

2024-25
Formulario de Accidente del Estudiante
Lea las instrucciones en la página
siguiente antes de completar

**POR FAVOR MANDE LOS
FORMULARIOS A:
CLAIMS ADMINISTRATOR
RPS BOLLINGER
P.O. Box 1346
Morristown, NJ 07962
or email:
BollingerSchoolClaims.GBS@AJG.com**

1. Distrito Escolar	2. Escuela que Asiste el Niño/la Niña en el Distrito:	3. Master Policy No.:
4. Apellido del Reclamador:	Primer Nombre:	5. Fecha de nacimiento
		6. ☐ Masculino ☐ Femenino
7. Telefono		
8. Dirección:	9. Ciudad / Estado / Zona Postal:	
10. Dirección de correo electrónico personal del padre o tutor:		

11. Marque actividad en cual participaba el estudiante cuando tuvo el accidente:

- A. ☐ Deportes Intrescolasticos _____ Nombre del Deporte _____
- B. ☐ Animadoras ☐ Batutera o Banderetera ☐ Banda de Musica
- 0:
- | | | |
|---|--|--|
| 01 ☐ Clase de Educación Fisica | 04 ☐ Yendo y Viniendo a/de la Escuela | 07 ☐ Actividad Extra-Curricular (Despues de Escuela) Dentro de la Escuela |
| 02 ☐ En la Clase o en el Pasillo | 05 ☐ Viajando en Grupo | 08 ☐ Actividad Extra-Curricular FUERA de la Escuela |
| 03 ☐ En el Patio de Recreo (pero NO durante clase de Educación Fisica) | 06 ☐ Actividad Fuere de la Escuela (Plan de 24 horas) | 09 ☐ Espectator |
- ¿La Escuela estaba en sesion? ☐ Si ☐ No Hora de Entrada: _____ Hora de Salida: _____

12. Fecha del Accidente:	13. Hora: ☐ A.M. ☐ P.M.	14. ¿Cómo ocurrió el accidente?
15. ¿Donde ocurrió el accidente?		16. Parte del cuerpo herida/o:

17. Certifico que la actividad indicada arriba es patrocinada y supervisada por la escuela y que se cubre bajo una poliza que solicito y compro el dueño de dicha poliza.

Firma de Administrador (a) Escolar _____ Título: _____ Fecha _____

Dirección de correo electrónico _____ Número de teléfono _____

**AUTORIZACION Y PRUEBA DE OTRO SEGURO, TIENE QUE
COMPLETARLO LOS PADRES O EL GUARDIAN**

AUTORIZACIONES MEDICA: Autorizo entrega de cualquier informe medico tipo que sea necesario para procesar esta reclamacion, inclusivo de todos los datos pertinentes a esta limitación o otra incapacidad preva.	AUTORIZACIÓN DE PAGO: Autorizo pagar beneficios medicos directamente a los proveedores que prestaron servicios..
FIRMA _____ FECHA _____	FIRMA _____ FECHA _____

1. Nombre del Padre:	2. Nombre y Dirección de su Empleo:
3. Nombre de la Madre:	4. Nombre y Dirección de su Empleo:

5. ☐ NO tengo/tenemos seguro personal o de grupo de ningun tipo. La carta de mi empleo verificando que no tengo seguro medico esta uncluida.
- ☐ NO tengo/tenemos seguro medico soy/somos: ☐ Empleo Propio ☐ Desempleado ☐ Invalido
- ☐ Si, tengo/tenemos seguro personal o de grupo (Por favor complete #6).
- ☐ **Tenemos un plan financiado por el gobierno. (Medicaid, Tricare, etc.).** Si usted tiene seguro de enfermedad, por favor suplirnos con una copia de su tarjeta.

6. Nombre de Otra(s) Compañia(s) de Seguro	Dirección

Certifico, juro y afirmo que los informes dados aqui son verdaderos y correctos. Entiendo por completo que cualquier representación fradulenta hecha por mi con intenciones de recibir beneficios baja esta poliza constituye un fraude y puede ser castigable bajo la ley.

Firma de Madre/Padre/Guardian: _____ Fecha _____

PADRES: POR FAVOR LEER TODAS LAS INSTRUCCIONES ANTES DE MANDAR UN RECLAMO:

ESTE FORMULARIO DEBE DE SER MANDADO POR CORREO, CORREO ELECTRONICO O POR FAX A RPS BOLLINGER DURANTE LOS 90 DIAS DESDE QUE OCURRIO EL ACCIDENTE PARA ESTABLECER EL ARCHIVO DE SU HIJO/A.

POR CORREO A ADMINISTRACION DE RECLAMOS: RPS Bollinger, PO Box 1346, Morristown, NJ 07962

POR CORREO ELECTRONICO: bollingerschoolclaims.gbs@ajg.com con el nombre de su hijo/a en la linea de tema.

