CÓMO COMPLETAR UN FORMULARIO DE RECLAMO

EL ESTUDIANTE DEBE COMPLETAR TODA LA INFORMACIÓN

Relation

Relation Insurance Services
P.O. Box 25936
Overland Park, KS 66225

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) / /	☐ FEMALE ☐ 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) / /	☐ FEMALE ☐ MALE	CLAIMANT'S PHONE NUMBER	

SECTION 1 – INJURY OR SICKNESS INFORMATION

1. Is this claim pertaining to a sickness/medical condition or an injury? ☐ Sickness ☐ 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? ☐ No ☐ Yes If yes, name of employer: _____
   c) Did injury occur during practice or play of school-sponsored sports? ☐ No ☐ Yes If yes, please complete information about the sport below.
   Name of Sport: _____ ☐ Intercollegiate ☐ 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? ☐ No ☐ Yes ☐ 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? ☐ No ☐ Yes
   If yes, please send a copy of the referral with this form.

SECTION 3 – OTHER INSURANCE INFORMATION

4. Do you have *other* insurance which covers your condition such as a group or individual health plan, government health plan, or automotive insurance plan (if auto accident)? ☐ No ☐ Yes
   If yes, who is the Policyholder? ☐ Self ☐ Parent ☐ 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:
   ☐ Balance is owed to the provider of service. Please pay the provider as indicated on billing statement.
   ☐ 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 Services, 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 Services 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 Services, P.O. Box 25936, Overland Park, KS 66225
Claims Fax: (913) 327-7520
Customer Service: (877) 246-6997
Customer Service E-mail: claims@relationinsurance.com

1. Ingresar información del estudiante
Esta sección solicita información básica de identificación, como nombre, domicilio e identificación del estudiante. Los estudiantes extranjeros deberán usar su domicilio actual en EE. UU., no su domicilio real en el exterior.

1b. Si una persona a cargo presentará el reclamo, complete la sección "reclamante" con la información de la persona a cargo.

2. Información sobre la lesión o enfermedad
Esta sección solicita todos los detalles de la enfermedad o lesión. Si informa una lesión, es importante que el administrador de reclamos entienda si la lesión se produjo en el lugar de trabajo, mientras practicaba deportes o mientras viajaba en un automóvil.

3. Información de derivación
Si se requiere derivación a un centro médico, o si se exime el deducible mediante derivación a un centro médico, se debe completar esta sección y adjuntar la derivación.

4. Otra cobertura de seguro
Si el estudiante tiene cobertura en virtud de otro plan, el plan escolar pagará como secundario, en cuyo caso el estudiante debe presentar un reclamo al otro seguro primero, luego a Relation en segundo lugar por los importes cubiertos que no pague el otro plan.

5. Asignación de prestaciones
Esta sección determina en favor de qué administrador de reclamos deben efectuarse los pagos.

6. Firma y fecha
Esta sección se usa como divulgación de información personal para que los prestadores médicos y el administrador de reclamos puedan compartir información médica pertinente.

7. IMPORTANTE
Este formulario se debe completar y enviar a la compañía dentro de los noventa días a partir de la fecha de tratamiento, junto con todas las facturas que se hayan abonado hasta esa fecha. Incluya facturas detalladas.

8. ADJUNTAR DERIVACIÓN DEL CENTRO MÉDICO ESTUDIANTIL
Si se requiere derivación a un centro médico, o si se exime el deducible mediante la derivación a un centro médico, asegúrese de incluir dicha derivación.

9. ADJUNTAR FACTURAS DETALLADAS
Asegúrese de enviar todas las facturas detalladas, así como los recibos de medicamentos recetados, si corresponde, junto con el formulario de reclamo. Es conveniente escribir su nombre y número de estudiante en todas las facturas que adjunta.

10. ENVIAR EL FORMULARIO COMPLETO POR CORREO O FAX