SEGURO DE ACCIDENTES DIVERSOS

Adventist Risk Management, Inc.
12501 Old Columbia Pike - Silver Spring, MD 20904
OFICINA: (301) 680-6870 | **FAX :** (301) 680-6878
CORREO ELECTRÓNICO : claims@adventistrisk.org

El seguro de accidentes diversos está garantizado por d'AIG/Chartis Insurance y ofrece una cobertura por daños corporales accidentales o enfermedad (contratado si aplica) ocurridos durante la participación en actividades de grupo patrocinadas o supervisadas por una iglesia u organización, incluyendo el viaje directo autorizado hacia y desde el lugar de actividad. La compañía pagará los primeros USD$100 de los gastos médicos incurridos. Los gastos adicionales serán pagados únicamente cuando **exceden los montos pagaderos por cualquier otro plan** que cubre gastos médicos e incluye prestaciones por fallecimiento, pérdida de miembros o parálisis. La cobertura por asistencia en viaje es aplicable cuando el asegurado viaja fuera de un radio de 100 millas (161 km) de su lugar de residencia permanente y llama al AIG/Chartis Travel Assist al (877) 281 2344, para solicitar asistencia de evacuación urgente.

Para solicitar de manera adecuada y completa una indemnización por accidentes diversos se requiere lo siguiente:

_____ Una carta del representante del titular de la póliza (pastor de la iglesia, presidente del consejo o empleado administrativo) que verifique **que el accidente ocurrió mientras que usted (el asegurado que solicita indemnización) participaba en una actividad programada, patrocinada y supervisada, o que usted viajaba hacia o regresaba de una actividad de ese tipo;**

_____ El "**formulario de solicitud de indemnización de riesgos especiales y enfermedad**" llenado por ambas caras, firmada por el solicitante, e**l representante del titular de la póliza**, y el médico responsable, si la solicitud es de gastos médicos correspondientes a un accidente;

_____ **Las facturas médicas desglosadas;**

_____ **La declaración de su aseguradora personal** señalando el monto que hayan pagado (o la denegación del pagar de prestaciones), incluyendo la explicación de las prestaciones de Medicare.

_____ **La prueba de pérdida (pérdida de miembros accidental, parálisis)** cuando su solicitud es por pérdida de miembros o parálisis, llenada y firmada por usted, el representante del titular de la póliza, y el médico responsable.

_____ **La prueba de pérdida (fallecimiento accidental)** de una persona asegurada, llenada y firmada por el representante del titular de la póliza y por el beneficiario.

Le pedimos que esté preparado a responder a cualquier solicitud de documentos adicionales de parte de AIG/Chartis. La póliza comprende otras disposiciones, limitaciones et exclusiones. A AIG/Chartis le corresponde la decisión final respecto al pago o la denegación de cualquier solicitud de indemnización.

Envíe toda la documentación a claims@adventistrisk.orgo a Claims Servicios, Adventist Risk Management, 12501 Old Columbia Pike, Silver Spring, MD 20904. Adventist Risk Management vérificará su cobertura de acuerdo con la política de seguro de accidentes diversos et transmitirá su solicitud de indemnización a AIG/Chartis Insurance para el trámite correspondiente. Para cualquier pregunta, llame a ARM Claims Servicios (301) 680-6870. Después de presentar su solicitud a AIG/Chartis, para verificar el estado de avance del trámite podrá llamar directamente a AIG/Chartis al (800) 551-0824 y proporcionar su nombre y el número de la póliza.

Compañía de Seguros del Estado de Pennsylvania
AIG/Chartis Insurance
c/o Adventist Risk Management
Attn: Customer Care
12501 Old Columbia Pike
Silver Spring, MD 20904
Tel. (301) 680-6870. Fax (301) 680-6878
Correo electrónico: claims@adventistrisk.org

PRUEBA DE PÉRDIDA

NOMBRE DEL GRUPO:

NÚMERO DE PÓLIZA:

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN DE RIESGOS ESPECIALES Y ENFERMEDAD

INSTRUCCIONES:

1) **La SECCIÓN A debe ser llenada en su totalidad por un representante nombrado por el titular de la póliza.**
2) **La SECCIÓN B debe ser llenada, fechada y firmada por el solicitante o uno de los padres o tutor del solicitante, si es menor de edad.**
3) **Anexe las facturas desglosadas de todos los gastos médicos solicitados, incluyendo el nombre del solicitante, objeto de tratamiento (diagnóstico), la descripción de servicios, la fecha del o de los servicios y los gastos cargos por cada servicio. ENVÍE EL FORMULARIO LLENADO EN SU TOTALIDAD Y LAS FACTURAS A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN.**

☐ PLAN PRIMARIO - las prestaciones son pagaderos por concepto de gastos médicos cubiertos, desde el primer dólar hasta el máximo de la póliza, sin considerar pagos efectuados por otros seguros.

