



- Tenga en cuenta que hay cuatro páginas del folleto (no incluido ésta)
- Usted puede aplicarse en línea con una tarjeta de crédito aquí [www.peinsurance.com/signup](http://www.peinsurance.com/signup)
- Si desea realizar su solicitud, la tercera página es la aplicación que puede imprimir y llenar a mano, **o puede completar en la computadora e imprimir**. **POR FAVOR NO ENVIE DINERO EN EFECTIVO**. Haga un cheque o giro postal a Pacific Educators y envíelo a:
  - **Pacific Educators**  
**2808 E. Katella Ave, Suite 101**  
**Orange, CA 92867**
- La última página es un **GRATIS tarjeta de medicamentos prescripción programa**, se puede imprimir y llevar a una farmacia para ayudar a alguien a reducir el coste de medicamentos prescripción.
- Si tiene alguna pregunta, por favor no dude en ponerse en contacto directamente con nosotros (800) 722-3365

# PLANES DE SEGUROS PARA ESTUDIANTES 2016-2017

## RECOMENDAMOS LA COBERTURA DE 24 HORAS DEL DÍA

- ¡Los accidentes son comunes! Cuando le suceden a su hijo, alguien debe pagar esos costos.
- Aquí le presentamos planes de seguros contra accidentes para cubrir a su hijo las 24 horas del día (Plan de 24 horas) o en la escuela (Plan de Tiempo Escolar).
- Estos planes le proporcionan beneficios para ayudarlo a cubrir los costos médicos y hospitalarios.
- Si usted tiene otro seguro, estos planes pueden ayudarlo a cubrir los deducibles y los coseguros de dichos planes.
- Si usted no tiene otro seguro, estos planes le proporcionarán cobertura básica.
- Cualquier beneficio pagable por esta póliza como resultado de un servicio médico, quirúrgico, dental, hospitalario o de enfermería será pagado directamente al hospital o a la persona que proporcione dichos servicios, a menos que se proporcione prueba del pago completo.

24 HORAS	TIEMPO ESCOLAR	DETALLES IMPORTANTES SOBRE LA PROTECCIÓN
✓	✓	LA COBERTURA SE VUELVE EFECTIVA EL DÍA QUE LA COMPAÑÍA O SU REPRESENTANTE RECIBA EL PAGO DE LA PRIMA (PERO NO ANTES DEL PRIMER DÍA QUE ABRA LA ESCUELA).
✓	✓	PROPORCIONA COBERTURA DURANTE LAS HORAS EN LAS CUALES LA ESCUELA ESTÁ EN ACTIVIDADES REGULARES.
✓		PROPORCIONA COBERTURA LAS 24 HORAS DEL DÍA.
✓	✓	PROPORCIONA COBERTURA DURANTE EL TIEMPO NECESARIO PARA VIAJAR ENTRE EL HOGAR DEL ASEGURADO Y EL INICIO O FIN DE LAS ACTIVIDADES ESCOLARES REGULARES.
✓	✓	PROPORCIONA COBERTURA MIENTRAS SE PARTICIPA (O SE ASISTE) A ACTIVIDADES ORGANIZADAS, PATROCINADAS Y SUPERVISADAS POR LA ESCUELA. También se proporciona cobertura para viajar directamente hacia y desde tales actividades en un Vehículo Designado y proporcionado por la escuela.
	✓	LA COBERTURA EXPIRA AL TERMINAR EL CICLO ESCOLAR REGULAR. (La cobertura se extenderá mientras se asista a clases académicas para obtener créditos en el verano, cuando las actividades escolares son patrocinadas y supervisadas exclusiva y únicamente por la escuela, no se proporcionará cobertura para el transporte de y hacia las clases.
✓		LA COBERTURA CONTINÚA SIN INTERRUPCIÓN TODO EL VERANO, hasta que la escuela inicie el siguiente ciclo escolar.

