



1712 Magnavox Way P.O. Box 2338
Fort Wayne, Indiana 46801
Tel. (800) 237-2917
Unidad de Accidentes de Participantes
Fax (312) 381-9077
http://www.kandkinsurance.com



INFORME DE INCIDENTES DE Catholic Mutual

PARTE I

ASEGURADO	NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ NÚMERO DE PÓLIZA: _____ PARROQUIA/ESCUELA: _____ CIUDAD/ESTADO: _____
HORA y LUGAR DEL INCIDENTE	FECHA: _____ HORA: _____ ☐ a. m. ☐ p. m. ACTIVIDAD: _____ TIPO DE EVENTO: _____ LUGAR: _____
LE SUCEDIÓ A	NOMBRE: _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: ☐ Hombre ☐ Mujer TELÉFONO: (____) _____ DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____
FUNCIÓN	COMO: ☐ PARTICIPANTE ☐ VOLUNTARIO ☐ ESTUDIANTE ☐ OTRO: _____
LESIONES O DAÑOS APARENTES	PARTE DEL CUERPO: _____ CONDICIÓN: (Laceración, traumatismo, torcedura, fractura, etc.): _____ ☐ ATENCIÓN EN EL LUGAR ÚNICAMENTE, POR PARTE DEL (MÉDICO) (TÉCNICO MÉDICO EN EMERGENCIAS) (ENTRENADOR) OTRO: _____ ☐ AMBULANCIA, TRASLADADO A: _____ CIUDAD: _____ ☐ VÍCTIMA FATAL
ADMINISTRADOR O PASTOR DE LA PARROQUIA/ ESCUELA	NOMBRE: _____ TELÉFONO: (____) _____ TÍTULO: _____ ORGANIZACIÓN: _____ FIRMA: _____ FECHA: _____
DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE	DESCRIBA LO QUE SUCEDIÓ: _____ _____ _____ _____

PARTE II

PARA SER COMPLETADO POR LA PERSONA LESIONADA O EL PADRE/LA MADRE

PERSONA LESIONADA: _____	NOMBRE DEL CÓNYUGE (si corresponde): _____
NOMBRE DEL PADRE (si el lesionado es un menor): _____	NOMBRE DE LA MADRE (si el lesionado es un menor): _____
NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____	NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: _____	DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____	CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
TELÉFONO: (____) _____	TELÉFONO: (____) _____
COMPAÑÍA DE SEGUROS GRUPALES: _____	COMPAÑÍA DE SEGUROS GRUPALES: _____
NÚMERO DE PÓLIZA: _____	NÚMERO DE PÓLIZA: _____
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____	DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____	CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____
FIRMA: _____	FIRMA: _____

RENUNCIO A CUALQUIER DISPOSICIÓN LEGAL EN CONTRARIO Y POR ESTE MEDIO AUTORIZO A K&K O A SUS REPRESENTANTES A PROPORCIONARLE A CUALQUIER HOSPITAL, MÉDICO U OTRA PERSONA QUE ME HAYA ATENDIDO, Y A MI COMPAÑÍA ASEGURADORA, TODA INFORMACIÓN CON RESPECTO A LA LESIÓN ACCIDENTAL POR LA CUAL ESTOY RECLAMANDO BENEFICIOS DE SEGURO.

RENUNCIO A CUALQUIER DISPOSICIÓN LEGAL EN CONTRARIO Y POR ESTE MEDIO AUTORIZO A CUALQUIER HOSPITAL, MÉDICO U OTRA PERSONA QUE ME HAYA ATENDIDO, Y A MI COMPAÑÍA ASEGURADORA O EMPLEADOR, FACILITAR A K&K O A SUS REPRESENTANTES TODA LA INFORMACIÓN CON RESPECTO A CUALQUIER ENFERMEDAD O LESIÓN, HISTORIAL MÉDICO, CONSULTA, RECETAS O TRATAMIENTO, Y COPIAS DE TODOS LOS REGISTROS HOSPITALARIOS, MÉDICOS O DE SEGUROS, INCLUIDA, ENTRE OTROS, INFORMACIÓN CON RESPECTO A OTRAS COBERTURAS DE SEGURO. ACEPTO QUE UNA FOTOCOPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN SE CONSIDERE TAN EFECTIVA COMO LA ORIGINAL.

