



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