LA COBERTURA OPCIONAL DE FÚTBOL COMIENZA EN LA FECHA EN QUE LA COMPAÑÍA, SUS REPRESENTANTES O LOS OFICIALES DE LA ESCUELA RECIBAN LA PRIMA, PERO NO ANTES DE LA PRIMERA FECHA OFICIAL DE ENTRENAMIENTO, Y CONTINÚA HASTA LA FECHA DEL ÚLTIMO PARTIDO OFICIAL DE LA TEMPORADA ACTUAL, INCLUYENDO LAS ELIMINATORIAS.

Para presentar un reclamo: Reporte los accidentes al oficial de la escuela. Se proporcionarán formularios simplificados en la oficina del director (durante las vacaciones, contacte a los administradores del plan). SE DEBE PROPORCIONAR UNA PRUEBA COMPLETA DE PÉRDIDA Y FACTURAS ACUMULADAS A GUARANTEE TRUST LIFE INSURANCE COMPANY DENTRO DE 90 DÍAS.

## Seguro Contra Accidentes

### Cobertura las 24 horas del día

#### ¡Protección las 24 horas para cada accidente cubierto!

Protege a su hijo durante todo el año escolar y se extiende durante el verano - hasta que la escuela inicie nuevamente.

Su hijo estará cubierto EN TODO EL MUNDO, LAS 24 HORAS DEL DÍA. Esto incluye accidentes cubiertos:

✎ En el hogar      ✎ Al jugar      ✎ En la escuela      ✎ Durante las vacaciones

✎ Al acampar, explorar, etc.      ✎ Durante viajes cubiertos

✎ Mientras participe en deportes, excepto aquellos que estén excluidos específicamente o para los cuales se requiere cobertura opcional\*

\*Vea las OPCIONES para descubrir cualquier cobertura opcional para deportes.

### Cobertura durante el tiempo escolar

Su hijo está protegido al asistir a las actividades escolares regulares. También está cubierto el viaje directamente hacia y desde su residencia para asistir a las actividades escolares regulares para el tiempo requerido, pero no más de una hora antes o después de las clases regulares. El tiempo de viaje en el autobús escolar se extiende a cualquier tiempo adicional necesario. Además, se proporciona cobertura al participar en (o asistir a) actividades cubiertas que son organizadas, patrocinadas y supervisadas exclusiva y únicamente por la escuela y los empleados de la escuela, incluyendo el viaje directamente hacia y desde una actividad en un vehículo asignado para el traslado, proporcionado por la escuela y supervisado únicamente por empleados de la escuela. La cobertura opcional puede ser necesaria para deportes interescolares. Vea las OPCIONES para descubrir cualquier cobertura opcional para deportes.

La póliza de Cobertura Total (Blanket Accident) se emite en el Formulario de la Serie GP-1200 por la Compañía Guarantee Trust Life Insurance. Este producto y sus características están sujetas a la disponibilidad en el estado y pueden variar de acuerdo al estado. Pueden aplicar algunas exclusiones y limitaciones. Este folleto es una breve descripción de la cobertura. Para solicitar información detallada de la cobertura, por favor, comuníquese con el agente encargado de administrar el programa.

# PLANES DE SEGUROS PARA ESTUDIANTES 2016-2017

¿Qué cubren? **Hasta un máximo de \$50,000 de acuerdo a la descripción en la Cobertura y Beneficios**

- ACCIDENTES QUE OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA.
- PÉRDIDA DEBIDO A LESIONES ACCIDENTALES QUE RESULTEN DIRECTA E INDEPENDIENTEMENTE DE TODAS LAS OTRAS CAUSAS.
- GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS, LOS CUÁLES COMIENZAN EN LOS PRIMEROS 120 DÍAS DESPUÉS DEL ACCIDENTE Y QUE SE INCURREN EN LAS PRIMERAS 52 SEMANAS DE LA PRIMERA FECHA DE TRATAMIENTO MÉDICO.