ENTIENDO QUE ESTA AUTORIZACIÓN ES NECESARIA PARA FACILITAR LA OBTENCIÓN Y EL SUMINISTRO DE INFORMACIÓN NECESARIA PARA PROCESAR MI RECLAMACIÓN CON RAPIDEZ.

FIRMA: _____ FECHA: _____

Tenga en cuenta lo siguiente: si la persona lesionada es un menor, la firma deberá ser del padre, la madre o el tutor legal.



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE SEGURO CONTRA ACCIDENTES DEL PARTICIPANTE DE Catholic Mutual

(NOTA para el Participante/Padre/Madre/Tutor: El Formulario de Informe y Reclamación se devolverá si no se encuentra totalmente completo y firmado.)

Procedimientos básicos para el envío del informe de incidente

1. El Administrador o Pastor de la Parroquia/Escuela completará la PARTE I, el informe del incidente y colocará su firma y la fecha donde se indica; luego le entregará el formulario al participante.
2. El participante o el padre/madre/tutor del participante completarán la PARTE II y lo enviarán a K&K Insurance Group, Inc.
3. La cobertura conforme a esta póliza es adicional/secundaria. Si el estudiante tiene otro seguro, infórmele al proveedor médico que se debe facturar al otro seguro como seguro principal y esta póliza como seguro secundario. Si esto se realiza, los proveedores médicos le facturarán al seguro secundario con los formularios necesarios.
4. No proporcionar las facturas médicas detalladas y la Explicación de Beneficios del seguro principal ocasionará una demora en el proceso de reclamación.

Para el Participante/Padre/Madre/Tutor:

Adjunte facturas actuales detalladas de médicos, hospitales u otros proveedores por gastos médicos relacionados con el accidente que se reclamen, como así también la Explicación de Beneficios de la aseguradora principal que indique sus pagos y denegaciones. Dichas facturas deberán indicar el nombre del paciente, su condición (diagnóstico), el tipo de tratamiento proporcionado, la fecha en que se incurrió en el gasto y los cargos realizados.

ENVIAR POR CORREO A:

K&K INSURANCE GROUP, INC.

Claims Department

P.O. Box 2338

Fort Wayne, Indiana 46801-2338

(800) 237-2917

Para preguntas generales sobre reclamaciones o para consultar el estado de una reclamación, llame al:

800-237-2917 o fax electrónico: 312-381-9077

Correo electrónico del departamento: KK.PAClaims@kandkinsurance.com

(para utilizarse al remitir nuevas reclamaciones y documentos adjuntos para reclamaciones existentes)

1029-AXIS-CATHMUT-05/20

AVISO IMPORTANTE

• **En general, y de manera específica para los residentes de Arkansas, Illinois, Louisiana, Rhode Island y Virginia Occidental:** Toda persona que intencionadamente presente un reclamo falso o fraudulento exigiendo el pago de un perjuicio o beneficio o que intencionadamente presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y encarcelamiento en prisión.

• **Para residentes de Alabama:** Toda persona que intencionadamente presente un reclamo falso o fraudulento exigiendo el pago de un perjuicio o beneficio o que intencionadamente presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y podrá estar sujeta a indemnizaciones, multas y encarcelamiento en prisión, o a cualquier combinación de las penalidades anteriores.

• **Para residentes de Colorado:** Es ilegal proporcionar intencionadamente información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el fin de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, negación de seguro e indemnización por daños y perjuicios de responsabilidad civil. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que intencionadamente proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos a un tomador o reclamante con el fin de defraudar o intentar defraudar al tomador o reclamante con respecto a una liquidación o fallo a pagar con cargo al producto del seguro será denunciado ante la división de seguros de Colorado, dentro del departamento de agencias reguladoras.

• **Para los residentes del Distrito de Columbia:** **ADVERTENCIA:** Constituye delito proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el fin de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento o multas. Además, una aseguradora podrá denegar beneficios de seguro si el solicitante proporcionó información falsa estrechamente relacionada con un siniestro.

• **Para residentes de Florida:** Toda persona que intencionadamente, y buscando perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una notificación de siniestro o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave de tercer grado.

