

CLAIM FORM
ORIGINAL SIGNED CLAIM FORM IS REQUIRED



SENTRY
LIFE INSURANCE
COMPANY

MAIL ALL CORRESPONDENCE TO:

Stevens Point Policy Benefits
P.O. Box 8025
Stevens Point, WI 54481
1-800-426-7234 Toll-Free

AVISO IMPORTANTE

Su plan de seguro de estudiante esta diseñado para proporcionar ventajas máximas por una prima mínima. Este plan de seguro es secundario a cualquier otro seguro médico que usted tenga. Si usted tiene otro seguro vigente, someta su reclamación a su otro asegurador. Cuando usted reciba de ellos el informe de Beneficios, envíenlo junto con sus facturas detalladas en una lista, con el diagnóstico, y este formulario completado. **VER AL REVÉS INSTRUCCIONES ADICIONALES PARA PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN.**

TO BE COMPLETED BY THE ORGANIZATION/SCHOOL

Policy Number: _____

Organization/School Name: _____

Address: _____ Phone No. (____) _____

_____ Type of Activity: _____

If Athletics, designate: P.E. Class Intramural Interscholastic Practice Game

At the time of Injury, was the student involved in a school sponsored and supervised activity? Yes No

Under whose supervision? _____ Was he/she a witness? Yes No

Date of Accident: _____ Time: _____

Where & How did Accident occur? (Please be specific) _____

Part of body injured: _____ Date of first treatment: _____

Signature: X _____ Title: _____ Date: _____

(MUST BE SIGNED BY A ORGANIZATION/SCHOOL OFFICIAL UNLESS INJURY DID NOT OCCUR DURING ORGANIZATION/SCHOOL ACTIVITY. ORIGINAL SIGNATURE IS REQUIRED.)

Para Ser Completado Por El Reclamante – O Padre (Madre) O “Guardian” Legal Del Reclamante Si Es Menor De Edad

Nombre del reclamante: _____

Fecha de Nacimiento: ____ - ____ - ____ Edad: ____ Grado: ____ Masculino Femenino

Dirección de Padres (representantes),
Guardian o reclamante: _____ Teléfono
de casa (____) ____ - ____

Nombre y dirección del médico de la familia: _____ Teléfono (____) ____ - ____

Ha completado el tratamiento? Sí No

Ha sufrido usted las mismas o similares condiciones antes?

(si ha sido tratado previamente por esta condición, provea el nombre de la y dirección del médico y Nombre del hospital.)

Sí ____ No ____ Si, sí cuándo? _____

Nombre y dirección de trabajo del padre, Guardian o
Reclamante (si es adulto): _____ Teléfono (____) ____ - ____

Nombre y dirección
De trabajo de la madre: _____ Teléfono (____) ____ - ____

POR FAVOR SIGA AL REVERSO DE “ESTE FORMULARIO” PARA “COMPLETAR”

Nombre de todas las compañías que le proporcionan a usted cobertura de seguro o planes de salud pagados por adelantado.

Nombre de la Compañía	Dirección	Numero de póliza o certificado
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Por favor marque la caja:

- Individual Grupo
 Autofinanciado No Seguro
 Otro (Algo Valido y Seguro Coleccionable)

Los beneficios debidos por esta demanda están bajo estas otras coberturas de seguro? Si No
(Ver el AVISO IMPORTANTE al principio de este formulario)

Verifico que la información proveida con respecto a otro u otros seguros es exacta y completa. Entiendo que dar intencionalmente información incorrecta por vía de Correo estadounidense puede ser fraude y puede constituir violación de leyes federales así como leyes estatales. Estoy de acuerdo que si mas adelante es determinado que hay otros beneficios que pueden ser reclamados de otras fuentes de seguros en esta reclamación, reembolsaré a Sentry Life Insurance Company al grado del cual Sentry Life Insurance Company habría sido obligada.

Firma _____ Fecha _____
FIRMA ORIGINAL ES REQUERIDA

AUTORIZACION OPCIONAL PARA LIBERAR INFORMACION:

Autorizo por este medio a Sentry Insurance para discutir cualquier información relacionada con los costos médicos incurridos en o los tratamientos rendidos con respecto a esta demanda, con Special Markets Insurance Consultants, Inc. representantes y sus agentes asignados y a los funcionarios en la escuela o la organización a través de las cuales se publica esta póliza. Una foto copia estática de esta autorización será considerada tan eficaz y válida como la original.

Firma: _____ Fecha: _____

Si el Demandante es mayor de 18 años de edad, Padre o guardian para reclamante menor de 18 años de edad.

VARIOS ESTADOS REQUIEREN LA DECLARACIÓN SIGUIENTE A APAREZCA EN ESTA FORMA:

CUALQUIER PERSONA, QUE SABIENDO Y CON LA INTENCIÓN DE ESTAFAR O DEFRAUDAR A CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS U OTRA PERSONA QUE PRESENTE UNA DECLARACIÓN QUE CONTenga ALGUNA INFORMACIÓN FALSA O OCULTA INFORMACION CON EL PROPÓSITO DE ENGAÑAR, PODRÍA SER CULPABLE DE UN CRIMEN. ESTO NO SE APLICA A LOS RESIDENTES DEL ESTADO DE VIRGINIA.

SIGA POR FAVOR ESTAS INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR UNA RECLAMACION

- ❖ Obtenga la forma de reclamacion de la oficina de su escuela o del agente de ventas y conteste todas las preguntas en detalle (incluya todas las firmas en el frente del formulario). Necesitamos una forma de reclamacion sea completada por cada accidente.
- ❖ Si usted tiene otro seguro, presente su reclamacion a su otro asegurador. Cuando usted reciba la **EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS DE SU ASEGURADOR PRIMARIO**, envíenoslo junto con las correspondientes **DETALLADAS FACTURAS**, el diagnostico y este formulario completado. **MANTENGA COPIAS DE TODOS LOS FORMULARIOS DE RECLAMACION, FACTURAS Y CORREO HASTA QUE SU RECLAMACION HAYA SIDO PROCESADA.**
- ❖ Si usted pagó la cuenta, incluya un recibo pagado o una copia de su cheque cancelado. De lo contrario, el pago será hecho a los abastecedores del servicio (hospital, médico u Otros), excepto si una declaracion de pago acompaña la factura cuando la reclamacion es presentada.
- ❖ Envíe toda correspondencia a Stevens Point Policy Benefits, P.O. Box 8025, Stevens Point, WI 54481. Prueba del siniestro o lesion debera ser sometida a Nosotros por escrito dentro de un plazo de 90 dias de la fecha del mismo. La falta de entregar tal prueba dentro del tiempo requerido no invalidará ni reducirá ninguna reclamacion si no era razonablemente posible dar la prueba dentro de tal tiempo. Cualquier factura que no haya sido presentada con el formulario de reclamacion, debera ser enviada lo mas antes posible después de usted haber recibido el tratamiento medico a la Compañía identificada con el nombre del estudiante, distrito de la escuela y fecha del accidente.
- ❖ Si usted cambia su dirección, por favor notifique a Sentry Life Insurance Company llamando al 1-800-426-7234 de modo que no haya ninguna tardanza en procesar su reclamacion.
- ❖ Por favor póngase en contacto con Sentry Life Insurance Company llamando al 1-800-426-7234 Si desea verificar el estado de su reclamo, o si usted tiene algunas preguntas acerca del mismo, o como la reclamacion fue procesada o beneficios pagados.