## COBERTURA Y BENEFICIOS

LOS BENEFICIOS SE PAGAN HASTA EL MONTO EN DÓLARES ESPECIFICADO A CONTINUACIÓN

BENEFICIOS POR ACCIDENTE		OPCIÓN ALTA	OPCIÓN BAJA	BENEFICIOS POR ACCIDENTE		OPCIÓN ALTA	OPCIÓN BAJA
HOSPITAL Y CUIDADOS GENERAL DE ENFERMERÍA	CUARTO, por día	Semi-privado	\$300	HONORARIOS MÉDICOS Primera Visita Visitas Subsiguientes Una visita al día No aplica cuando está relacionado con cirugía		\$120 \$60	\$60 \$30
	CUIDADO INTENSIVO, por día		\$1,200				
GASTOS DIVERSOS DEL HOSPITAL	Durante la internación en el hospital o para cirugía ambulatoria bajo anestesia general, como el costo del cuarto de operaciones, exámenes de laboratorio, rayos X, anestesia, medicamentos (excluyendo medicamentos para llevar a casa), servicios terapéuticos y suplementos.		\$3,000		Incluyendo terapia física, la cual está limitada a 9 visitas		
HOSPITAL DE URGENCIAS			\$300	MEDICAMENTOS DE PRESCRIPCIÓN		100% de lo razonable y usual	\$50
HONORARIOS DEL MÉDICO PARA LA CIRUGÍA	De acuerdo a la programación quirúrgica		\$270 Valor de Unidad	EQUIPO ORTOPÉDICO	Abrazadera y Muletas	\$100	\$50
SERVICIOS DE ANESTHESIA	Porcentaje de gastos quirúrgicos		25%	GASTOS DE REEMPLAZO DE ANTEOJOS	Para anteojos o lentes rotos como consecuencia de una lesión que requiera tratamiento médico	\$150	\$100
CIRUJANO ASISTENTE	Porcentaje de la tarifa del cirujano		25%	AGRAVACIÓN O LESIÓN POR CONDICIÓN EXISTENTE		\$500	\$500
COSTO DE AMBULANCIA		100% de lo razonable y usual	\$250	YESO	Sin cirugía	\$100	\$50
TOMA DE IMÁGENES Incluyendo rayos X e Interpretación	Fractura o Dislocación		\$500	TRATAMIENTO DENTAL	Por lesión a los dientes - POR DIENTE	\$300	\$150
	Sin Fractura O Dislocación		\$100	OTROS BENEFICIOS Sólo una de estas cantidades, la más grande, será pagada por pérdidas que resulten de un accidente	MUERTE ACCIDENTAL, causada por una lesión y que ocurra dentro de los 365 días del accidente cubierto  DESMEMBRAMIENTO, causado por una lesión y que ocurra dentro de los 365 días del accidente cubierto Pérdida de una mano, pie u ojo Ambas manos, pies u ojos	\$5,000	\$5,000 \$10,000
	Resonancia Magnética (RM)		\$900				
	O Tac		\$500				

**OPCIÓN DE BENEFICIO DENTAL EXTENDIDO:** Por una prima adicional, el Beneficio de Tratamiento Dental se incrementará para pagar todos los cargos razonables y usuales para examinación, diagnósticos y rayos X; tratamiento restaurativo, endodoncia; y cirugía oral (no incluye periodoncia u ortodoncia); hasta \$250 por prótesis dental para pagar el costo de un puente, dentadura parcial o dentadura, o para reemplazar reparaciones dentales en condiciones similares. Si durante el Período de Beneficios el dentista del Asegurado certifica que el tratamiento debe ser aplazado, la aseguradora pagará hasta un máximo de \$100 por todos los otros beneficios dentales.

Este es un ejemplo de los beneficios de su hijo. Por favor guárdelo. Esto no es un contrato. La póliza principal está archivada en la escuela.

