

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*)

- |  |                              |                             |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| A. Non-school related activity?              | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| B. Supervised school activity?               | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| C. Field trip activity?                      | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| D. Supervised off-campus activity?           | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| E. Sponsored and supervised travel           | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| F. Supervised athletic practice/competition? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |

Name and Title of Supervising School Authority:

Name \_\_\_\_\_

Title \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

School District \_\_\_\_\_

School Name \_\_\_\_\_

Sport \_\_\_\_\_

### STUDENT INFORMATION – DATOS DEL ESTUDIANTE

NOMBRE COMPLETO DEL ESTUDIANTE	DOMICILIO	CIUDAD	CODIGO POSTAL
--------------------------------	-----------	--------	---------------

FECHA DE NACIMIENTO	# DE SEGURO SOCIAL	GRADO ESCOLAR	SEXO	TELEFONO
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

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.