

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="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Name _____
B. Supervised school activity? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Title _____
C. Field trip activity? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Signature _____
D. Supervised off-campus activity? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	School District _____
E. Sponsored and supervised travel <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	School Name _____
F. Supervised athletic practice/competition? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> 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	
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.