SPORTS INSURANCE SPECIALISTS

K-12 STUDENT
ACCIDENT CLAIM FORM

Please complete and submit to A-G Administrators with itemized medical bills AND primary insurance explanation of benefits.

Send all claim forms and documents using our secure upload portal: upload.agadministrators.com
Alternatively, submit documents to claims@agadm.com.

For questions, however, please contact A-G Administrators: customerservice@agadm.com.

YOUR INFORMATION

First Name:_____ Last Name:_____

Title:_____ School/Organization Name:_____

Email Address:_____ Phone Number:_____

POLICYHOLDER INFORMATION

Policyholder (School):_____

School Address:_____
STREET CITY STATE, ZIP

STUDENT INFORMATION

Student's Name:_____
FIRST NAME MIDDLE INITIAL LAST NAME

Date of Birth:_____ Sex: ☐ M ☐ F **Social Security #:**_____

Student's Phone Number (or Parent's if minor): _____

Student's EMAIL (or Parent's if minor): _____

Student's Home Address: _____
STREET CITY STATE, ZIP

ACCIDENT INFORMATION

Circumstance: ☐ Game ☐ Practice ☐ Conditioning ☐ Other (Please explain in Nature of Injury section.)

Type of Activity: ☐ Club Sport ☐ Intramural ☐ Interscholastic ☐ Non-Athletic

Activity/Sport (if athletic related):_____ 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 documents if necessary.)

Insurance Company Name:_____

Insurance Company Address:_____
STREET CITY STATE, ZIP

Policy Number: _____ ID#:_____

Is the student eligible for Medicaid or TriCare Benefits? ☐ YES ☐ NO
If yes, please file for benefits under the Student Accident Plan before submitting expenses to Medicaid or TriCare.

A-G ADMINISTRATORS LLC
SPORTS INSURANCE SPECIALISTS
PO Box 21013, Eagan, MN 55121
Ph: **(610) 933-0800** *Fx:* **(610) 933-4122** *Email:* **claims@agadm.com**

SRO ACC 5/2022

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.

WARNING: New York: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information, or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent insurance act, which is a crime, and shall also be subject to a civil penalty not to exceed five thousand dollars and the stated value of the claim for each such violation.

SCHOOL OFFICIAL SIGNATURE	DATE
PARENT / GUARDIAN SIGNATURE	DATE

FRAUD WARNING: Any person who, knowingly and with intent to defraud, or helps commit a fraud against, any insurance company or other person: (1) files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information; or (2) conceals for the purpose of misleading, information concerning any material fact thereto, commits or may be committing a fraudulent insurance act, which is a crime and subjects such person to criminal and/or civil penalties.

Alabama: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or who knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to restitution fines or confinement in prison, or any combination thereof.

Alaska: Any person who knowingly and with intent to injure, defraud, or deceive an insurance company files a claim containing false, incomplete, or misleading information may be prosecuted under state law.

Arizona: For your protection Arizona law requires the following statement to appear on this form. Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss is subject to criminal and civil penalties

Arkansas and Rhode Island: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit is subject to criminal and civil penalties, or knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.

Colorado: It is unlawful to knowingly provide false, incomplete, or misleading facts or information to an insurance company for the purpose of defrauding or attempting to defraud the company. Penalties may include imprisonment, fines, denial of insurance and civil damages. Any insurance company or agent of an insurance company who knowingly provides false, incomplete, or misleading facts or information to a policyholder or claimant for the purpose of defrauding or attempting to defraud the policyholder or claimant with regard to a settlement or award payable for insurance proceeds shall be reported to the Colorado Division of Insurance within the Department of Regulatory Agencies.

Delaware: Any person who knowingly and with intent to injure, defraud or deceive any insurer, files a statement of claim containing any false, incomplete or misleading information is guilty of a felony.

District of Columbia: WARNING: It is a crime to provide false or misleading information to an insurer for the purpose of defrauding the insurer or any other person. Penalties include imprisonment and/or fines. In addition, an insurer may deny insurance benefits if false information materially related to a claim was provided by the applicant.

Florida: Any person who knowingly and with intent to injure, defraud, or deceive any insurer, files a statement of claim containing any false, incomplete, or misleading information is guilty of a felony of the third degree.

Idaho and Indiana: Any person who knowingly and with intent to defraud or deceive any insurance company, files a statement of claim containing any false, incomplete, or misleading information (for Idaho) is guilty of and (for Indiana) commits a felony. Idaho and Indiana: Any person who knowingly and with intent to defraud or deceive any insurance company, files a statement of claim containing any false, incomplete, or misleading information (for Idaho) is guilty of and (for Indiana) commits a felony.

Kentucky: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files a statement of claim containing any materially false information or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime.

Louisiana and West Virginia: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.

