



TRABAJO DE CARÁCTER VOLUNTARIO

GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE/GBG ACCIDENT MEDICAL EXPENSE

Adventist Risk Management, Inc. 12501 Old Columbia Pike - Silver Spring, MD 20904

OFICINA: 1 (888) 951-4ARM (4276) | **FAX :** (301) 453-7060

CORREO ELECTRÓNICO : claims@adventistrisk.org

COMO PRESENTAR UNA SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN

1. Llene todos los incisos del formular junto.
2. Anexe los siguientes documentos:
 - Carta del pastor de la iglesia, del consejero principal o de un empleado de la conferencia que confirme que el accidente ocurrió cuando el voluntario participaba en una actividad de carácter voluntario programada, patrocinada y supervisada, o cuando viajaba hacia o desde una actividad de ese carácter;
 - Copias de facturas médicas desglosadas. Las facturas desglosadas deberán incluir el nombre del paciente, la fecha de servicio, el tipo de servicio prestado, el diagnóstico o la naturaleza de la condición a tratar y el nombre y domicilio del prestatario.
 - Copias de la explicación de las prestaciones de su aseguradora principal.
3. Envíe el formulario de solicitud de indemnización llenado y firmado y todos los documentos requeridos a:

Adventist Risk Management, Inc.

12501 Old Columbia Pike

Silver Spring, MD 20904

[Correo electrónico: claims@adventistrisk.org](mailto:claims@adventistrisk.org)

Teléfono: 1 (888) 951-4ARM (4276)

Fax : (301) 453-7060

4. Conserve una copia para sus archivos.

Este plan de seguros constituye un seguro adicional diseñado para proporcionar un máximo de ventajas a un costo mínimo. Es secundario a cualquier otro seguro que haya suscrito. Favor de presentar la totalidad de los gastos a su aseguradora principal primero. Después de que haya sido tramitado, favor de incluir su explicación de prestaciones cuando presente su solicitud de indemnización conforme a esta póliza.

Atención derechohabientes de Medicare y Medicaid: Este seguro es primaria a su cobertura Medicare o Medicaid. Si desea que el pago le sea entregado a Usted, deberá proporcionar una prueba de pago del proveedor.

EN CASO DE REQUERIR INFORMACIÓN O DOCUMENTACIÓN ADICIONAL, USTED SERÁ CONTACTADO POR UN AJUSTADOR.

Gastos médicos por accidente

Declaración del asegurado

(Favor de escribir con letra de molde —Si necesario, anexe una hoja adicional)

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre del asegurado _____ N° Seguro Social _____

Domicilio del asegurado _____ No de tel. (C) _____

_____ No de tel. (T) _____

Correo electrónico: _____ No de tel. (M) _____

Número de póliza (obligatorio) _____ Fecha de nacimiento del asegurado ____/____/____

¿Es Usted admisible o derechohabiente de Medicare? ____ ¿Es Usted derechohabiente de Medicaid ? ____

DATOS DE LA SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN

Fecha del 'accidente' ____/____/____ Hora y lugar del accidente _____

Describa en detalle las circunstancias del accidente (si necesario, anexe una hoja adicional) : _____

¿El accidente se relacionaba con la profesión del asegurado? _____ En caso afirmativo, ¿de qué manera? _____

Describa la naturaleza de las lesiones del asegurado : _____

¿La policía o alguna otra autoridad investigó el accidente? __ En caso afirmativo, señale el nombre, domicilio y número de teléfono de cada corporación y oficial que realizaron la investigación: _____

Señale el nombre y domicilio de cada médico tratante o de consulta u otros profesionales de la salud:

Nombre	Domicilio	Ciudad	Estado	CP	Teléfono
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Si fue hospitalizado, señale el nombre y domicilio de los hospitales en donde se recibió tratamiento: _____

¿Tiene otro seguro que pueda dar cobertura para este accidente o pérdida? _____ En caso afirmativo, señale el nombre, domicilio y número de póliza de todos los otros seguros : _____

AUTORIZACIÓN Y CESIÓN DE PRESTACIONES

Autorizo por medio de la presente a cual hospital, médico, patrón o cualquier otra persona que haya atendido o examinado al asegurado, para que proporcione, cuando le sea solicitado, cualquier información a NAHGA Claim Services respecto a cualquier lesión, póliza, cobertura de seguro, historial clínico, consultas, prescripciones o tratamientos, así como copias de todo los expedientes hospitalarios y médicos y les facturas detalladas. Sé que derecho a recibir una copia de esta autorización cuando lo solicite y que una fotocopia o fax de esta autorización tiene la misma validez que el original. Certifico a mi leal saber y entender la exactitud y fidelidad de la información que antecede y entiendo que cualquier persona que, consciente y deliberadamente intente defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una solicitud de indemnización que contenga información materialmente falsa, incompleta o engañosa o que voluntariamente oculte información material podrá estar sujeta a una demanda por fraude de seguros.

