

**GIRL SCOUTS OF THE U.S.A.  
FORMULARIO DE RECLAMACIÓN**



Envíe las cuantas adicionales  
(con el nombre correcto del  
asegurado y del Consejo) a:



**Special Risk Services**  
United of Omaha Life Insurance Company  
P.O. Box 31156  
Omaha, Nebraska 68131  
1-800-524-2324



**INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE – DEBE RESPONDER TODAS LAS PREGUNTAS**

Nombre del reclamante	Número de Identificación		Edad	Fecha de Nacimiento
Dirección del reclamante	Número y Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
Si el reclamante es un menor, nombre del padre/madre o tutor legal			Teléfono ( ) -	
Dirección del padre/madre o tutor legal	Número y Calle	Ciudad	Estado	Código Postal

Si su organización ha seleccionado una cobertura que contenga una cantidad de No-duplicación, los beneficios se considerarán como aparece a continuación: La cantidad de No-duplicación, como se establece en la cobertura seleccionada, de servicios y materiales médicamente necesarios puede ser pagada sin importar si hay otra cobertura de seguro. Para gastos por encima de la cantidad de No-duplicación o si usted piensa que el total excederá la cantidad de No-duplicación, usted debe presentar la reclamación a su aseguradora principal. Nosotros requerimos la Explicación de pagos, inclusive si ésta ha sido aplicada a su deducible. Si se le niega la reclamación, envíe una copia de la negación. Incluya facturas detalladas.

**Nombre y Dirección del Padre, Tutor Legal o Empleador/Patrono (si es un Adulto) del Reclamante:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Nombre y Dirección de la Madre, Tutor Legal o Empleador/Patrono del Cónyuge:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Nombre de todas las compañías que la proporcionan cobertura de seguro o planes de salud prepagados.**

Nombre de la Compañía	Dirección	Número de Póliza o Certificado

Si usted no tiene ninguna otra cobertura, firme y escriba la fecha en la declaración a continuación.

Yo, \_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_\_, certifico que no hay otra cobertura de seguro disponible para estos ni para ningún otro gasto relacionado con esta reclamación.

Yo certifico por este medio que la información expresada arriba está completa y es verdadera.

\_\_\_\_\_  
Firma (Padre/Madre, Tutor Legal)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Autorización para Revelar Información**

Yo autorizo a Mutual of Omaha Insurance Company y/o a sus compañías afiliadas a revelar información personal sobre mis hijos o mía a Girl Scouts U.S.A. que sea con propósito de confirmar reclamaciones.

La información personal podría incluir cosas tales como información médica y de reclamaciones, incluyendo diagnóstico, condición física y mental, historial de medicamentos prescritos y otra información relacionada con reclamaciones.

Yo entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización. Si me niego a firmar, ello no afectará mi inscripción, mi elegibilidad para beneficios ni mi habilidad para obtener pagos, pero puede causar demoras en el procesamiento de mi reclamación.

Si la persona o entidad a la que se le revele la información no es un proveedor de cuidados de salud ni un plan médico sujeto a las regulaciones federales de la privacidad, la información podría volver a ser revelada sin la protección de las regulaciones federales de la privacidad.

Esta autorización permanecerá vigente por 24 meses a partir de la fecha en que yo la firme, a menos que sea revocada antes. Yo entiendo que puedo revocar esta autorización, al dar notificación por escrito a: Mutual of Omaha Insurance Company, ATTN: Special Risk Claims, Mutual of Omaha Plaza, Omaha, NE 68175.

Yo entiendo que tengo derecho a recibir una copia de la autorización firmada.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el Asegurado

DECLARACIÓN DEL LÍDER DE TROPA

Tropa Número \_\_\_\_\_

Nivel: 0  Daisy  
 1  Brownie  
 2  Junior  
 3  Cadette  
 4  Senior  
 5  Miembro Adulto  
 6  Niño no miembro  
 7  Adulto no miembro  
 8  Personal f  
 9  Personal Estacional

Nombre del Consejo \_\_\_\_\_ Número de Consejo \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) -  
 Dirección del Consejo \_\_\_\_\_ Número y Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Fecha y lugar del accidente o enfermedad	Fecha y ubicación	Naturaleza y detalles de la lesión o enfermedad
--	-------------------	---

Información de actividad

Tipo de actividad (marque abajo):

