

Reclamo # _____

FORMULARIO DE RECLAMOS SISC
(Grados Prescolar – 12)

Enviar a: SISC Accident Claims, PO Box 1847
Bakersfield, CA 93303-1847 – (661) 636-4710

TO BE COMPLETED BY SCHOOL OFFICIAL – LO DEBE LLENAR UN FUNCIONARIO ESCOLAR

Did the accident occur during (Check Yes or No)		Name and Title of Supervising School Authority:
A. Non-school related activity?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Name _____
B. Supervised school activity?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Title _____
C. Field trip activity?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Signature _____
D. Supervised off-campus activity?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	School District _____
E. Sponsored and supervised travel	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	School Name _____
F. Supervised athletic practice/competition?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Sport _____		

STUDENT INFORMATION – DATOS DEL ESTUDIANTE

NOMBRE COMPLETO DEL ESTUDIANTE	DOMICILIO	CIUDAD	CODIGO POSTAL
FECHA DE NACIMIENTO	# DE SEGURO SOCIAL	GRADO ESCOLAR	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
TELEFONO _____			

1. Proporcione una descripción completa de la lesión. Diga cuándo sucedió, en dónde, y cómo sucedió.

2. Indique la fecha y la hora exacta en que se sufrió la lesión. Fecha _____ Hora _____ a.m. _____ p.m. _____

3. ¿Cuándo fue la primera vez que acudió a un médico para esta condición? Fecha _____

PARENT INFORMATION – DATOS DE LOS PADRES

El seguro de SISC de cobertura para accidentes es un seguro suplementario a su seguro de salud principal.

1. Nombre del padre _____ TRABAJA: Sí _____ No _____

Compañía en la que trabaja el padre _____ Número de teléfono de la compañía _____

Compañía de seguro de plan Individual y/o de grupo _____ # de Póliza _____

de SEGURO SOCIAL _____ ¿El menor tiene cobertura médica mediante este plan? Sí _____ No _____

Autorizo que se divulgue cualquier información necesaria para procesar este reclamo. Autorizo el pago de beneficios médicos para el médico o el suministrador de servicio.

Firma del padre _____ Fecha _____ Firma del padre _____ Fecha _____

2. Nombre de la madre _____ TRABAJA: Sí _____ No _____

Compañía en la que trabaja la madre _____ Número de teléfono de la compañía _____

Compañía de seguro de plan Individual y/o de grupo _____ # de Póliza _____

de SEGURO SOCIAL _____ ¿El menor tiene cobertura médica mediante este plan? Sí _____ No _____

Autorizo que se divulgue cualquier información necesaria para procesar este reclamo. Autorizo el pago de beneficios médicos para el médico o el suministrador de servicio.

Firma de la madre _____ Fecha _____ Firma de la madre _____ Fecha _____

IMPORTANTE: Todas las facturas del hospital y el médico deben ser desglosadas.
AVISO A LOS PROVEEDORES: Una copia de este formulario de reclamo debe ser anexada a la factura.