FIRMA (asegurado o persona autorizada) _____ Fecha ____/____/____

Autorizo el pago de las prestaciones médicas directamente al(a los) proveedor(es) por los servicios prestados en relación a esta solicitud de indemnización.

FIRMA (asegurado o persona autorizada) _____ Fecha ____/____/____

AUTORIZACIÓN DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN

Autorizo a Chubb & Son, una división de la Federal Insurance Company ("Chubb") y NAHGA para que proporcionen determinada información con respecto a mi solicitud de indemnización, incluyendo mi domicilio e información médica a Adventist Risk Management (ARM), Global Benefits Group (GBG) y sus agentes para facilitar la administración de la solicitud de indemnización y de la póliza. Entiendo que cualquier información que proporcione a ARM, GBG o sus agentes se rige por la política y los procedimientos de privacidad de las organizaciones respectivas y que dichas organizaciones no son proveedores de servicios de Chubb y que Chubb no es responsable de sus acciones. Esta autorización tendrá una vigencia de 24 meses y podrá ser revocada en cualquier momento bajo reserva de los derechos de los individuos quienes actuaron de acuerdo con la autorización anterior a la notificación de revocación. Para revocar esta autorización, contacte su representante de clientes.

FIRMA (asegurado o persona autorizada) _____ Fecha ____/____/____

AVISOS IMPORTANTES

Aviso a solicitantes de Alaska: Una persona que, conscientemente y con intención de dañar, defraudar, o engañar a una aseguradora, presente una solicitud de indemnización con información falsa, incompleta o engañosa podrá ser demandada conforme a la legislación estatal.

Aviso a solicitantes de Arizona: Para su propia protección la legislación de Arizona que este formulario incluya la siguiente declaración: Cualquier persona que presente conscientemente una solicitud de indemnización por pérdida falsa o fraudulenta está sujeto a sanciones penales y civiles.

Aviso a solicitantes de Arkansas: Cualquier persona que presente conscientemente una solicitud de indemnización por pérdida o prestación falsa o fraudulenta o que presente conscientemente de información falsa en una solicitud de indemnización de seguro es culpable de un delito y podrá estar sujeta a una multa o encarcelamiento.

Aviso a solicitantes de California: Para su propia protección, la legislación de California requiere que este formulario incluya la siguiente declaración: Cualquier persona que presente conscientemente una solicitud de indemnización por pérdida falsa o fraudulenta, es culpable de un delito y está sujeta a una multa o encarcelamiento en un reclusorio estatal.

Aviso a solicitantes de Colorado: Está prohibido proporcionar conscientemente hechos o información falsa, incompleta o engañosa a una aseguradora con el fin de defraudar o intentar defraudar la empresa. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas, negación del seguro y daños y perjuicios por responsabilidad civil. Cualquier aseguradora o representante de una aseguradora que proporcione conscientemente hechos o información falsa, incompleta o engañosa a un asegurado o un solicitante de indemnización con el fin de defraudar o de intentar defraudar al asegurado o solicitante con respecto a una indemnización o adjudicación pagadero a título del seguro deberá ser reportado al *Department of Regulatory Agencies* de la *Colorado Division of Insurance*.

Aviso a solicitantes de Delaware: Cualquier persona que, conscientemente y con intención de dañar, defraudar, o de engañar una aseguradora, presente una declaración o formulario de indemnización con información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Aviso a solicitantes del Distrito de Columbia: **ADVERTENCIA:** Proporcionar des información falsa, incompleta o engañosa a una aseguradora con el fin de defraudar aseguradora o cualquier otra persona constituye un delito. Las sanciones incluyen encarcelamiento y/o multas. Además, una aseguradora podrá negar prestaciones del seguro si el solicitante haya proporcionado información falsa relacionada materialmente con una solicitud de indemnización.

Aviso a solicitantes de Florida: Cualquier persona que, conscientemente y con intención de dañar, defraudar, o de engañar una aseguradora, presente una declaración de solicitud de indemnización o una solicitud con información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave del tercer grado.

Aviso a solicitantes de Idaho: Cualquier persona que, conscientemente y con intención de defraudar o de engañar una aseguradora, presente una declaración con información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Aviso a solicitantes de Indiana: Una persona que, conscientemente et con intención defraudar una aseguradora, presente una solicitud de indemnización de indemnización con información falsa, incompleta o engañosa comete un delito grave.

