



P.O. Box 979  
 Valley Forge, PA 19482  
 610.933.0800  
 Fax: 610.935.2860  
 www.agadministrators.com

## Student Accident Claim Form

Please complete and submit to A-G Administrators with itemized medical bills and primary insurance explanation of benefits. For questions, please contact A-G Administrators.

Policyholder (School) Bethlehem Area School District

Student's Name \_\_\_\_\_  
FIRST NAME MIDDLE INITIAL LAST NAME

Date of Birth \_\_\_\_\_ Sex  M  F SOCIAL SECURITY # \_\_\_\_\_

Cell Phone \_\_\_\_\_ Email Address \_\_\_\_\_ 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

School Address \_\_\_\_\_  
STREET CITY STATE ZIP

Home Address \_\_\_\_\_  
STREET CITY STATE ZIP

### ACCIDENT INFORMATION

Activity \_\_\_\_\_ Accident Date \_\_\_\_\_

Body Part Injured \_\_\_\_\_ Place of Accident \_\_\_\_\_

Nature of Injury — Details of What Happened \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### INSURANCE INFORMATION

Does the claimant have primary insurance?  Yes  No *(Attach separate sheet if necessary.)*

Insurance Company Name & Address \_\_\_\_\_

Policy Number \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

### AUTHORIZATION

**AFFIDAVIT:** I verify that the statement on other insurance is accurate and complete. I understand that the intentional furnishing of incorrect information via the U.S. Mail may be fraudulent and violate federal laws as well as state laws. I agree that if it is determined at a later date that there are other insurance benefits collectible on this claim I will reimburse A-G Administrators to the extent for which A-G Administrators would not have been liable.

**AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION:** I authorize any Health Care Provider, Doctor, Medical Professional, Medical Facility, Insurance Company, Person or Organization to release any information regarding medical, dental, mental, alcohol or drug abuse history, treatment or benefits payable, including disability or employment related information concerning the patient, to A-G Administrators and its designees.

**PAYMENT AUTHORIZATION:** I authorize all current and future medical benefits, for services rendered and billed as a result of this claim, to be made payable to the physicians and providers indicated on the invoices.

\_\_\_\_\_  
**STUDENT SIGNATURE** (Parent or guardian, if participant is a minor) Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**AUTHORIZED POLICYHOLDER REP. SIGNATURE** Title \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



P.O. Box 979  
 Valley Forge, PA 19482  
 610.933.2860  
 Fax: 610.935.2860  
 www.agadministrators.com

**Formulario de Reclamación de Accidente Estudiantil**

Favor de completar y regresar a A-G Administrators con facturas médicas detalladas y explicación de los beneficios del seguro primario. Si tiene preguntas, comuníquese con A-G Administrators.

Tenedor de Póliza (Escuela)- Bethlehem Area School District

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_  
Nombre Letra Inicial Apellido

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Género:  M  F Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Número Celular \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Dirección de la Escuela \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección Residencial \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

**Información Sobre el Accidente**

Actividad \_\_\_\_\_ Fecha del Accidente \_\_\_\_\_

Parte del Cuerpo Lesionada \_\_\_\_\_ Lugar del Accidente \_\_\_\_\_

Naturaleza de la lesión – Detalles de lo que pasó \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Información del Seguro**

¿Tiene el reclamante seguro primario?  Si  No *(Si es necesario, adjunte una hoja separada.)*

Nombre y Dirección de la compañía de seguro \_\_\_\_\_

Número de Póliza \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN**

**AFFIDAVIT:** Compruebo que la declaración de otro seguro es exacta y completa. Entiendo que el suministro intencional de información incorrecta a través del correo estadounidense puede ser fraudulento y violar las leyes federales, así como las leyes estatales. Estoy de acuerdo en que si se determina en una fecha posterior que hay otros beneficios de seguro coleccionables en esta reclamación, reembolsaré a los A-G Administrators en la medida en que A-G Administrators no hubieran sido responsables.

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN:** Autorizo a cualquier Proveedor de Atención de Salud, Médico, Profesional Médico, Centro Médico, Compañía de Seguros, Persona u Organización a divulgar cualquier información relacionada con antecedentes de abuso médico, dental, mental, alcohol o drogas, tratamiento o beneficios pagados, incluyendo discapacidad ó información relacionada con el empleo concerniente al paciente, a AG Administrators y a sus designados.

**AUTORIZACIÓN DE PAGO:** Autorizo que todos los beneficios médicos actuales y futuros, por servicios proveídos y facturados como resultado de esta reclamación, sean pagados a los médicos y proveedores indicados en las facturas.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL ESTUDIANTE** *(Padre/Encargado, si el participante es menor de edad)* \_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO DE LA PÓLIZA** \_\_\_\_\_  
 Título Fecha