☐ PLAN COMPLEMENTARIO - Los gastos a cubrir serán determinados después de que las prestaciones hayan sido pagados por algún otro seguro válido y recobrable. Primero debe presentar su solicitud de indemnización a su otra aseguradora. Cuando reciba su declaración de prestaciones (EDI), envíenosla junto con las facturas desglosadas. Las prestaciones correspondientes a gastos a cubrir serán pagados de acuerdo con las condiciones señaladas en la póliza.

La presentación de este formulario, o su aceptación por la Compañía no deberá ser interpretada como el reconocimiento de cualquier responsabilidad correspondiente a la Compañía, ni como una renuncia a cualquiera de las condiciones del contrato del seguro.

SECCIÓN A - DEBERÀ SER LLENADO Y FIRMADO POR UN REPRESENTANTE NOMBRADO POR EL TITULAR DE LA PÓLIZA

NOMBRE Y/O UBICACIÓN DEL GRUPO, CLUB, CAMPO DEPORTIVO, ESCUELA, ETC.

NOMBRE Y APELLIDO DEL SOLICITANTE (ESCRIBIR LEGIBLEMENTE O A MÁQUINA	N° DE SEGURO SOCIALE (SI DISPONIBLE)	FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE DEL SUPERVISOR

FECHA DE INICIO DE COBERTURA — FECHA DE VENCIMIENTO (O FECHA EN QUE VENCIÓ)

NATURALEZA DE LA LESIÓN O ENFERMEDAD (HAGA UNA DESCRIPCIÓN COMPLETA SEÑALANDO LAS PARTES DEL CUERPO LESIONADAS).	DESCRIBA DÓNDE, CUÁNDO Y CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE (FECHA Y HORA).

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	¿OCURRIÓ ELACCIDENTE:		
	A. CCUANDO EL SOLICITANTE ERA SUPERVISADO? :	☐ SÍ	☐ NO
	B. DURANTE UNA ACTIVIDAD PATROCINADA? :	☐ SÍ	☐ NO
INDIQUE EL DEPORTE (EN SU CASO)	C. DURANTE HORAS PROGRAMADAS? :	☐ SÍ	☐ NO
	D. CUANDO VIAJABA HACIA O REGRESABA DE UNA ACTIVIDAD PLANIFCADA DE MANERA REGULAR EN UN GRUPO SUPERVISADO ?:	☐ SÍ	☐ NO

FECHA DEL ÚLTIMO DÍA TRABAJADO	FECHA DE REGRESO AL TRABAJOL	REMUNERACIÓN SEMANAL

REPRESENTANTE DEL TITULAR DE L'SEGURO (ÉCRIRE EN CARACTèRES D'IMPRIMERIE) POSTE	NÚMERO TÉLEFONO DE CONTACTO DURANTE EL DÍA ( )

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL TITULAR DEL SEGURO — FECHA

SECCIÓN B - DEBERÀ SER LLENADO

SEÑALE EL NOMBRE, LA DIRECCIÓN Y N° DE TELÉFONO DE LAS OTRAS COMPAÑIAS QUE ASEGURAN AL ASEGURADO:	N° DE PÓLIZA/N° DE CUENTA

SI EL SOLICITANTE ES MINEUR, NOMBRE DEL TUTEUR ET LIEN DE PARENTÉ AVEC LE SOLICITANTE

DIRECCIÓN DEL SOLICITANTE (SI ES MENOR, NOMBRE Y DIRECCIÓN TUTOR DEL SOLICITANTE)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL TUTOR

NOMBRE, DIRECCIÓN Y N° DE TELÉFONO DEL PATRÓN (SI EL SOLICITANTE EST MENOR, PATRÓN DEL TUTOR)	NÚMERO TÉLEFONO DE CONTACTO DEL PATRÓN DURANTE EL DÍA ( )

CERTIFICO, A MI LEAL SABER Y ENTENDER, QUE LA EXACTITUD Y FIDELIDAD DE LA INFORMACIÓN ARRIBA SEÑALADA.