POR FAX: 973-921-2876. Por favor incluir una portada con lo siguiente:

ATENCION DEPARTAMENTO DE ESCUELA DE RECLAMOS

El Seguro de accidente es comprado por la Junta de Educacion/Escuela cubre solamente en **BASES EXCESIVAS** solamente. Esto quiere decir que los gastos medicos que **NO SON** pagados por el seguro personal o grupo de seguros son elegibles en el coverage de esta poliza. Sujeta a las limitaciones y exclusiones.

Por favor asegurese de que:

1. La escuela tiene que completar la porcion de arriba en la hoja de reclamo, incluyendo todas las preguntas hasta el numero 17. Los padres completan la parte de abajo, firmar y agregar el dia en las hoja de reclamo y luego mandar una copia a RPS Bollinger.

Una vez que allan mandado esta hoja de reclamo a RPS Bollinger, empiezen a mandar todas las cuentas que an sido sometidas a su seguro personal o grupo de seguro (incluyendo su Cobertura Medica Mayor).

2. Despues de que su seguro de salud alla procesado las cuentas medicas, hacer que los proveedores, presenten facturas detalladas (**UB04 del Hospital/y CMS 1500 de todos los medicos/proveedores**) con el correspondiente Expicacion de Beneficios de su seguro primario. Por favor tenga en cuenta si usted le pago a los proveedores todos los formularios y prueba de que usted hizo los pagos de su bolsillo, por favor mandarlos par que le hagan la evolucion. **Por favor no enviar declaraciones de balances adeudados, facturas o libros de contabilidad no detallados.**

Si este reclamo es un **accidente dental**, el dentist debe de enviar los servicios relacionados solo en **ADA Dental formulario J430** y copias que le corresponden a la Explicacion de Beneficios de su seguro primario.

3. Despues de enviar su hoja reclamo complete y al recibir su primer **Explicacion de Beneficios** de parte de RPS Bollinger, ya usted obtendra un numero de reclamo y puede visitor nuestro website **@www.bollingerschools.com** para participar en el portal de esta linea y asi chequear el estado del reclamo de su hijo/a.

POR FAVOR NO LLAME A LA ESCUELA.

Si usted tiene preguntas de este proceso, por favor llame al numero 866-267-0092 durante las horas de 8am to 4:15pm Hora Estandar del Este de Lunes a Viernes. Si usted no puede durante las horas regulares de trabajo, por favor sientases libre de dejar un mensaje al Servicio del Cliente y se comunicaran con usted el proximo dia.

PLAN ADMINISTRACIÓN Y RECLAMO DE SERVICIO POR:



BOLLINGER SPECIALTY GROUP

P.O. BOX 1346, MORRISTOWN, N.J. 07962

TELEPHONE 866-267-0092

FAX 973-921-2876

www.BollingerSchools.com



2022-2023 Plan de Seguro para Accidentes Studentiles

Instrucciones para Hacer un Reclamo

Recorte o Muestre a su Proveedor Médico



Student Accident (Secondary/Excess Insurance)

Providers & Hospitals, please bill RPS Bollinger directly including the name of Patient, Name of District, Diocese or Independent School and Diagnosis on all bills.

This is not a contract of insurance. The terms and conditions of coverage are set forth in the Policy issued to the school / Policyholder. The Policy is subject to the laws of the state in which it was issued.

*
*
*
*
*
*
*
*
*

SEND ALL FORMS TO CLAIMS ADMINISTRATOR:

RPS Bollinger
PO Box 1346
Morristown, NJ 07962
or email to:

BollingerSchoolClaims.GBS@AJG.com

Questions: Please contact our Customer
Service Department @
1-866-267-0092

PREGUNTAS FRECUENTES

P. Cual es la razon de tener el seguro Secundario de accidentes?

R. Esta cobertura esta destinada para ayudar a cubrir los gastos medicos relacionados a un accidente que resulto pasar en la participacion en actividades de la escuela. La poliza paga **despues** del seguro primario que el estudiante tenga. Es asignado para cubrir gastos que no an sido pagados y serian la responsabilidad del paciente en su primer seguro Explicacion de Beneficios (EOB), como copagos, deducibles y otros tratamientos medicos, que estan sujetas a las limitaciones y exclusiones de la poliza.

P. Ademas de la hoja de reclamo, que documentos se necesitan para que el plan de seguro estudiantil procesen el reclamo?

R. El proveedor debe presentar una reclamacion de los siguientes documentos a la Administracion de Reclamo, RPS Bollinger:

1). Factura medica detallada - El proveedor facturara a la Administracion de Reclamo con un CMS 1500 o UB04 que obtendra la siguiente informacion:

- Nombre y direccion del proveedor
- Numero de Identificacion tributaria
- Dias de servicio
- Codigos de diagnostico y codigos de procedimiento
- El cobro de cada tramite

2) Explicacion principal de los Benefecios (EOB) - Esta es una declaracion de su principal compania de seguros que describe el cobro que sera cubierto o denegado y lo que cubre el seguro primero es la responsabilidad del paciente (copagos coseguro, deducible, etc.).



www.BollingerSchools.com



Fraud Warnings Disclosure

Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or another person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information, or conceals for the purpose of misleading information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent insurance act, which may subject the person to criminal and civil penalties. (Not applicable in AL, AR, CO, DC, FL, KS, KY, LA, MD, ME, NJ, NM, NY, OH, OK, OR, PA, PR, RI, TN, TX, VA, VT, WA, and WV.)