1.  Autos/Vehículos 2.  Resbalón/caída/en/sobre/desde 3.  Usando Herramientas 4.  Acuática 6.  Pantinaje

Chofer  Equipo/Muebles  Serrucho/sierra  Natación/Bueceo  Sobre Ruedas

Pasajero  Animales  Cuchillo  Boating/Canoeing  Sobre Hielo

Peatón  Otro (alfombra, Tronco, escaleras, etc.)  Estufa/cocina  Horno  Water Skiing  Otro

5.  Planta/Insecto Venenoso (zumaque venenoso, picadura de abeja) 7.  Enfermedad 8.  Otro Accidente

Eventos en que se pernocta (pasa la noche) ¿Fue éste un evento en que se pernoctó/pasó la noche?  Sí  No Si es "Sí," número de noches \_\_\_\_\_

Nombre del evento: \_\_\_\_\_

Fechas de asistencia desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Validación de la tropa o del representante autorizado para la actividad

Por la presente certificamos que la persona asegurada está actualmente inscrita en las Girl Scouts o que la prima requerida para la cobertura de seguro ha sido pagada para esta persona y que el reclamante estaba participando en una actividad autorizada de las Girl Scouts como se describe arriba.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Representante de la Actividad/Firma del Líder de la Tropa

\_\_\_\_\_  
 Fecha

Dirección Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

¿Ocurrieron las lesiones durante el curso del empleo?  Sí  No

**Las reclamaciones cubiertas bajo la póliza de compensación laboral del Consejo no deben ser enviadas a United of Omaha.**

PARA USO DEL CONSEJO SOLAMENTE

Certifico que esta enfermedad o lesión ocurrió tal como se describe y que la actividad fue patrocinada y supervisada por las Girl Scouts.

\_\_\_\_\_  
 Council Official's Signature

\_\_\_\_\_  
 Date

**Reclamación hecha bajo el siguiente Plan:**

Plan 1 - Cobertura básica

Plan 2 - Accidenta de participante

Plan 3E - Evento prolongado

Plan 3P - Evento prolongado

Plan 3PI - Evento Internacional Prolongado

Entrada (Visita) Internacional

**Declaraciones de Fraude**

Las siguientes declaraciones en cuanto a fraude se adjuntan al formulario de reclamación y son hechas parte de este formulario de reclamación. Por favor lea estas páginas y no las separe de este formulario de reclamación.

- \*\* **Alaska:** Cualquier persona que con conocimiento y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presente reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa podría ser sujeta a juicio bajo la ley estatal.
- \*\* **Arizona:** Para su protección, la ley del estado de Arizona requiere que la siguiente declaración aparezca en este formulario. Cualquier persona que con conocimiento presente reclamación falsa o fraudulenta para pagos por pérdida podría ser sujeta a sanciones penales y civiles.
- \*\* **Arkansas o Louisiana:** Cualquier persona que con conocimiento presente reclamación falsa o fraudulenta para pagos por pérdida o para beneficios o que con conocimiento presente información falsa en solicitud de seguro es culpable de delito y podría ser sujeta a multas y a confinamiento en prisión.
- \*\* **California:** Cualquier persona que, con conocimiento, presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener el pago de una pérdida es culpable de delito y puede ser sujeta a multas y encarcelamiento estatal.
- \*\* **Colorado:** Es ilegal presentar, con conocimiento, información o hechos falsos, incompletos, engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o de intentar cometer fraude conta la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, negación de seguro y daños civiles. Se debe reportar a la División de seguro de Colorado, dentro del departamento de agencias regulatorias cuando cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que presente, con conocimiento, información o hechos falsos, incompletos, engañosos a un dueño de póliza o reclamante con el propósito de defraudar o de intentar cometer fraude conta dicho dueño de póliza o reclamante con respecto a cualquier arreglo o adjudicación pagadera del producto de seguro.
- \*\* **Delaware:** Cualquier persona que con conocimiento y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora presente reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de delito.
- \*\* **Distrito de Columbia:** ADVERTENCIA: Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a aseguradoras, con el propósito de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las penas o sanciones incluyen encarcelamineto y/o multas. Además, la aseguradora puede negar los beneficios de seguro si información falsa que tenga relación material con la reclamación es proporcionada por el solicitante.