**EXCLUSIONES:** La póliza no proporciona los siguientes beneficios:

- 1) Tratamiento, servicios o suplementos que: no son médicamente necesarios; no fueron recetados por un doctor conforme lo necesario para tratar una lesión; se ha determinado que son experimentales/de investigación; se reciben sin cargo u obligación legal de pagar; se reciben de personas empleadas por la escuela o cualquier familiar; o no están listados específicamente como cargos cubiertos en la póliza.
- 2) Lesión intencional o infligida a sí mismo, violar o intentar violar cualquier ley debidamente promulgada. Lesiones por actos de guerra, ya sea que esta esté declarada o no.
- 3) Lesiones cubiertas por la ley de compensación para los trabajadores o la ley de enfermedades ocupacionales.
- 4) Hernia o deslizamiento de la epifisis de la cabeza femoral.
- 5) Heridas sostenidas por causa de una pelea, excluyendo cuando se es una víctima inocente.
- 6) Tratamiento o enfermedad de cualquier forma, ampollas, picaduras de insectos, congelación, agotamiento por calor o insolación.
- 7) Tratamiento por envenenamiento por vegetación o por tomatoína o infecciones bacterianas, excepto infecciones piogénicas debido a cortadas accidentales.
- 8) Lesión sostenida al operar, montarse en o sobre cualquier vehículo recreacional motorizado de dos, tres o cuatro ruedas o cualquier motonieve o cualquier vehículo todo terreno (ATV).
- 9) Heridas sostenidas al participar en o practicar fútbol americano interescolar en los grados del 9 al 12, incluyendo los viajes, a menos que se haya comprado cobertura opcional.

**ECLÁUSULA DE EXCESO:** El pago de todos los Cargos Cubiertos superiores a los \$500 será considerado como Exceso, si cualquier Otro Seguro o Plan Válido y Cobrable cubre a la Persona asegurada. La Compañía pagará los primeros \$500 en Cargos Cubiertos sin importar la existencia de otro seguro.

Reclamaciones suscritas y pagadas por: **GUARANTEE TRUST LIFE INSURANCE CO.**, Glenview IL 60025 – (800) 622-1993

Administrado por: **PACIFIC EDUCATORS, INC.**, 2808 E. Katella Ave., Suite 101, Orange, CA 92667, (800) 722-3365. Licencia en California de Pacific Educators No. - 0429928

# Aplicación De Año Escolar 2016-17

0280

SOLO UN PAGO POR AÑO NO HAY REEMBOLSOS DISPONIBLES		
OPCIONES	Opción Alta	Opción Baja
<b>Protección las 24 horas al día</b> <b>\$50,000 MAXIMO POR LESIÓN</b> Grados P - 8 Grados 9-12	<input type="checkbox"/> \$161.00 <input type="checkbox"/> \$192.00	<input type="checkbox"/> \$75.00 <input type="checkbox"/> \$92.00
<b>Plan Tiempo Escolar</b> <b>\$50,000 MAXIMO POR LESIÓN - OPCION ALTA</b> <b>\$25,000 MAXIMO POR LESIÓN - OPCION BAJA</b> Grados P- 8 Grados 9- 12	<input type="checkbox"/> \$25.00 <input type="checkbox"/> \$54.00	<input type="checkbox"/> \$11.00 <input type="checkbox"/> \$24.00
<b>Cobertura Fútbol Americano (sólo temporada 2016)</b> <b>\$25,000 MAXIMO POR LESIÓN</b> Pagable en adición a los planes 24 horas o Tiempo Escolar Grado 9 Grados 10 - 12	<input type="checkbox"/> \$80.00 <input type="checkbox"/> \$177.00	<input type="checkbox"/> \$36.00 <input type="checkbox"/> \$84.00
<b>Opción De Beneficios Dentales Extendidos</b> Estudiantes de grados K a 12 <input type="checkbox"/> \$6.00		
<b>TOTAL \$</b> _____ (favor no enviar efectivo) Haga cheque pagadero a: <b>PACIFIC EDUCATORS, INC.</b>		