• **Para residentes de Kentucky:** Toda persona que intencionadamente, y buscando defraudar a cualquier compañía de seguros, presente una solicitud de seguro que contenga información esencialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información relacionada con cualquier hecho importante relacionado incurrirá en un acto fraudulento en contra del seguro, constitutivo de delito.

• **Para residentes de Maine, Tennessee y Washington:** Constituye delito proporcionar intencionadamente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y negación de beneficios del seguro.

• **Para residentes de Oregón:** Toda persona que intencionada y dolosamente presente un reclamo falso o fraudulento exigiendo el pago de un perjuicio o beneficio, o que intencionada o dolosamente presente información falsa en una solicitud de seguro podrá ser culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y encarcelamiento en prisión.

• **Para los residentes de Maryland:** Toda persona que intencionada o dolosamente presente un reclamo falso o fraudulento exigiendo el pago de un perjuicio o beneficio, o que intencionada o dolosamente presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y encarcelamiento en prisión.

• **Para residentes de New Jersey:** Toda persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud de una póliza de seguro estará sujeta a sanciones penales y civiles.

• **Para residentes de Nuevo México:** TODA PERSONA QUE INTENCIONADAMENTE PRESENTE UN RECLAMO FALSO O FRAUDULENTO EXIGIENDO EL PAGO DE UN PERJUICIO O BENEFICIO, O QUE INTENCIONADAMENTE PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO SERÁ CULPABLE DE UN DELITO Y PODRÁ ESTAR SUJETA A MULTAS CIVILES Y SANCIONES PENALES.

• **Para los residentes de Nueva York:** Toda persona que intencionadamente, y buscando defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una notificación de siniestro que contenga información esencialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información relacionada con cualquier hecho importante relacionado incurrirá en un acto fraudulento en contra del seguro, constitutivo de delito, y también estará sujeta a una sanción civil que no superará los cinco mil dólares y el valor declarado del siniestro por cada uno de los ilícitos.

• **Para residentes de Ohio:** Toda persona que, buscando defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una notificación de siniestro que contenga una declaración falsa o engañosa será culpable de fraude contra el seguro.

• **Para residentes de Oklahoma:** **ADVERTENCIA:** Toda persona que intencionadamente, y buscando perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una notificación de siniestro reclamando el producto de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave.

• **Para residentes de Pennsylvania:** Toda persona que intencionadamente, y buscando defraudar a cualquier compañía de seguros, presente una solicitud de seguro o notificación de siniestro que contenga información esencialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información relacionada con cualquier hecho importante relacionado incurrirá en un acto fraudulento en contra del seguro, constitutivo de delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

• **Para residentes de Texas:** Toda persona que intencionadamente presente un reclamo falso o fraudulento exigiendo el pago de un perjuicio será culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

• **Para residentes de Virginia:** Toda persona que, buscando defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una declaración falsa o engañosa podrá haber incurrido en una violación de la ley del estado.

[AXIS-FRAUD 0220]

Estimado participante: Si tiene una cita con un médico por una lesión deportiva, muestre este documento en la secretaría de seguros del médico. Debe ser identificado como miembro de las siguientes redes de proveedores preferidos y/o sus filiales.

Estimado médico o proveedor: Este documento indica que este paciente participa en las siguientes redes de proveedores preferidos y/o sus filiales:



INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE SEGURO DE ACCIDENTES PARA LA PERSONA LESIONADA/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

A la persona lesionada/padre/madre/tutor legal:

Complete la parte II de este formulario de reclamación. Adjunte facturas actuales detalladas de médicos, hospitales u otros proveedores por gastos médicos relacionados con accidentes, así como la explicación del beneficio de la aseguradora principal que indique su pago y denegación. En las facturas debe figurar el nombre del paciente, el estado (diagnóstico), el tipo de tratamiento administrado, la fecha en que se incurrió en el gasto y los cargos realizados. Envíe este formulario a K&K Insurance Group, Inc. Tenga en cuenta lo siguiente: los formularios de reclamación se devolverán si no están totalmente cumplimentados y firmados. La omisión de información vital ocasionará un retraso en la tramitación de la reclamación.