


COMO PREENCHER UM FORMULÁRIO DE PEDIDO

TODA A INFORMAÇÃO DEVE SER PREENCHIDA PELO ALUNO

		Relation Insurance Administrators P.O. Box 6040 Agoura Hills, CA 91376-6040	
CLAIM FORM PLEASE COMPLETE IN FULL TO ENSURE PROPER PROCESSING			
SCHOOL/ORGANIZATION		POLICY NUMBER (CAN BE FOUND ON ID CARD)	
INSURED'S LAST NAME		INSURED'S FIRST NAME	MI
INSURED'S U.S. MAILING ADDRESS—NUMBER AND STREET NAME (OR P.O. BOX #), CITY, STATE, ZIP			
INSURED'S DATE OF BIRTH (MM/DD/YY)	<input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> MALE	INSURED'S SCHOOL ID NUMBER	INSURED'S PHONE NUMBER
If claimant is a Dependent currently insured under this plan, complete information below (in addition to the above).			
CLAIMANT'S LAST NAME		CLAIMANT'S FIRST NAME	MI
CLAIMANT'S U.S. MAILING ADDRESS —NUMBER AND STREET NAME (OR P.O. BOX #), CITY, STATE, ZIP			
CLAIMANT'S DATE OF BIRTH (MM/DD/YY)	<input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> MALE	CLAIMANT'S PHONE NUMBER	
SECTION 1 – INJURY OR SICKNESS INFORMATION			
1. Is this claim pertaining to a sickness/medical condition or an injury? <input type="checkbox"/> Sickness <input type="checkbox"/> Injury If injury, please fill out the information below. If claim is for a sickness/medical condition, skip to Section 2.			
a) How and where injury occurred; and brief description of injury: _____ Date of Injury: _____			
b) Did injury occur at work? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes, name of employer: _____			
c) Did injury occur during practice or play of school-sponsored sports? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes, please complete information about the sport below. Name of Sport: _____ <input type="checkbox"/> Intercollegiate <input type="checkbox"/> Intramural/Club If intercollegiate, report to trainer and get signature. Signature of Athletic Trainer: _____			
SECTION 2 – REFERRAL INFORMATION			
2. Did you visit the campus health center for treatment of this injury or sickness? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> N/A (skip to Section 3) If yes, signature and title of health center official: _____			
3. Did you receive a referral to an outside doctor by the campus health center, or from one provider to see different provider? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes, please send a copy of the referral with this form.			
SECTION 3 – OTHER INSURANCE INFORMATION			
4. Do you have <u>other</u> insurance which covers your condition such as a group or individual health plan, government health plan, or automotive insurance plan (if auto accident)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes, who is the Policyholder? <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Spouse Name of Insurance Carrier: _____ Member No.: _____ Group No.: _____ Insurance Co. Phone No.: _____ Primary Insured's Name (Parent/Spouse/Self): _____			
SECTION 4 – ASSIGNMENT OF BENEFITS			
5. Indicate below to whom payment is to be made: <input type="checkbox"/> Balance is owed to the provider of service. Please pay the provider as indicated on billing statement. <input type="checkbox"/> Expenses have been paid by the patient/insured. Please reimburse the student or claimant listed above.			
AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION: I authorize any Health Care Provider, Insurance Company, Employer, Person or Organization to release information regarding medical, dental, mental, alcohol or drug abuse history, treatment or benefits payable, including disability or employment related information, to Relation Insurance Administrators, or their employees and authorized agents for the purpose of validating and determining benefits payable. A photocopy of this authorization shall be as valid as the original. I certify the above information to be true and correct. Patient's or Authorized Representative's Signature _____ Date _____ If student is under age 18, must be signed by a parent or guardian.			
IMPORTANT: This form must be completed and returned to Relation Insurance Administrators within 90 days from the date of treatment, accompanied by all bills incurred to that date. Please include itemized bills (see itemized bill requirements on page 2).			
YOU CAN SUBMIT THIS COMPLETED FORM BY MAIL OR FAX USING THE INFORMATION BELOW. CLAIMS ARE NOT ACCEPTED VIA EMAIL.			
Claims Mail: Relation Insurance Administrators, P.O. Box 6040, Agoura Hills, CA 91376-6040 Claims Fax: (818) 735-3567 Customer Service: (800) 468-4343 Customer Service E-Mail: riainfo@relationinsurance.com			

1. Introduzir informações dos alunos

Esta seção pede informações básicas de identificação, tal como o nome, endereço e identificação do aluno. Os alunos estrangeiros devem usar seu endereço atual nos Estados Unidos e não seu endereço permanente no estrangeiro.

1b. Se um dependente segurado estiver preenchendo o pedido, preencher a seção "demandante" com informação do dependente.

2. Informação de lesão ou doença

Esta seção pede todos os detalhes da doença ou lesão. Se estiver reportando uma lesão, é importante que o administrador do pedido compreenda se a lesão aconteceu enquanto trabalhava, praticava esportes ou passeava em um automóvel.

3. Informação de referência

Se for necessária uma referência de centro de saúde, ou se a franquia for dispensada com referência a um centro de saúde, esta seção deve ser preenchida e a referência deve ser anexada.

4. Outra cobertura do seguro

Se o aluno tiver cobertura de um outro plano, o plano escolar pagará em segundo lugar, caso em que o aluno deverá enviar um pedido primeiramente à outra seguradora, e em seguida para a segunda relação para os valores cobertos não pagos pelo outro plano.

5. Atribuição de benefícios

Esta seção informa o administrador de pedidos sobre a quem os pagamentos devem ser feitos.

6. Assinatura e data

Esta seção é usada como uma liberação de informações pessoais para que os prestadores de cuidados médicos e o administrador de pedidos possam compartilhar informação médica pertinente.

7. IMPORTANTE

Este formulário deve ser preenchido e retornado para a empresa no prazo de 90 dias a contar da data de tratamento, acompanhado por todas as contas incorridas até essa data. Por favor, inclua contas detalhadas.

8. ANEXO DA REFERÊNCIA DO CENTRO DE SAÚDE DO ALUNO

Se for necessária uma referência de centro de saúde, ou se a franquia for dispensada com referência a um centro de saúde, certifique-se de incluir a referência do centro de saúde.

9. ANEXO DE CONTAS DETALHADAS

Envie todas as contas detalhadas, assim como recibos dos medicamentos prescritos, se aplicável, com o formulário de pedido. É uma boa ideia escrever seu nome e número de aluno em todas as contas que anexar.

10. ENVIE O FORMULÁRIO PREENCHIDO POR E-MAIL OU POR FAX.