Aviso a solicitantes de Kentucky: Cualquier persona que, conscientemente et con intención defraudar a una aseguradora o una otra persona, presente una solicitud de indemnización de indemnización con información materialmente falsa u oculta, con el fin de inducir en un error en la información referente a un hecho material relacionado con ésta, comete un acto de fraude de seguro, lo cual constituye un delito.

Aviso a solicitantes de Maine: Proporcionar conscientemente información falsa, incompleta o engañosa a una aseguradora con el fin de defraudar a ésta constituye un delito. Les sanciones podrán incluir encarcelamiento, una multa o una negación de las prestaciones del seguro.

Aviso a solicitantes de Maryland: Cualquier persona que, conscientemente y deliberadamente presente una solicitud de indemnización de indemnización por una pérdida o prestaciones falsa o fraudulenta, o que presente conscientemente et deliberadamente información falsa en una solicitud de indemnización de un seguro, es culpable de un delito y está sujeto a multas y encarcelamiento.

AVISOS IMPORTANTES

Aviso a solicitantes du Minnesota: Una persona que presente una solicitud de indemnización con intención de defraudar o que coadyuve a cometer fraude a una aseguradora es culpable de un delito.

Aviso a solicitantes du New Hampshire: Cualquier persona que, con el fin de dañar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente una declaración de solicitud de indemnización de con información falsa, incompleta o engañosa está sujeto a demandas y sanciones por fraude de seguro, conforme a las disposiciones del RSA, artículo 638:20.

Aviso a solicitantes du New Jersey: Cualquier persona que presente conscientemente una declaración de solicitud de indemnización con información falsa o engañosa está sujeto a de sanciones penales et civiles.

Aviso a solicitantes du Nuevo México: Cualquier persona que presente conscientemente una solicitud de indemnización de una pérdida o prestación falsa o fraudulenta, o que presente conscientemente información falsa en una solicitud de indemnización de seguro es culpable de un delito y está sujeta a sanciones penales y civiles.

Aviso a solicitantes de Estado de Nueva York: Cualquier persona que, conscientemente et con intención defraudar a una aseguradora u otra persona, presente una solicitud de indemnización de seguro o declaración de solicitud de indemnización con cualquier información materialmente falsa, o que oculte, con el fin de inducir en error en la información referente a ésta, comete un acto de fraude de seguro, lo cual constituye un delito estará igualmente sujeto a una sanción civil que no deberá excede cinco mil dólares y el valor declarado de la solicitud de indemnización para cada una de estas infracciones.

Aviso a solicitantes de Ohio: Cualquier persona que, con intención de defraudar o que sabiendo que facilite un fraude a una aseguradora, presente una solicitud de indemnización con una declaración falsa o engañosa, es culpable de fraude de seguro.

Aviso a solicitantes de Oklahoma: ADVERTENCIA: Cualquier persona que, conscientemente y con intención de dañar, defraudar, o de engañar una aseguradora, presente una solicitud de indemnización por las prestaciones de una póliza de seguro con información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Aviso a solicitantes de Oregon: Cualquier persona que, y conscientemente et con intención de defraudar a una aseguradora u otra persona, presente una solicitud de indemnización de seguro con información materialmente falsa relacionada a la aceptación de riesgos por parte de la aseguradora, o que oculte con el fin de inducir en error en la información referente a un hecho importante relacionado a la aceptación de riesgo por parte de una aseguradora, podrá ser culpable de un acto fraudulento, lo cual constituye un delito.

Aviso a solicitantes de Pennsylvania: Cualquier persona que, conscientemente et con intención de defraudar a una aseguradora u otra persona, presente una solicitud de indemnización de seguro o una declaración de solicitud de indemnización con cualquier información materialmente falsa o que oculte, con el fin de inducir en error en información referente a un hecho importante relacionado con ésta, comete un acto de fraude de seguro, lo cual constituye un delito y sujeta a dicha persona a sanciones penales et civiles.

Aviso a solicitantes de Virginia: Proporcionar conscientemente información falsa, incompleta o engañosa a una aseguradora con el fin de defraudar a ésta constituye un delito. Les sanciones incluyen encarcelamiento, multas y negación de prestaciones del seguro.

Aviso a solicitantes de todos los demás Estados: Cualquier persona que, conscientemente et con intención defraudar o de engañar una aseguradora, presente una solicitud de indemnización con información falsa, incompleta o engañosa, podrá estar sujeta a demandas por fraude de seguro.