

Exploradoras de los EE. UU. Formulario de demanda

Envíe por correo facturas adicionales (identificadas de forma adecuada por la persona herida y por nombre de la municipalidad) a:

Servicios de riesgo especial
Apartado de correos 31156
Omaha, Nebraska 68131
1-800-524-2324



Información del demandante - Todas las preguntas deben ser respondidas

Nombre del demandante	Número de identificación	Edad	Fecha de Nacimiento
-----------------------	--------------------------	------	---------------------

Domicilio del demandante	Número y calle	Ciudad	Estado	Código postal
--------------------------	----------------	--------	--------	---------------

Si el demandante es menor, nombre del padre o tutor	Número de teléfono () -)
---	---

Domicilio del padre o tutor	Número y calle	Ciudad	Estado	Código postal
-----------------------------	----------------	--------	--------	---------------

Padre, tutor legal o demandante (si es adulto)

Nombre y domicilio del empleador: _____ Número de teléfono (_____) _____ - _____

Nombre y domicilio de la madre, tutora o esposa: _____

Número de teléfono (_____) _____ - _____

Nombre de todas las compañías que le brindan cobertura de seguro o planes de salud prepagos.

Nombre de la Compañía	Domicilio	Número de póliza o de certificado
-----------------------	-----------	-----------------------------------

Si no tiene otra cobertura, firme y póngale fecha a la siguiente declaración.

Yo, _____, el día _____, confirmo que no tengo otra cobertura de seguro disponible para esto y todos los gastos relacionados con esta demanda.

Por medio de la presente certifico que toda la información es verdadera y completa

Confirmo que he leído y comprendido la declaración de fraude para mi estado incluida en este formulario.

Demandantes de Nueva York: TODA PERSONA QUE, A SABIENDAS Y CON EL FIN DE DEFRAUDAR CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS U OTRA PERSONA, ENVÍE UNA SOLICITUD DE SEGURO O UNA DECLARACIÓN DE DEMANDA QUE CONTENGA CUALQUIER INFORMACIÓN MATERIALMENTE FALSA U OCULTA INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL MISMO CON EL FIN DE ENGAÑO, COMETE UN ACTO FRAUDULENTO DE SEGUROS, LO CUAL ES UN CRIMEN Y ESTARÁ SUJETO A UNA MULTA CIVIL QUE NO EXCEDERÁ LOS CINCO MIL DÓLARES Y EL VALOR ESTABLECIDO DE LA DEMANDA POR DICHA VIOLACIÓN. (DE ACUERDO A 11 NYC RR86)

Firma (Padre/Tutor)

Fecha

ADJUNTE LAS FACTURAS DETALLADAS CON EL DIAGNÓSTICO DEL MÉDICO

M18979_SP_1125

DECLARACIÓN DE LA LÍDER DE LAS EXPLORADORAS

Número de tropa _____

Nivel:

- | | | | |
|------------------------------------|---|--|--|
| 0 <input type="checkbox"/> Daisy | 3 <input type="checkbox"/> Cadette | 6 <input type="checkbox"/> Niña no miembro | 9 <input type="checkbox"/> Personal de temporada |
| 1 <input type="checkbox"/> Brownie | 4 <input type="checkbox"/> Senior | 7 <input type="checkbox"/> Adulto no miembro | 51 <input type="checkbox"/> Embajador |
| 2 <input type="checkbox"/> Junior | 5 <input type="checkbox"/> Miembro adulto | 8 <input type="checkbox"/> Personal | |

Nombre de la municipalidad

No. de municipalidad

Número de teléfono
() -

Domicilio de la municipalidad

Número y calle

Ciudad

Estado

Código postal

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

Información de la actividad	Tipo de actividad (marque las casillas a continuación):					
	1. <input type="checkbox"/> Autos/vehículos <input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Pasajero <input type="checkbox"/> Peatón	2. <input type="checkbox"/> Resbalones/caídas sobre/ en/hacia/desde <input type="checkbox"/> Equipos/muebles <input type="checkbox"/> Animales <input type="checkbox"/> Otros (alfombra, maderas, escaleras, etc.)	3. <input type="checkbox"/> Con herramientas: <input type="checkbox"/> Sierra <input type="checkbox"/> Cuchillo <input type="checkbox"/> Estufa <input type="checkbox"/> Horno <input type="checkbox"/> Otro	4. <input type="checkbox"/> Acuática (en/sobre agua) <input type="checkbox"/> Natación/Buceo <input type="checkbox"/> Navegación en bote/canoa <input type="checkbox"/> Esquí acuático	5. <input type="checkbox"/> Plantas/insectos venenosos (Picadura de abeja/hiedra venenosa)	6. <input type="checkbox"/> Patinaje <input type="checkbox"/> Sobre ruedas <input type="checkbox"/> Sobre hielo
Eventos que duran toda la noche	¿Qué es un evento que dura toda la noche? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si indica "Sí", cantidad de noches _____					
	Nombre del evento: Indique las fechas de asistencia desde _____ hasta _____					
Tropa validación o autorizada actividad representantes validación	Certificamos por medio de la presente que la persona asegurada se encuentra actualmente registrada como Exploradora o que la prima requerida para el seguro ha sido pagada para esta persona y que el demandante se encontraba participando de una actividad de las Exploradoras aprobada como se describe anteriormente.					
	Firma del representante de la actividad/Firma de la líder de la tropa					Fecha
	Domicilio Calle	Ciudad	Estado	Código postal		
	¿La herida tuvo lugar durante el empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
	Las demandas cubiertas por la póliza de compensación de la municipalidad para trabajadores no deberían ser enviadas a Mutual of Omaha.					
SOLO PARA USO DEL MUNICIPALIDAD	Certifico que esta lesión o enfermedad ocurrió como se describió y que la actividad fue patrocinada y supervisada por las Exploradoras.					
	Firma del oficial de la municipalidad					Fecha

Authorización para la divulgación de la Información

Autorizo a la Compañía de seguros Mutual of Omaha o empresas afiliadas a divulgar mi información personal o la de mis hijos a las Exploradoras de los EE. UU. a fines de confirmar la demanda.

La información personal podría incluir elementos tales como información acerca de la demanda e información médica, incluyendo el diagnóstico, estado mental y físico, registros de medicamentos prescritos y otra información relacionada con la demanda.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negación para firmar no afectará mi afiliación, mi elegibilidad para obtener beneficios o mi habilidad para obtener un pago pero podría demorar el proceso de mi demanda.

Si la persona o entidad a quien la información es divulgada no es un proveedor de atención médica o un plan de salud sujeto a regulaciones federales de privacidad, la información podría volver a ser divulgada sin la protección de las regulaciones federales de privacidad.

A menos que haya sido revocada anteriormente, esta autorización permanecerá vigente por 24 meses desde la fecha en que la firmé. Entiendo que podría revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a: Mutual of Omaha Insurance Company, ATTN: Demandas de riesgo especial, PO Box 31156, Omaha, NE 68131.

Comprendo que me corresponde recibir una copia firmada de la autorización.

Firma

Fecha

Relación con el asegurado