**POR FAVOR ESCRIBIR CLARAMENTE:**

<b>NOMBRE DEL ESTUDIANTE</b> _____		
PRIMER NOMBRE	INICIAL 2o. NOMBRE	APELLIDO
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b> _____		
MES	DÍA	AÑO
		<b>MASCULINO</b> <input type="checkbox"/> <b>FEMENINO</b> <input type="checkbox"/>
<b>DISTRITO ESCOLAR</b> _____		<b>ESCUELA</b> _____
<b>GRADO</b> _____	<b>DIRECCIÓN DEL ESTUDIANTE</b> _____	
<b>CIUDAD</b> _____	<b>ESTADO</b> _____	<b>CÓDIGO POSTAL</b> _____
<b>TELÉFONO #</b> _____		<b>FECHA DE LA SOLICITUD</b> _____
<b>CORREO ELECTRONICO DEL PADRE O TUTOR</b> _____		
<b>FIRMA DEL PADRE O TUTOR</b> _____		

**PARA PAGAR CON TARJETA DE CRÉDITO / DÉBITO (APLICAN TARIFAS)**  
**WWW.PEINSURANCE.COM**  
 (MARQUE: **PRODUCTS** Y LUEGO: **STUDENTS**)  
 O LLAMA AL **800-722-3365**

GP-1200 (CA-1)

## POR FAVOR RECUERDE:



COMPLETAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD Y MARCAR EL PLAN Y LAS OPCIONES QUE DESEA.



EMITIR SU CHEQUE O GIRO POSTAL (POR FAVOR NO ENVÍE EFECTIVO) POR EL TOTAL A PAGAR DE ACUERDO A LO INDICADO.

**Envíe su Aplicación con su cheque o el giro postal a:**





**Pacific Educators, Inc.**  
**2808 E. Katella Ave., Suite 101**  
**Orange, CA 92867-5299**



POR FAVOR TOME EN CUENTA: SU CHEQUE CANCELADO ES SU RECIBO. SI NO RECIBE UN CHEQUE CANCELADO DENTRO DE 60 DÍAS, POR FAVOR COMUNÍQUESE CON EL ADMINISTRADOR DE SU PLAN.

**Para obtener un servicio más rápido, puede pagar por medio de tarjeta de crédito o débito (aplican tarifas). Por favor visítenos en:**

**Pacific Educators - [www.peinsurance.com](http://www.peinsurance.com)**  
**(chasque PRODUCTS entonces STUDENTS)**  
**o llama 800-722-3365**

 <p><b>Member:</b> California Student  <b>ID Number:</b> 26291W22ES  <b>Program:</b> UNARxCard  <b>RxBIN:</b> 610709  <b>RxGrp:</b> PFCEDU</p> <p><b>Note:</b> Everyone is eligible for this program. There are no age or income restrictions. Each family member must have his/her own card. If you can't print a card have your pharmacy call the Pharmacy Help Line and we will help them process your prescription.</p> <p>THIS PROGRAM IS NOT INSURANCE          THIS PROGRAM IS A POINT OF SALE DISCOUNT PLAN</p>	<p><b>INSTRUCTIONS</b> This card is pre-activated and can be used immediately. Simply print this card and take to any participating pharmacy to receive a discount. You can search pharmacy, pricing information, and FAQ's on the website. We are restricted from disclosing drug pricing over the phone.  <b>Customer Service (TOLL FREE) 800-726-4232</b></p> <p><b>ATTENTION PHARMACIST</b> If you need help processing a prescription call our Pharmacy Help Line at Pharmacy Help Line (TOLL FREE) 877-321-6755.</p> <p><b>PROGRAM POWERED BY:</b></p> <div style="text-align: center;">  <p>© Copyright 2010 United Networks of America</p> </div>
--	---

**IMPORTANT: PRINT CARD. YOU WILL NEED TO BRING THIS CARD TO THE PHARMACY WITH YOUR PRESCRIPTION.**

We are proud to announce that Pacific Educators is now making available a **FREE Prescription Drug Card Program** to help anyone lower their prescription drug costs.

This card can be used with a primary plan and/or on prescriptions not covered by your insurance plan. It also can be used even if you don't have any insurance. The Rx Card Program has no restrictions or participation requirements and is open to anyone.

