



SEGURO DE ACTIVIDADES PAQUETE DE INSTRUCCIONES
PARA IGLESIA LOCAL, ESCUELA O CAMPAMENTO

Para procesar los reclamos de manera oportuna, por favor, siga estas instrucciones en detalle para las lesiones que se produjeron en un evento patrocinado por una iglesia local, escuela o campamento.

NO USE ESTE FORMULARIO PARA REPORTAR ACCIDENTES O LESIONES POR EMPLEADOS DE LA IGLESIA O ESCUELA.

La Póliza de Actividad es una póliza de seguro médico secundario, o el exceso de lesiones por accidentes relacionados. Esto significa que se pagará después de que su propio plan de salud haya pagado. Esta política puede pagar saldos restantes hasta los límites de la póliza. Sin embargo, si el perjudicado no tiene seguro de salud, nuestra póliza reembolsará los pagos médicos elegibles realizados por el reclamante. *Algunas exclusiones pueden aplicar o están sujetas a aprobación. En cualquier caso, un deducible de \$250 se aplicará, este deducible será la responsabilidad de la persona lesionada.

En caso de tener una muerte, desmembramiento y/o reclamo por parálisis, por favor llame al Administrador de Reclamos de la Cuadrangular al 213-989-4403 inmediatamente. Hay información adicional que será necesaria para procesar este tipo de reclamo. El Administrador de reclamos pasará la información al consejero legal de la Cuadrangular y dará previo aviso a la aseguradora AIG si se espera recibir una demanda legal por la lesión/incidente.

Instrucciones Generales:

- Al llenar el formulario (s), imprimir claramente en letras de molde con tinta azul.
- Llene cada espacio en blanco. Si la pregunta no se aplica a su reclamo, escriba "N / A" en la caja. Esto permitirá que el ajustador sepa que usted no pasó por alto la pregunta.

Instrucciones para completar el Formulario de Reclamo AIG Especial Accidentes y Enfermedad de Riesgos

PARA SER COMPLETADO POR LA IGLESIA / ESCUELA / CAMPAMENTO

SECCIÓN A

Completar toda "Sección A" en detalle. Esta sección es obligatoria para la presentación de un reclamo. En esta sección se establece la fecha del incidente, confirma la cobertura, colecta información adicional, incluyendo detalles sobre condiciones pre-existentes, tratamientos y médicos involucrados.

- 1) Proporcionar el nombre y número de código de la iglesia local, la escuela o campamento.
- 2) Incluir número de seguro social del reclamante.
- 3) La póliza renueva anualmente el 1 de marzo. La información de la póliza debe decir: 03.01.18 hasta 03.01.19.
- 4) Completar todas las secciones, incluyendo una breve descripción del incidente.
- 5) El pastor u otro miembro del personal autorizado debe firmar el formulario de reclamo antes de dárselo al lesionado o el tutor legal de la persona lesionada.

HIPAA

La regla HIPAA ofrece protecciones federales para la información de salud personal. La persona lesionada o tutor legal es responsable de leer y firmar el formulario de HIPAA para agilizar la tramitación de la reclamación.

Nota: Una vez que haya dado el formulario de reclamo a la persona lesionada o tutor, su oficina ya no puede manejar esta demanda debido a las leyes HIPAA. Es responsabilidad de la parte perjudicada completar los formularios de reclamación y los presentará a la oficina de la compañía de seguros o reclamos. El resto de la correspondencia y las llamadas deben ser entre la persona lesionada y el ajustador de reclamos.

PARA SER COMPLETADO POR LA PERSONA LESIONADA O TUTOR LEGAL

Por favor, tenga en cuenta que la póliza de la Actividades Aseguradas es secundaria (paga después del pago de él o de su propio plan de salud), o el exceso, a su seguro de salud personal. Esta póliza puede pagar saldos restantes hasta los límites de la póliza. Si la persona lesionada no tiene seguro de salud, nuestra póliza reembolsará los pagos médicos elegibles realizados por el reclamante. (Algunas exclusiones pueden aplicar o será sujeto a aprobación.)

