

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? Si No
8. (A) Nombre de la Autoridad Escolar supervisando actividad _____
(B) ¿Fue Supervisor un testigo? Si 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)

Su Departamento de Seguros del Estado nos obliga a notificarle que:
Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación fraudulenta que contenga información falsa o engañosa es culpable de fraude de seguro y puede estar sujeta a multas y reclusión en la cárcel.

ATTENDINGS PHYSICIAN'S AND/OR DENTIST'S STATEMENT

IMPORTANT – THIS FORM MUST BE COMPLETED AND RETURNED TO THE COMPANY WITHIN 90 DAYS ACCOMPANIED BY ITEMIZED BILLS INCURRED TO THAT DATE. PLEASE BE CERTAIN THAT ASSIGNMENT SECTION ON THE OTHER SIDE IS COMPLETED IN FULL, IF YOU WISH PAYMENT MADE TO YOUR OFFICE.

1. Name of Patient _____ Alternate Name _____ Age _____ Sex _____
2. Date of Accident _____
3. When, Where and How do You Understand the Injury Occurred ? _____
4. Date You First Treated Patient for Injury _____ 20____ Hour _____ AM PM
5. Nature and Extent of Injuries (state objective findings and describe complications, if any) _____
6. Are There Any Other Contributing Causes, Congenital Conditions, Illnesses or Infirmities? (Describe) _____
7. Patient Hospitalized From _____ 20 ____ To _____ 20 ____
8. Name and Address of Hospital _____
9. What Operation or Operative Procedure was Performed? Or Nature of Treatment? _____
What is the Procedure Code Number ? _____
If Fracture, Treated by: Reduction Immobilization Without Reduction
10. Has Patient Fully Recovered from His/Her Injury? _____
If Not, What Further Treatment, if any, Will be Necessary? _____
11. If Patient was Referred to You by Another Physician or Dentist, Please give Name and Address. _____
12. Dates Patient Attended _____

PLEASE ATTACH ITEMIZED BILL.

13. To What Other Insuring Organizations are You Reporting These Services? (Please give Name, Addr. City, St. & Zip) _____
14. What Payments Have Been Received or are Anticipated from any Other Hospital or Medical Insurance or Plan? _____

SIGNATURE OF PHYSICIAN _____ **DEGREE** _____ **DATE** _____

Drs. Taxpayer I.D. or SS # must be completed if benefits assigned. _____

DENTAL INJURY

ANSWER ALL QUESTIONS BELOW, IN ADDITION TO THOSE ABOVE, IF DENTISTRY.

1. Identify Teeth Involved in the Accident and Indicate on Chart _____
2. Describe Exact Nature of Injury _____
3. Nature of Treatment _____
4. Condition of Injured Teeth Prior to Accident
Vital Whole Sound Filled Capped Artificial

1 2 3 4 5 6 7 8	9 10 11 12 13 14 15 16
32 31 30 29 28 27 26 25	24 23 22 21 20 19 18 17
A B C D E T S R Q P	F G H I J O N M L K

SIGNATURE OF DENTIST _____ **DEGREE** _____

ADDRESS _____ **DATE** _____

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 de salud

Esta autorización fue preparada por GTL a los efectos de obtener la información necesaria para procesar un reclamo de beneficios.

Póliza / Certificado # _____

A la presentación del original o una fotocopia de esta autorización firmada, yo autorizo, sin restricción alguna (excepto notas de psicoterapia), cualquier médico licenciado, profesional médico, hospital u otra institución de atención médica, organización de apoyo de seguros, farmacia, agencia gubernamental, compañía de seguros, póliza de grupo, el empleador o administrador del plan de beneficios para proporcionar Guarantee Trust Life Insurance Company (GTL) o un agente, abogado, agencia de información o administrador independiente, que actúa en el nombre, todos los consejos de la información relativa a, atención o tratamiento siempre que el paciente, empleado o fallecida nombrada a continuación, incluyendo toda la información relativa a las enfermedades mentales, uso de drogas o el uso de alcohol. Esta autorización también incluye la información proporcionada a nuestra división de salud para la suscripción o servicio de reclamación y la información proporcionada a cualquier compañía de seguros afiliada en las aplicaciones anteriores. Si esta autorización es para alguien que no sea yo, ese individuo y mi autoridad para actuar en su nombre se explica a continuación. Entiendo que yo o mi representante tendrán derecho a recibir una copia de la autorización a petición.

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 (nuestra) agente o la empresa en la dirección anterior. Entiendo que la revocación no será efectiva en la medida en la empresa se ha basado en el uso o divulgación de la información de salud protegida o si mi autorización se obtuvo como condición para determinar mi elegibilidad para los beneficios. Peticiones revocación debe ser enviada por escrito a la atención del Director del Departamento de Reclamación.

Entiendo que Guarantee Trust Life Insurance Company puede condicionar el pago de una reclamación al firma esta autorización, si es necesaria la divulgación de información para determinar el nivel o la validez del pago de la reclamación. También entiendo una vez que la información sea revelada a nosotros en virtud de esta autorización, la información permanecerá protegida por GTL, de acuerdo con la ley federal o estatal.

Esta autorización es válida a partir de la fecha de la firma para la duración de la reclamación.

(Por favor usar letra de molde) Nombre del paciente Fecha de nacimiento

Firma del Paciente Fecha

(Por favor usar letra de molde) Nombre del representante autorizado, o pariente más cercano

Relación del representante autorizado o pariente más cercano con el paciente

Firma del representante autorizado o de Familiares Fecha