



**SPECIALTY  
BENEFITS, INC.**  
an affiliate of K&K Insurance Group, Inc.



**Nationwide®**  
*On Your Side™*

**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN  
DE ACCIDENTE DE  
UN ESTUDIANTE O ATLETA**

**Cobertura en Exceso**

**CUENTAS DE JARDÍN DE INFANTES HASTA 12º GRADO (K-12)**

**DEPARTAMENTO DE RECLAMACIONES**

1712 Magnavox Way, P.O. Box 2338 | Fort Wayne, IN 46801-2338  
Tel.: 800-237-2917 | Fax: 312-381-9077 California License #0334819  
Correo electrónico: kk.PAClaims@kandkinsurance.com  
www.kandkinsurance.com

# INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN

**NOTA: El Formulario de Reclamaciones debe completarse en su totalidad y firmarse. Presente su reclamación sin demora. El hecho de no hacerlo podría tener como resultado la denegación de la cobertura.**

## Procedimientos básicos para presentar la Declaración de Reclamación

1. Un directivo de la institución educativa completará su parte y luego entregará el formulario de reclamación al estudiante o al (a los) padre(s)/tutor(es) del estudiante o atleta para que lo complete(n).
2. El (los) padre(s)/tutor(es) del estudiante o atleta completará(n) la parte correspondiente del formulario. Adjunte cualquier factura médica relacionada y la explicación de beneficios del seguro principal y envíelo a K&K Insurance Group, Inc.

## Al Estudiante o Atleta/Padre o Madre/Tutor

Si está adjuntando facturas médicas relacionadas, estas facturas deben incluir el nombre, la afección (diagnóstico), tipo de tratamiento proporcionado al paciente, fecha en que se incurrió en el gasto y los cargos efectuados. Para los cargos del hospital, sería un UB04 y para los cargos del médico/adicionales, sería un CMS1500. Los proveedores médicos también pueden facturar a K&K Insurance Group, Inc. directamente a la dirección indicada arriba.

### SECCIÓN I – DEBE SER COMPLETADA POR EL (LOS) PADRE(S)/TUTOR(ES) DEL RECLAMANTE

1. Nombre del alumno Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_
2. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino
3. Grado al que asiste el estudiante en la institución educativa: \_\_\_\_\_
4. Dirección particular: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono particular del (de los) padre(s)/tutor(es): \_\_\_\_\_
5. Fecha del accidente: \_\_\_\_\_ Hora del accidente: \_\_\_\_\_  a. m  p. m  
Naturaleza de la lesión: \_\_\_\_\_ Describe exactamente cómo ocurrió el accidente: \_\_\_\_\_
6. Naturaleza de la actividad y ubicación en que se sufrió la lesión (marcar todas las casillas que correspondan):
 

<input type="checkbox"/> Jardín de infantes	<input type="checkbox"/> Escuela primaria	<input type="checkbox"/> Escuela secundaria
<input type="checkbox"/> Preparatoria	<input type="checkbox"/> Cafetería	<input type="checkbox"/> Actividades en el aula
<input type="checkbox"/> Deportes entre distintas escuelas	<input type="checkbox"/> Deportes dentro de la institución, <i>nombre del deporte, si corresponde:</i> _____	<input type="checkbox"/> Otra actividad (especificar) _____
<input type="checkbox"/> Club de deportes	<input type="checkbox"/> Clase de educación física	<input type="checkbox"/> Durante el viaje hacia o desde el evento
<input type="checkbox"/> Durante la práctica	<input type="checkbox"/> Durante el juego	

Naturaleza de su participación:

<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Voluntario	<input type="checkbox"/> Estudiante/Jefe
<input type="checkbox"/> Participante atleta	<input type="checkbox"/> Animador	<input type="checkbox"/> Miembro de la banda
<input type="checkbox"/> Otra actividad (especificar) _____		
7. ¿Estudiante transferido?  Sí  No  
En caso afirmativo, identifique el nombre de la institución educativa anterior: \_\_\_\_\_
8. Nombre, dirección y número de teléfono del médico que primero le administró tratamiento: \_\_\_\_\_

9. ¿Ha tenido una lesión similar en el pasado?  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, descríbala y proporcione fechas: \_\_\_\_\_

10. Nombre, dirección y número de teléfono del médico que le administró tratamiento para la lesión previa: \_\_\_\_\_

11. ¿Está cubierto por otro plan de beneficios para gastos médicos?  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, proporcione los nombres del (de los) plan(es) y de la(s) persona(s) a través de las cuales está asegurado y su relación con usted: \_\_\_\_\_

**SI NO TIENE OTRO SEGURO SOBRE SU HIJO, PERO USTED Y/O SU CÓNYUGE ES O SON EMPLEADOS DE TIEMPO COMPLETO, PROPORCIONE UNA DECLARACIÓN DEL (DE LOS) EMPLEADOR(ES) DONDE SE INDIQUE QUE SU HIJO NO ESTÁ CUBIERTO POR NINGÚN SEGURO QUE OFREZCA(N).**

**TODOS LOS BENEFICIOS SE HARÁN PAGADEROS A LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS INVOLUCRADOS, A MENOS QUE SE ACOMPAÑE CON RECIBOS PAGADOS.**

### **ESTA ES UNA COBERTURA MÉDICA EN EXCESO.**

Por la presente, autorizo a cualquier médico, hospital o cualquier otro establecimiento médicamente relacionado, compañía de seguros, u otra organización, institución o persona que tenga cualquier registro en lo que respecta a conocimiento sobre mi persona, y/o el reclamante arriba mencionado, a revelar la totalidad de dicha información en cualquier momento en que así lo solicite K&K Insurance/Specialty Benefits y/o Nationwide Life Insurance Company o su representante. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan vigente y válida como el original.

Toda persona que a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros u otra persona presente formularios de reclamación de seguro que contengan información sustancialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información relacionada con cualquier dato sustancial al respecto, estará cometiendo un acto de seguro fraudulento, lo cual constituirá un delito.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_

## **SECCIÓN II – (DEBE SER COMPLETADA POR LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICIPANTE)**

**EL HECHO DE NO COMPLETAR ESTE FORMULARIO EN SU TOTALIDAD PUEDE TENER COMO RESULTADO UNA DEMORA INNECESARIA EN EL PROCESAMIENTO DE ESTA RECLAMACIÓN.**

1. Nombre del estudiante: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

2. Fecha del accidente \_\_\_\_\_

3. Actividad \_\_\_\_\_

4. Naturaleza de la lesión \_\_\_\_\_

5. Nombre del SISTEMA ESCOLAR o DISTRITO ESCOLAR participante \_\_\_\_\_

6. Nombre de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA participante \_\_\_\_\_

7. Por la presente certifico que mis declaraciones que anteceden en este formulario son verdaderas a mi leal saber y entender. Estoy al tanto de que si alguna de mis declaraciones anteriores en este formulario es intencionalmente falsa, puedo quedar sujeto a sanciones, que pueden incluir un procesamiento penal.

FIRMA DEL DIRECTIVO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA: \_\_\_\_\_

NOMBRE/CARGO EN LETRA DE IMPRENTA: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Toda persona que a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros u otra persona presente formularios de reclamación de seguro que contengan información sustancialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información relacionada con cualquier dato sustancial al respecto, estará cometiendo un acto de seguro fraudulento, lo cual constituirá un delito.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del Titular de la póliza (Directivo de la institución educativa) \_\_\_\_\_