AUTORISATION y CESSION DES PRESTACIONES

El/La que suscribe autoriza a cualquier hospital u otra institución de cuidados médicos, médico o a cualquier otro profesional de la salud, farmacéutica, organización de asistencia para aseguradoras, organización gubernamental, titular de póliza de grupo, aseguradora, asociación, patrón o administrador de plan de prestación, para proporcionar a la aseguradora antes mencionada o a sus representantes, cualquier información referente a las lesiones sufridas o enfermedad padecida o el historial médico o cualquier consulta, prescripción o tratamiento proporcionado a la persona cuyo fallecimiento, lesiones, enfermedad o les pérdidas constituyen la base de la solicitud de indemnización, así como las copias de la totalidad de los expedientes hospitalarios o médicos, incluyendo la información relativa a enfermedades mentales y el consumo de drogas y alcohol, para determinar la admisibilidad del pago de prestaciones correspondientes la póliza señalada por el número antes señalado. Autoriza al titular de la póliza de grupo, patrón o administrador del plan de prestaciones para que proporcione a la aseguradora arriba señalada, la información financiera y la relacionada con el empleo. Entiendo que esta autorización es válida para la duración de la cobertura de la póliza antes señalada y que una copie de dicha autorización tendrá la misma validez que el original. Entiendo que yo o mi representante autorizado podemos solicitar una copie de dicha autorización.

Autorizo el pago de las prestaciones médicas al médico o al prestador del servicio recibido. ☐ **SÍ** ☐ **NO**

FIRMA DEL SOLICITANTE O DE PERSONA AUTORIZADA — FECHA

SECCIÓN C — FORMULARIO DE SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN DE SEGURO MÉDICO

INFORMACION DEL SOLICITANTE

1. MEDICARE	MEDICAID	RÉGIME DE SANTÉ GRUPO CHAMPUS CHAMPVA	FECA BLK LUNG	OTRO	1a. NUMÉRO DE IDENTIFICATION DEL ASEGURADO
☐ (N° Medicare)	☐ (N° Medicaid)	☐ (N° SS patrocinador) ☐ (N° expediente VA) ☐ (N° SS o identif.)	☐ (N° SS)	☐ (Identificación)	

2. APELLIDO DEL PACIENTE (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	3. FECHA DE NAISSANCE DEL PACIENTE DD / MM / AA	SEXO M ☐ F ☐	4. NOMBRE DE EL ASEGURADO (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

5. DIRECCIÓN DEL PACIENTE (N°, calle)	6. PARENTESCO DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO ÉL MISMO ☐ CÓNYUGE ☐ HIJO ☐ OTRO ☐ (ESPECIFIQUE)	7. DIRECCIÓN DE EL ASEGURADO (N°, calle)
CIUDAD / ESTADO	8. ESTADO CIVIL DEL PACIENTE Soltero ☐ Casado ☐ Otro ☐	CIUDAD / ESTADO
CODE POSTAL / N° DE TÉLÉPHONE ( )	Empleado ☐ Estudiante de tiempo completo ☐ Estudiante de medio tiempo ☐	CÓDIGO POSTAL / N° DE TELÉFONO ( )
9. NOMBRE DE OTRO ASEGURADO	10. ¿SE RELACIONA EL ESTADO DEL PACIENTE CON:	11. NUMÉRO DE PÓLIZA DE GRUPO O DE FECA DEL ASEGURADO
A. NUMÉRO DE PÓLIZA OU DE GRUPO DE L'OTRO ASEGURADO	A. EL TRABAJO DEL PACIENTE? SÍ ☐ NO ☐	A. FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE DD MM AA / SEXO M ☐ F ☐
B. FECHA DE NACIMIENTO DEL OTRO ASEGURADO DD MM AA / / / SEXO M ☐ F ☐	B. UN ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO? SÍ ☐ NO ☐	B. NOMBRE DEL PATRÓN O ESCUELA
C. NOMBRE DEL PATRÓN O ESCUELA	C. OTRO TIPO DE ACCIDENTE? SÍ ☐ NO ☐	C. NOMBRE DE PLAN DE SEGURO O PROGRAMA
D. NOMBRE DEL PLAN DE SEGURO O PROGRAMA	D. RESERVADO PARA USO LOCAL	D. ¿EXISTE OTRO PLAN DE PRESTACIÓN DE SALUD? SÍ ☐ NO ☐ **Si afirmativo**, llene los punto de 9 A a D

12. FIRMA DEL PACIENTE OU D PERSONA AUTORIZADA.
Autorizo la divulgación de cualquier información médica u otra información necesaria para el trámite de esta solicitud de indemnización. Asimismo, solicito el pago de las prestaciones gubernamentales para mí mismo o para la parte que acepte la cesión a continuación.