- \*\* **Florida:** Cualquier persona que, con conocimiento y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una reclamación o una solicitud de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de delito de tercer grado.
- \*\* **Idaho:** Cualquier persona que, con conocimiento y con la intención de defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de delito.
- \*\* **Indiana:** Cualquier persona que, con conocimiento y con la intención de defraudar o engañar a una aseguradora, presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, comete delito.
- \*\* **Kentucky:** Cualquier persona que, con conocimiento y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una reclamación que contenga información materialmente falsa o que oculte algo con el propósito de tergiversar información de hechos materiales comete un acto de fraude de seguro, el cual es un delito.
- \*\* **Maine, Tennessee, Virginia o Washington:** Es ilegal presentar, con conocimiento, información o hechos falsos, incompletos, engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudar la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y negación de los beneficios de seguro.
- \*\* **Minnesota:** La persona que presente una reclamación con la intención de defraudar o que ayude a cometer un fraude contra cualquier compañía de seguros es culpable de delito.
- \*\* **New Hampshire:** Cualquier persona que con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es sujeta a juicio y a sanciones por fraude de seguro, como se establece en RSA 638:20.
- \*\* **Residentes de New Jersey:** Cualquier persona que, con conocimiento, presente una reclamación que contenga información falsa o engañosa será sujeto a sanciones penales y civiles.
- \*\* **New Mexico:** CUALQUIER PERSONA QUE CON CONOCIMIENTO PRESENTE RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO O QUE CON CONOCIMIENTO PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN CUALQUIER SOLICITUD DE SEGURO ES CULPABLE DE DELITO Y PUEDE SER SUJETA A MULTAS CIVILES Y A SANCIONES CRIMINALES.
- \*\* **New York:** CUALQUIER PERSONA QUE, CON CONOCIMIENTO O A SABIENDAS Y CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR A CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS O A OTRA PERSONA, PRESENTE INFORMACIÓN MATERIALMENTE FALSA O QUE OCULTE INFORMACIÓN CONCERNIENTE A HECHOS MATERIALES CON EL PROPÓSITO DE TERGIVERSAR O ENGAÑAR COMETE UN ACTO DE FRAUDE DE SEGURO, EL CUAL ES UN DELITO Y DICHA PERSONA TAMBIÉN SERÁ SUJETA A SANCIONES CIVILES QUE NO EXCEDAN LOS CINCO MIL DÓLARES Y EL VALOR ESTABLECIDO DE LA RECLAMACIÓN POR CADA VIOLACIÓN DE ESTE TIPO.
- \*\* **Ohio:** Cualquier persona que, con la intención de defraudar y con conocimiento que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud para obtener seguro o reclamación que contenga declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguro.
- \*\* **Oklahoma:** ADVERTENCIA: Cualquier persona que con conocimiento y con la intención de defraudar a cualquier aseguradora, presente cualquier reclamación por el producto de cualquier póliza de seguro y dicha reclamación contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de delito.
- \*\* **Pennsylvania:** Cualquier persona que, con conocimiento y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud para obtener seguro o una reclamación que contenga información materialmente falsa o que oculte información concerniente a hechos materiales con el propósito de engañar, comete un acto de fraude de seguro, el cual es un delito y sujeta a tal persona a sanciones penales y civiles.
- \*\* **Puerto Rico:** Cualquier persona que, con conocimiento y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros, incluya información falsa en una solicitud de seguro o que presente, ayude o induzca a que se presente la reclamación fraudulenta para obtener pago de una pérdida u otros beneficios, o que presente más de una reclamación por la misma pérdida o daño, puede ser culpable de delito. Al ser enjuiciada, a dicha persona se le multará entre \$5,000 y \$10,000, será encarcelada por tres (tres) años o ambos. Circunstancias agravantes o atenuantes podrían resultar en que el término de prisión se aumente a cinco (5) años o que se reduzca a dos (2) años.
- \*\* **Texas:** Cualquier persona que, con conocimiento, presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener el pago de una pérdida es culpable de delito y puede ser sujeto a multas y a confinamiento en prisión estatal.
- \*\* **Si usted vive en un estado que no se menciona arriba, la siguiente declaración se aplica a usted:**  
Cualquier persona que, con conocimiento y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa o que oculte cualquier hecho material, puede ser culpable de un hecho fraudulento, puede ser enjuiciada bajo la ley estatal y puede ser sujeta a sanciones civiles y penales. Además, Las aseguradoras o compañías de seguros pueden negar beneficios si el reclamante proporciona información falsa que tenga relación material con la reclamación.