Maine, Tennessee, Virginia and Washington: It is a crime to knowingly provide false, incomplete or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties may include imprisonment, fines or a denial of insurance benefits.

Maryland: Any person who knowingly or willfully presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or who knowingly or willfully presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.

Minnesota: A person who files a claim with intent to defraud or helps commit a fraud against an insurer is guilty of a crime.

New Hampshire: Any person who, with a purpose to injure, defraud or deceive any insurance company, files a statement of claim containing any false, incomplete or misleading information is subject to prosecution and punishment for insurance fraud, as provided in RSA 638.20.

New Jersey: Any person who knowingly files a statement of claim containing any false or misleading information is subject to criminal and civil penalties.

New Mexico: ANY PERSON WHO KNOWINGLY PRESENTS A FALSE OR FRAUDULENT CLAIM FOR PAYMENT OF A LOSS OR BENEFIT OR KNOWINGLY PRESENTS FALSE INFORMATION IN AN APPLICATION FOR INSURANCE IS GUILTY OF A CRIME AND MAY BE SUBJECT TO CIVIL FINES AND CRIMINAL PENALTIES.

Ohio: Any person who, with intent to defraud or knowing that he is facilitating a fraud against an insurer, submits an application or files a claim containing a false or deceptive statement is guilty of insurance fraud.

Oklahoma: WARNING: Any person, who knowingly and with intent to injure, defraud or deceive any insurer, makes any claim for the proceeds of an insurance policy containing any false, incomplete or misleading information is guilty of a felony.

Oregon: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or a statement of claim containing any materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material hereto, may be subject to prosecution for insurance fraud.

Pennsylvania: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime and subjects such person to criminal and civil penalties.

Puerto Rico: Any person who knowingly and with the intention of defrauding presents false information in an insurance application, or presents, helps, or causes the presentation of a fraudulent claim for the payment of a loss or any other benefit, or presents more than one claim for the same damage or loss, shall incur a felony and, upon conviction, shall be sanctioned for each violation with the penalty of a fine of not less than five thousand (5,000) dollars and not more than ten thousand (5,000) dollars and not more than ten thousand (10,000) dollars, or a fixed term of imprisonment for three (3) years, or both penalties. If aggravating circumstances are present, the penalty thus established may be increased to a maximum of five (5) years; if extenuating circumstances are present, it may be reduced to a minimum of two (2) years.

Texas: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison

A-G ADMINISTRATORS LLC
SPORTS INSURANCE SPECIALISTS
P.O. Box 21013, Eagan, MN 55121
Ph: (610) 933-0800 *Email:* claims@agadm.com

SPECIALTY INSURANCE

K-12 ESTUDIANTIL

Formulario de Reclamo de Accidente Estudiantil
Por favor complete este formilario y envialo a A-G Specialty Insurance las fracturas medicas detalladas y la explicacion de beneficios de su seguro primario.

Envie el formulario y todos los documentos usando nuestro portal seguro: upload.agadministrators.com. Alternativamente, puede enviar los documentos a : claims@agadm.com
Para preguntas, comuniquese con A-G Specialty Insurance a : customerservice@agadm.com

Su información:

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Titulo _____ Nombre de Escuela /organización _____

Dirección de Correo Electronico: _____ Telefono: _____

INFORMACION DEL TITULAR DE LA POLIZA:

Titular de la poliza/Escuela _____

Direccion de la Escuela _____
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

INFORMACION DEL ESTUDIANTE:

Nombre del estudiante: _____
PRIMER NOMBRE INICIAL APELLIDO

Fecha de Nacimiento: _____ Sex : ☐ M ☐ F **Seguro Social #:** _____

Telefono del Estudiante (ode los Padres si es Menor) _____

Correo electrónico (e-mail) _____

Direcion Postal _____
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

INFORMACION DEL ACCIDENTE:

Circunstancia: ☐ Juego ☐ Practica ☐ Otras Condiciones (Por favor explique con detalle la naturaleza de la lesión)

Tipo de Actividad: ☐Club deportivo ☐ Intramuros ☐Interescolar ☐ No es Atleta

Actividad o Deporte _____ Fecha de la lesión _____

Parte del cuerpo lesionada _____ Lugar del Accidente: _____

Naturaleza de la lesión Detalles de lo sucedido
_____
_____
_____
_____
_____

INFORMACION DEL SEGURO:

El reclamante tiene seguro Medico Primario? ☐ Si ☐ No (Adjuntar una copia si es necesario) _____

Nombre de la Compañia de Seguros: _____

Direccion de la Compañia de Seguros: _____
Calle CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Numero de poliza: _____

A-G SPECIALTY INSURANCE, LLC
PO Box 21013, Eagan, MN 55121
Ph: **(610) 933-0800** *Fx:* **(610) 933-4122** *Email:* **claims@agadm.com**

SRO ACC 5/21

AUTORIZACION

DECLARACIÓN JURADA: Verifico que la declaración sobre otro seguro es verdadera y completa. Entiendo que enviar información incorrecta o falsa a través del correo de EE. UU. puede ser considerado un acto fraudulento y viola las leyes federales y las leyes estatales. Acepto que si es determinado en una fecha posterior que hay otros beneficios de seguro que se pueden cobrar en este reclamo, reembolsar A-G Specialty Insurance en la medida en que A-G no hubieran sido responsables.