Firma _____ Fecha _____

13. FIRMA DE EL ASEGURADO OU DE PERSONA AUTORIZADA.
Autorizo el pago de las prestaciones médicas al médico suscrito o al prestador de servicios descrito a continuación.

Firma _____ Fecha _____

14. FECHA DE LA ACTUAL: ENFERMEDAD (primer síntoma) O GRAVIDEZ (fecha de última regla) U LESIÓN (Accidente) DD MM AA	15. SI EL PACIENTE TUVO LA MISMA ENFERMEDAD O UNA SIMILAR, DÉ LA FECHA DE LA PRIMERA APARICIÓN : DD MM AA / /	16. Fechas de imposibilidad de trabajo del PACIENTE : DD MM AA DD MM AA DEL: / / AL: / /
17. NOMBRE DEL MÉDICO QUE INFORMA U OTRA FUENTE	17a. N° D'IDENTIFICATION DEL MÉDECIN TRAITANT	18. Fechas De hospitalización relacionada con los servicios actuales: DD MM AA DD MM AA DEL: / / AL: / /
19. RESERVADO PARA USO LOCAL		20. ¿LABORATORIO EXTERNO? GASTOS EN USD SÍ ☐ NO ☐ |
21. DIAGNOSTICO O NATURALEZ DE LA LESION O ENFERMEDAD (RELACIONE LOS PUNTOS O 1, 2, 3 O 4 AL PUNTO 24E, POR RENGLÓN) 1 |_____ 3 |_____ 2 |_____ 4 |_____		22. NUEVA PRESENTACIÓN DE MEDICAID CLAVE N° DE REF ORIGINAL. 23. NUMERO DE AUTORIZACIÓN ANTERIOR

24. A FECHA(S) DEL SERVICIO DEL DD/MM/A	AL DD/MM/A	B Lugar del servicio	C Tipo de servicio	D PROCEDIMIENTOS, SERVICIOS OU MATERIALES (Explique circunstancias inhabituales)	E CLAVE DEL DIAGNÓSTICO	F CARGOS EN USD	G DÍAS O UNIDADÉS	H Plan Familiar DPSDT	I EMG	J COB	K RESERVADO PARA USO LOCAL

25. N° DE CAUSANTE FEDERAL N° SS ☐ EIN ☐	26. N° DE CUENTA DEL PACIENTE	27. ¿ACEPTA LA CESIÓN ? ☐ SÍ ☐ NO	28. TOTAL DE CARGOS USD |	29. MONTO PAGADO USD |	30. SALDO DEUDOR USD |

31. FIRMA DEL MÉDECO O PRESTADOR (DÉ TÍTULOS O CREDENCIALES) (Certifico que les declaraciones corresponden a esta factura y constituyen parte de ésta.) FIRMA FECHA	32. NOMBRE ET DIRECCIÓN DE LAS INSTALACIONES DONDE LOS SERVICIOS FUERON PRESTADOS (si distinto de casa o consultorio).	33. NOMBRE, DIRECCIÓN, CÓDIGO POSTAL ET N° DE TELÉFONO DEL MÉDICO O PRESTADOR N° DE PIN | N° DE GRP

CLAVES DEL LUGAR DE SERVICIOS

1-(H) - HOSPITAL DE PATIENTES INTERNOS	4-(H)- DOMICILIO DEL PACIENTE	7-(NH) ASILO DE ANCIANOS	O-(OL)- OTROS LUGARES
2-(OH) - HOSPITAL DE PATIENTES EXTERNOS	5- - INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA DIURNA (PSY)	8-(SNF)- INST. DE CUIDADOS INTERMEDIOS	A-(IL)- LABORATORIO INDEPENDIENTE
3-(O) - CONSULTORIO MÉDICO	6- - INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA NOCTURNA (PSY)	9- - AMBULANCIA	B- - OTRO