La persona lesionada es responsable por un deducible de \$250 por siniestro (si usted no tiene seguro primario). Si usted tiene seguro primario, AIG renunciará el deducible. Cuando la aseguradora ajusta la reclamación, esta cantidad se deduce automáticamente de los pagos de reclamaciones. El ajustador enviará a la persona lesionada una Explicación de Beneficios (EOB) que indica de qué se ha pagado.

Si el deducible se aplica por AIG, la persona lesionada deberá escribir un cheque al médico, hospital o proveedor por el monto del deducible de \$250.

SECCIÓN B

Complete "Sección B" en detalle. Esta sección es obligatoria para la presentación de una reclamación. El lesionado o tutor debe proporcionar la información de seguro médico. Si la persona no tiene seguro médico, él / ella debe escribir "N / A" para indicar que esta información no ha sido pasada por alto.

- 1) La información de su póliza principal de seguro médico / de salud; si usted no tiene otra cobertura de seguro, por favor escriba "N / A" en esta sección.
- 2) Si el solicitante es menor de edad, incluya la información del tutor legal: nombre, relación con el demandante, y la dirección.
- 3) La dirección de sus empleadores y la información de contacto. Si un menor de edad, incluya el nombre del tutor legal.
- 4) Por favor lea la "Asignación de Beneficios" en el formulario de reclamación y marque la casilla correspondiente. Esta sección le permite autorizar el pago de beneficios de la póliza directamente a un proveedor de atención médica. **Se necesita su firma en la parte inferior del formulario.**

HIPAA

Para aquellos que tienen seguro de salud personal, nuestro programa es secundaria y algunos hospitales, consultorios médicos, y / o instalaciones de tratamiento no puede dar cualquier información a nuestros ajustadores de reclamos. Este formulario autoriza el proveedor para dar información médica y tratamiento a un tercero.

Por favor, lea la hoja de información adjunta; que es muy importante con respecto a la privacidad y la ley HIPAA. La regla HIPAA ofrece protecciones federales para la información de salud personal. La persona lesionada o tutor legal es responsable por leer y firmar el formulario de HIPAA para agilizar la tramitación del reclamo.

INFORMES DE LA DEMANDA

- 1) Una vez que el lesionado o tutor legal del lesionado ha completado y firmado los formularios, SOLO quédese con la copia de la primer página y el formulario de HIPAA.
- 2) Presentar el formulario de solicitud original, completado con el formulario de HIPAA a la siguiente dirección:

AIG Claims Insurance
Accident & Health Claims Department
P.O. Box 25987
Shawnee Mission, KS 66225-5987
Fax: 866-893-8574
Email: aandh.claimssubmissions@aig.com

- 3) Mande por correo, fax o correo electrónico una copia tanto del formulario de reclamación y la forma de HIPAA a Foursquare Insurance Services para nuestros registros a: Reclamaciones – Attn: Bridget Ellis, P.O. Box 26902, Los Angeles, CA 90026-0176, Fax: 213-989-4531, Email: bellis@foursquare.org
- 4) **Mantener una copia en sus archivos.**

LO QUE SE NECESITA PARA PROCESAR UNA RECLAMACIÓN

Para que una reclamación sea procesada, el lesionado es el responsable por contactar a todos los proveedores a presentar documentos a AIG para su revisión y procesamiento de pagos.

Esto incluiría la presentación de:

- 1) Recibos;
- 2) Una cuenta detallada de los servicios prestados, mostrando el nombre del reclamante, fechas de servicio, descripción y responsables de cada servicio, y la naturaleza de la lesión / diagnóstico (nota: se requiere el código de procedimiento / diagnóstico y proporcionada por su proveedor de atención de la salud). Un resumen de una facture o un recordatorio de un cobro retrasado normalmente no tiene la información necesaria y no se puede usar como sustituto al cobro original;
- 3) Las formas de facturación de seguros Detallado como CMS / HCFA 1500 forma para los médicos; Forma UB92 para las instalaciones; y
- 4) Explicación de Beneficios (EOB) de la compañía de seguro primario.

La iglesia no pagara ninguna factura por adelantado. Si el deducible se aplica por AIG, la persona lesionada deberá escribir un cheque al médico, hospital o proveedor por el monto del deducible de \$ 250.