In Arkansas, Louisiana, Rhode Island, or West Virginia: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.

In Alabama: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or who knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to restitution, fines or confinement in prison, or any combination thereof.

In Colorado: It is unlawful to knowingly provide false, incomplete, or misleading facts or information to an insurance company for the purpose of defrauding or attempting to defraud the company. Penalties may include imprisonment, fines, denial of insurance and civil damages. Any insurance company or agent of an insurance company who knowingly provides false, incomplete, or misleading facts or information to a policyholder or claimant for the purpose of defrauding or attempting to defraud the policyholder or claimant with regard to a settlement or award payable from insurance proceeds shall be reported to the Colorado division of insurance within the department of regulatory agencies.

In District of Columbia: Warning: It is a crime to provide false or misleading information to an insurer for the purpose of defrauding the insurer or any other person. Penalties include imprisonment and/or fines. In addition, an insurer may deny insurance benefits if false information materially related to a claim was provided by the applicant.

In Florida: Any person who knowingly and with intent to injure, defraud, or deceive any insurer files a statement of claim or an application containing any false, incomplete, or misleading information is guilty of a felony of the third degree.

In Kansas: Any person who, knowingly and with intent to defraud, presents, causes to be presented or prepares with knowledge or belief that it will be presented to an insurer, purported insurer, or to or by a broker or any agent thereof, any written statement as part of, or in support of, an application for the issuance of, or the rating of an insurance policy for personal or commercial insurance, or a claim for payment or other benefit pursuant to an insurance policy for commercial or personal insurance which such person knows to contain materially false information concerning any fact material thereto; or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent insurance act and may be subject to criminal and/or civil fines or penalties.

In Kentucky: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance containing any materially false information or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime.

In Maine, Tennessee, Virginia, or Washington: It is a crime to knowingly provide false, incomplete or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties may include imprisonment, fines or a denial of insurance benefits.

In **Maryland**: Any person who knowingly or willfully presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or who knowingly or willfully presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.

In **New Jersey**: Any person who includes any false or misleading information on an application for an insurance policy is subject to criminal and civil penalties.

In **New Hampshire**: Any person who, with a purpose to injure, defraud, or deceive any insurance company, files a statement of claim containing any false, incomplete, or misleading information is subject to prosecution and punishment for insurance fraud, as provided in RSA 638:20.

In **New Mexico**: ANY PERSON WHO KNOWINGLY PRESENTS A FALSE OR FRAUDULENT CLAIM FOR PAYMENT OF A LOSS OR BENEFIT OR KNOWINGLY PRESENTS FALSE INFORMATION IN AN APPLICATION FOR INSURANCE IS GUILTY OF A CRIME AND MAY BE SUBJECT TO CIVIL FINES AND CRIMINAL PENALTIES.

In **New York**: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information, or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent insurance act, which is a crime and shall also be subject to a civil penalty not to exceed five thousand dollars and the stated value of the claim for each such violation.

In **Ohio**: Any person who, with intent to defraud or knowing that he is facilitating a fraud against an insurer, submits an application or files a claim containing a false or deceptive statement is guilty of insurance fraud.

In **Oklahoma**: WARNING: Any person who knowingly, and with intent to injure, defraud or deceive any insurer, makes any claim for the proceeds of an insurance policy containing any false, incomplete or misleading information is guilty of a felony.

In **Oregon**: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurer or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information upon which an insurer relies, if such information was either material to the risk assumed by the insurer or the misinformation was provided fraudulently, may commit a fraudulent insurance act, which may be a crime and may subject the person to criminal and civil penalties.

In **Pennsylvania**: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime and subjects such person to criminal and civil penalties.

In **Puerto Rico**: Any person who has committed fraud, as defined in the law, shall incur a felony, and if convicted, shall be sanctioned for each violation by a penalty of a fine of not less than five thousand dollars (\$5,000), nor more than ten thousand dollars (\$10,000), or a penalty of imprisonment for a fixed term of three (3) years, or both penalties. If there were aggravating circumstances, the fixed penalty thus established may be increased up to a maximum of five (5) years; if extenuating circumstances are present, it may be reduced to a minimum of two (2) years. In addition to the penalties provided in this chapter, any person who, as a result of the fraud thus committed is benefited in any way to obtain insurance, or in the payment of a loss pursuant to an insurance contract, shall be imposed the payment of restitution of the amount of money resulting from the fraud. Every violation shall have a prescription term of (5) five years.

In **Texas**: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.

In **Vermont**: Any person who knowingly presents a false statement in an application for insurance may be guilty of a criminal offense and subject to penalties under state law.