

Médico: _____ Hospital: _____ Otro: _____
Dirección: _____ Dirección: _____ Dirección: _____
Ciudad Estado Código Postal Ciudad Estado Código Postal Ciudad Estado Código Postal

Por la presente autorizo Guarantee Trust Life Insurance Co. para pagar las facturas en relación con este accidente directamente al médico, hospital u otro beneficiario indicado anteriormente.

FECHA _____ FIRMA DEL PADRE O TUTOR _____
Reclamante - Si es un ADULTO

OFICIAL DE LA ESCUELA PARA COMPLETAR: POR FAVOR ESCRIBA (PADRE DEBE COMPLETAR SI UNA RECLAMACIÓN de 24 HR COBERTURA ESTA COMPROMETIDA.)

1. El nombre completo del reclamante _____ Nombre alternativo _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ grado ____
2. Dirección del reclamante: la calle o RFD _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
3. Fecha del Accidente _____ 20____ Hora _____ AM PM
4. Descripción del Accidente: (A) ¿Cómo y dónde ocurrió? _____ (Si necesita más espacio, adjunte una hoja aparte)
(B) Naturaleza de la lesión _____
5. Descripción de la actividad (¿Qué estaba haciendo el demandante en el momento de la lesión?) _____
Si Atletismo, nombre del deporte _____ Intramural Interescolar Otro
6. (A) En la fecha del accidente a qué hora empezó la escuela para este estudiante? _____ AM PM
(B) ¿A qué hora fue despedido de la escuela? _____ AM PM
7. ¿Se ha presentado un reclamo anterior de este accidente? Sí No
8. (A) Nombre de la Autoridad Escolar supervisando actividad _____
(B) ¿Fue Supervisor un testigo? Sí No
(C) Si no, cuando se informó del accidente a la autoridad escolar? _____

TIPO DE ESCUELA EL RECLAIMANTE ASISTE: Primaria Jr. High Alto Otros

Certifico que la información anterior es correcta, a la mejor de mi conocimiento y creencia.

Fecha de este informe _____ Firma del Oficial _____ Título _____

PADRES PARA COMPLETAR (o reclamante, si es un adulto) PARA QUE RECLAMO SEA PROCESADO.

9. ¿Tiene otro seguro, que cubre esta condición, ambos grupos, individual, de automóviles de responsabilidad médica o? Sí No
En caso afirmativo, dé el nombre de la empresa y número de teléfono _____ Póliza # _____
10. Nombre de los padres: Padre _____ Madre _____
Nombre del empleador: _____
Dirección del empleador: _____

Certifico que la información anterior es correcta, a mejor de mi conocimiento y creencia.

FIRMA _____ FECHA _____ DIRECCIÓN _____
(Padre / tutor o demandante si un adulto)

Para su protección la ley de California requiere que los siguiente aparecen en este formulario. Cualquier persona que a sabiendas presenta falsa o fraudulenta reclamo para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede ser castigado con multas y reclusión en prisión estatal.

GUARANTEE TRUST LIFE INSURANCE COMPANY
1275 Milwaukee Avenue, Glenview, Illinois 60025
1-800-622-1993

HIPAA AUTORIZACIÓN

Para permitir el uso y divulgación de información médica

Esta autorización fue preparado por GTL para los fines de la obtención de la información necesaria para procesar una solicitud de prestaciones. Política / Certificado # _____

Tras la presentación del original o una fotocopia de esta autorización firmada, autorizo, sin restricción alguna (excepto las notas de psicoterapia), cualquier médico con licencia, profesional médico, hospital u otra institución médica, organización de apoyo de seguros, farmacia, agencia gubernamental, compañía de seguros, póliza de grupo, el empleador o plan de beneficios administrador situado en el centro nombrado a continuación para proporcionar Fideicomiso de Garantía Life Insurance Company (GTL) o un agente, abogado, agencia de información o administrador independiente, que actúa sobre él es nombre, toda la información relativa asesoramiento, atención o el tratamiento siempre que el paciente, empleado o fallecidos nombrada a continuación, incluyendo toda la información relacionada con las enfermedades mentales, uso de drogas o el uso de alcohol. Esta autorización incluye también la información proporcionada a nuestra división de salud para la suscripción o la reivindicación servicio y la información proporcionada a cualquier compañía de seguros afiliada en las aplicaciones anteriores. Si esta autorización es para alguien que no sea yo, se explica esa persona y mi autoridad para actuar en su nombre a continuación. Yo entiendo que yo o mi representante tendrán derecho a recibir una copia de la autorización a petición.

Nombre de la instalación: _____

Dirección: _____

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento mediante el envío de una notificación por escrito a mi (nuestro) agente o de la Compañía a la dirección anterior. Entiendo que una revocación no será efectiva en la medida en la Compañía se ha basado en el uso o divulgación de la información protegida de salud o si se obtuvo mi autorización como condición para determinar mi elegibilidad para los beneficios. las solicitudes de revocación deben ser enviadas por escrito a la atención del Director del Departamento de Reclamación.

Entiendo que Fideicomiso de Garantía Life Insurance Company puede condicionar el pago de una reclamación sobre mi firma de esta autorización, si es necesario, la divulgación de información para determinar el nivel o la validez del pago de la reclamación. También entiendo vez que la información se da a conocer a nosotros en virtud de esta autorización, la información permanecerá protegida por GTL de conformidad con la ley federal o estatal.

Esta autorización se mantendrá vigente y en efecto hasta dos (2) años a partir de la fecha de esta autorización está firmada momento en el que expira esta autorización.

(Por favor Imprimir) Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma del paciente

Fecha

(Letra de imprenta) Nombre del representante autorizado, o pariente más cercano

Relación del representante autorizado o pariente más cercano al paciente

Firma del representante autorizado o pariente más cercano

Fecha