AIG
Accident and Health Claims Department
PO Box 25987
Shawnee Mission, KS 66225 (800) 551-0824
Telephone (866) 893-8574 Facsimile

SOLICITUD DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre de Cliente:	
Nombre del Miembro A&H / Número de Ubicación:	
Número de Póliza:	SRG0009104952B
Fecha(s) del Servicio:	

Solicitado Por:	<input type="checkbox"/> Cliente
	<input type="checkbox"/> Representante Legalmente Autorizado
	<input type="checkbox"/> Otro
	Nombre:
	Relación con el Cliente:
	Contacto
	<input type="checkbox"/> Dirección de envío:
	Ciudad: _____ State: _____
	<input type="checkbox"/> Teléfono: () - <input type="checkbox"/> Fax: () -
<input type="checkbox"/> E-Mail:	

Propósito(s):	<input type="checkbox"/> Estado de la Reclamación
	<input type="checkbox"/> Enmienda (especificar por escrito en hoja aparte)
	<input type="checkbox"/> Otro (especificar por escrito en hoja aparte)

Información Requerida:	<input type="checkbox"/> Estado de la Reclamación
	<input type="checkbox"/> Diagnóstico
	<input type="checkbox"/> Otro/Específico:

Entiendo que la información usada o divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a nueva divulgación y ya no puede ser protegida bajo la ley federal.

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción ha sido tomada en dependencia de esta autorización. Si revoco mi autorización, la información descrita anteriormente ya no puede ser utilizada o revelada para los fines descritos en esta autorización. A no ser revocada antes, esta autorización expirará 180 días desde la fecha de la firma o en _____.

_____	_____
Firma del Cliente o Representante Legalmente Autorizado del Cliente	Fecha
_____	_____
Imprima el nombre del cliente o del representante Legal del cliente	Relación con el Cliente
_____	_____
Firma del Solicitante Individual	Fecha
_____	_____
Impresión del Solicitante Individual	Relación con el Cliente

Este formulario debe ser firmado por el Cliente o representante legalmente autorizado del Cliente y el solicitante individual. Envíe por fax el formulario completo a: 866-893-8574

AIG
 A&H Claims Department
 P.O. Box 25987
 Shawnee Mission, KS 66225-5987
 800-551-0824



PRUEBA DE PÉRDIDA NOMBRE DE GRUPO:
 International Church of the Foursquare Gospel
 NÚMERO DE PÓLIZA: SRG0009104952B