*This Free Prescription Drug Card is pre-activated and can be used immediately.*



# **NOTE: PLEASE READ THIS BEFORE SUBMITTING A CLAIM**

## **INSTRUCTIONS FOR FILLING OUT AN ACCIDENT MEDICAL CLAIM FORM**

- The claim form must be completed and signed by the School or School District **and** the injured Member (if the member is a minor, then the Member's parents or guardian should complete and sign the claim form). Please indicate your Policy Number on the claim form. Also, the "HIPPA Authorization To Permit Use and Disclosure of Health Information" must be signed.
- **PROOF OF LOSS (COMPLETED CLAIM FORM AND ITEMIZED BILLS) SHOULD BE SUBMITTED WITHIN 90 DAYS OF THE ACCIDENT. ADDITIONAL BILLS RELATED TO THE ACCIDENT SHOULD BE SUBMITTED WITHIN 90 DAYS OF TREATMENT.**
- Please attach itemized bills to the claim form. A balanced due bill from your provider is **not** sufficient. An itemized bill is a statement that indicates:
  - 1) **The date(s) of treatment,**
  - 2) **The type(s) of service,**
  - 3) **The diagnosis,**
  - 4) **The medical provider's name and address**
  - 5) **The individual charge for each expense.**
- If you have other (primary) insurance coverage, please send us a copy of their payment or denial ("Explanation of Benefits") statement.
- Return the completed claim form, itemized bills and other insurance payment or denial ("Explanation of Benefits") statements (if applicable) to:

**GUARANTEE TRUST LIFE INSURANCE COMPANY  
P.O. Box 1148  
Glenview, Illinois 60025**

- Please indicate which bills have been paid by you. If you prefer our payment to go directly to the medical provider, please notate this on the bills.
- A claim form needs to be completed only at the beginning of treatment for each accident. Additional bills or follow-up treatment should indicate your name, School or School District Name, Policy Number, and date of accident.
- We suggest you make photocopies of any correspondence sent to our office to keep for your own records.

### **IMPORTANT:**

**Please take note that your claim will result in processing delays as the result of not providing us with the following: the completed claim forms, the itemized bills from your medical provider and a copy of your other insurance payment or denial ("Explanation of Benefits") statement.**

*If you have any questions, please contact our Customer Service Department at (800) 622-1993.*

NOMBRE DE LA ESCUELA \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
No. de Póliza \_\_\_\_\_

¡IMPORTANTE! ESTA INFORMACIÓN  
DEBE SER DADA O RECLAMO SERÁ  
DEVUELTO

GUARANTEE TRUST LIFE INS. CO.  
P.O. Box 1148  
Glenview, IL 60025  
(800) 622-1993

**ASIGNACION DE BENEFICIOS:**

Médico: \_\_\_\_\_ Hospital: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal Ciudad Estado Código Postal Ciudad Estado Código Postal

Por la presente autorizo Guarantee Trust Life Insurance Co. para pagar las facturas en relación con este accidente directamente al médico, hospital u otro beneficiario indicado anteriormente.

FECHA \_\_\_\_\_ FIRMA DEL PADRE O TUTOR \_\_\_\_\_  
Reclamante - Si es un ADULTO

**OFICIAL DE LA ESCUELA PARA COMPLETAR: POR FAVOR ESCRIBA (PADRE DEBE COMPLETAR SI UNA RECLAMACIÓN de 24 HR COBERTURA ESTA COMPROMETIDA.)**

1. El nombre completo del reclamante \_\_\_\_\_ Nombre alternativo \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ grado \_\_\_\_
2. Dirección del reclamante: la calle o RFD \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_
3. Fecha del Accidente \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ AM  PM
4. Descripción del Accidente: (A) ¿Cómo y dónde ocurrió? \_\_\_\_\_ (Si necesita más espacio, adjunte una hoja aparte)  
(B) Naturaleza de la lesión \_\_\_\_\_
5. Descripción de la actividad (¿Qué estaba haciendo el demandante en el momento de la lesión?) \_\_\_\_\_  
Si Atletismo, nombre del deporte \_\_\_\_\_  Intramural  Interescolar  Otro
6. (A) En la fecha del accidente a qué hora empezó la escuela para este estudiante? \_\_\_\_\_  AM  PM  
(B) ¿A qué hora fue despedido de la escuela? \_\_\_\_\_  AM  PM
7. ¿Se ha presentado un reclamo anterior de este accidente?  Sí  No
8. (A) Nombre de la Autoridad Escolar supervisando actividad \_\_\_\_\_  
(B) ¿Fue Supervisor un testigo? Sí  No   
(C) Si no, cuando se informó del accidente a la autoridad escolar? \_\_\_\_\_

TIPO DE ESCUELA EL RECLAIMANTE ASISTE:  Primaria  Jr. High  Alto  Otros

**Certifico que la información anterior es correcta, a la mejor de mi conocimiento y creencia.**

Fecha de este informe \_\_\_\_\_ Firma del Oficial \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_

**PADRES PARA COMPLETAR (o reclamante, si es un adulto) PARA QUE RECLAMO SEA PROCESADO.**

9. ¿Tiene otro seguro, que cubre esta condición, ambos grupos, individual, de automóviles de responsabilidad médica o? Sí  No   
En caso afirmativo, dé el nombre de la empresa y número de teléfono \_\_\_\_\_ Póliza # \_\_\_\_\_
10. Nombre de los padres: Padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador: \_\_\_\_\_  
Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

**Certifico que la información anterior es correcta, a mejor de mi conocimiento y creencia.**

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
(Padre / tutor o demandante si un adulto)

**Para su protección la ley de California requiere que los siguiente aparecen en este formulario. Cualquier persona que a sabiendas presenta falsa o fraudulenta reclamo para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede ser castigado con multas y reclusión en prisión estatal.**

**GUARANTEE TRUST LIFE INSURANCE COMPANY**  
**1275 Milwaukee Avenue, Glenview, Illinois 60025**  
**1-800-622-1993**

**HIPAA AUTHORIZATION**  
To Permit Use and Disclosure of Health Information

**This Authorization was prepared by GTL for purposes of obtaining information necessary to process a claim for benefits.**

**Policy/Certificate #** \_\_\_\_\_

Upon presentation of the original or a photocopy of this signed Authorization, I authorize, without restriction (except psychotherapy notes), any licensed physician, medical professional, hospital or other medical-care institution, insurance support organization, pharmacy, governmental agency, insurance company, group policyholder, employer or benefit plan administrator located at the facility named below to provide Guarantee Trust Life Insurance Company (GTL) or an agent, attorney, consumer reporting agency or independent administrator, acting on it's behalf, all information concerning advice, care or treatment provided the patient, employee or deceased named below, including all information relating to, mental illness, use of drugs or use of alcohol. This Authorization also includes information provided to our health division for underwriting or claim servicing and information provided to any affiliated insurance company on previous applications. If this Authorization is for someone other than myself, that individual and my authority to act on their behalf is explained below. I understand that I or my authorized representative is entitled to receive a copy of the Authorization upon request.

Facility Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

I understand that I have the right to revoke this Authorization, in writing, at any time by sending written notification to my (our) agent or to the Company at the above address. I understand that a revocation will not be effective to the extent the Company has relied on the use or disclosure of the protected health information or if my Authorization was obtained as a condition to determine my eligibility for benefits. Revocation requests must be sent in writing to the attention of the Claim Department Manager.

I understand that Guarantee Trust Life Insurance Company may condition payment of a claim upon my signing this Authorization, if the disclosure of information is necessary to determine the level or validity of the claim payment. I also understand once information is disclosed to us pursuant to this Authorization, the information will remain protected by GTL in accordance with federal or state law.

This authorization shall remain in force and in effect until two (2) years from the date this authorization is signed at which time this authorization will expire.

\_\_\_\_\_  
(Print Please) Name of Patient Date of Birth

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient Date

\_\_\_\_\_  
(Please Print) Name of Authorized Representative, or Next of Kin

\_\_\_\_\_  
Relationship of Authorized Representative or Next of Kin to Patient

\_\_\_\_\_  
Signature of Authorized Representative or Next of Kin Date