ACCIDENTE DE RIESGO ESPECIAL Y FORMULARIO DE RECLAMACIÓN ENFERMEDAD

INSTRUCCIONES			
1) Usted debe tener SECCIÓN A totalmente completa por un funcionario designado por el titular de la póliza. 2) SECCIÓN B debe ser completada, firmada y fechada por el reclamante o el padre / tutor del solicitante, si reclamante es un menor de edad. 3) Incluya las facturas detalladas de todos los gastos médicos que se reclama, incluyendo el nombre del reclamante, enfermedad que padece (diagnóstico), descripción de los servicios, la fecha de servicio (s) y el cargo realizado por cada servicio. POR FAVOR ENVIAR POR CORREO EL FORMULARIO COMPLETO Y FACTURA A LA DIRECCIÓN DE ARRIBA.			
<input type="checkbox"/> PLAN PRIMARIO - se pagan beneficios por gastos médicos cubiertos desde el primer dólar sin tener en cuenta los pagos efectuados por otro seguro hasta el máximo de la póliza		<input type="checkbox"/> PLAN DE EXCESO - gastos cubiertos elegibles se determinaran después de que los beneficios han sido pagados por otro seguro válido y cobrable. Usted debe presentar su reclamo a su otra compañía de seguros primero. Cuando reciba su Declaración de Beneficios (EOB) enviarnoslo junto con las facturas detalladas. Beneficios para los gastos elegibles serán pagados conforme a los términos de la póliza.	
La entrega de este formulario, o aceptación por parte de la Compañía, no deben interpretarse como una admisión de responsabilidad de la empresa, ni una renuncia de cualquiera de las condiciones del contrato de seguro.			
SECCIÓN A - debe ser completado y firmado por un representante designado por el asegurado			
NOMBRE Y UBICACIÓN DE LA IGLESIA / escuela, etc.			
NOMBRE COMPLETO DEL RECLAMANTE	NUMERO DE SEGURO	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO DEL RECLAMANTE
FECHA DE CINENZI DE CIBERTURA		FECHA DE FINALIZACION DE COBERTURA	
NATURALEZA DE LA LESIÓN O ENFERMEDAD (describir completamente, incluyendo qué parte del cuerpo se lesionó)		DESCRIBE CÓMO, CUÁNDO Y DÓNDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE OCURRIÓ (FECHA Y HORA)	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD		EL ACCIDENTE OCURRIÓ: A. MIENTRAS QUE EL RECLAMANTE ERA SUPERVISADO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO B. DURANTE ACTIVIDAD PATROCINADA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO C. DURANTE HORAS PROGRAMADAS <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO D. MIENTRAS VIAJA HACIA O DESDE LA ACTIVIDAD REGULARMENTE PROGRAMADO EN UN GRUPO SUPERVISADO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
INDICAR EL DEPORTE (SI APLICA)			
ULTIMO DIA DE TRABAJO	FECHA EN QUE VOLVIÓ AL TRABAJO	SALARIO SEMANALES	
REPRESENTANTE DEL ASEGURADO		NUMERO DE TELEFONO ()	
FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL ASEGURADO	FECHA	NOMBRE DEL SUPERVISOR	
SECCIÓN B - DEBE SER COMPLETADA			
NOMBRE, DIRECCIÓN, TELÉFONO Y # DE OTRAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS BAJO LAS QUE EL RECLAMANTE ESTÁ ASEGURADO:			# DE POLIZA
SI EL RECLAMANTE ES UN MENOR, NOMBRE DEL TUTOR / RELACIÓN CON EL DEMANDANTE			
DOMICILIO DEL DEMANDANTE (SI DEMANDANTE ES MENOR DE EDAD, NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL DE TUTOR)		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL DEMANDANTE	
NOMBRE / DIRECCIÓN / TELÉFONO # DE EMPLEADOR (SI DEMANDANTE ES MENOR DE EDAD, EL EMPLEADOR DE TUTOR)		# DE TRABAJO ()	
YO CONFIRMO QUE LA INFORMACION EN ESTE FORMULARIO ES VERDADERA Y CORRECIA SEGÚN MI CONUCIMIENTO			

Autorización y Asignación de Beneficios

El abajo firmante, autorizo a cualquier hospital u otra institución de atención médica, médico u otro profesional de la medicina, farmacia, organización de apoyo de seguros, agencia gubernamental, tomador del grupo, compañía de seguros, asociación, empleador o administrador del plan de beneficios que proporcionan a la Compañía de Seguros nombrado arriba o sus representantes, de cualquier y toda la información con respecto a cualquier lesión o enfermedad que sufre, la historia médica de, o cualquier consulta, prescripción o tratamiento a que, la persona cuya muerte, lesión, enfermedad o pérdida es la base de la reclamación y copias de todos los hospitales o médicos registros de esa persona, incluyendo información relacionada con la enfermedad y el uso de drogas y alcohol mentales, para determinara la elegibilidad para los pagos de beneficios bajo el Número de Póliza identificado anteriormente. Autorizo al asegurado del grupo, empleador o administrador del plan de beneficios para proporcionar la compañía de seguros antes mencionado con la información financiera y relacionada con el empleo. Entiendo que esta autorización es válida por el término de la cobertura de la póliza identificada anteriormente y que una copia de esta autorización se considerará tan válida como el original. Entiendo que yo o mi representante autorizado puede solicitar una copia de esta autorización.

Yo autorizo el pago de beneficios médicos al médico o proveedor de servicio realizado.

SÍ NO

RECLAMANTE O PERSONA AUTORIZADA PARA FIMAR	FECHA
--	-------

SRG_ASGN/REV 1.0, 8/2002