Authorization PARA DIVULGAR INFORMACION: Autorizo a cualquier proveedor de atención médica, médico, profesional médico, Establecimiento, compañía de seguros, persona u organización para divulgar cualquier información médica, dental, mental, alcohol o historial de abuso de drogas, tratamiento o beneficios pagaderos, incluida información sobre discapacidad o empleo relacionada con el paciente, a los administradores de A-G y sus designados. También autorizo a los A-G Specialty Insurance a divulgar cualquier información médica y facturación a cualquier miembro de la familia o profesional médico si es necesario para facilitar los pagos.

AUTORIZACIONN DE PAGO: Autorizo el pago de los beneficios médicos actuales y futuros, para los servicios prestados y facturados como resultado de este reclamo, a nombre de los médicos y proveedores indicados en las facturas.

APROVACION DE ESTUDIANTE /PADRE : Yo certifico que se ha dado la aprobación por parte del estudiante , padre o representante legal (si es menor) para presentar esta reclamo.

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO DE LA ESCUELA	**FECHA**
FIRMA DEL PADRE O TUTOR	**FECHA**

ADVERTENCIA PARA LOS RESIDENTES DE CALIFORNIA: La ley the Privaciodad del consumidor de California(CCPA) es una ley de privacidad interal que entró en vigencia el 1 de Enero de 2020. La CCPA brinda derechos mejorados a los residentes de California, incluyendo el derecho al acceso de información, el derecho a la eliminación de información (en ciertas circunstancias) y el derecho a optar por no participar en la venta de información. Por favor dirija cualquier consulta relacionada con la CCPA a sus representante de reclamos de su administrador externo.

ADVERTENCIA DE FRAUDE: **Cualquier persona que, conscientemente y con la intención de defraudar, o ayude a cometer un fraude contra, cualquier compañía de seguros u otra persona: (1) presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa; o (2) oculta con el propósito de inducir datos falsos, o omitir información relativa a cualquier hecho material de la misma, comete o puede estar cometiendo un acto de seguro fraudulento, que es un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y/o civiles.**

ADVERTENCIA A LOS RESIDENTES DE:

Alabama: Cualquier reclamación que es presentada conscientemente que contiene información falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o beneficio es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas de restitución, encarcelamiento, o cualquier combinación de los dos.

Alaska: Cualquier reclamación que es presentada conscientemente y con la intención de herir, defraudar o engañar a una compañía de seguros que contiene información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesada bajo la ley estatal.

Arizona, Arkansas and Rhode Island: Presentar una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio está sujeto a sanciones penales y civiles, y específicas de AR y RI: si conscientemente se presenta información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y encarcelamiento.

Californ1ia: Para su protección, la ley de California requiere que este mensaje aparezca en este formulario: Cualquier persona que conscientemente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y encarcelamiento en prisión estatal.

Delaware: aCualquier reclamación que es presentada conscientemente y con la intención de herir, defraudar o engañar a una compañía de seguros que contiene información falsa, incompleta o engañosa puede ser es culpable de un delito grave.

Florida: Cualquier reclamación que es presentada conscientemente y con la intención de herir, defraudar o engañar a una compañía de seguros que contiene información falsa, incompleta o engañosa puede ser culpable de un delito grave del tercer grado.

Idaho and Indiana: Cualquier reclamación que es presentada conscientemente y con la intención de herir, defraudar o engañar a una compañía de seguros que contiene información falsa, incompleta o engañosa (para Idaho) es culpable y (para Indiana) comete un delito.

Kentucky: Cualquier reclamación que es presentada conscientemente que contiene cualquier información materialmente falsa u oculta, con el propósito de engañar, e intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona la información comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito.

New York: Cualquier reclamación que es presentada conscientemente que contiene cualquier información materialmente falsa u oculta, con el proposito de engañar, e intención de defraudar a cualquier compañia de seguros u otra persona comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y también estará sujeto a una sanción civil que no exceda de cinco mil dolares y el valor declarado de la reclamación por cada una de esas violaciones.

Pennsylvania: Cualquier reclamación que es presentada conscientemente y contiene información materialmente falsa u oculta, con el propósito de engañar, e intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito y somete a dicha persona presentando esta reclamación a sanciones penales y civiles.

Louisiana: Cualquier persona que conscientemente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y encarcelamiento en prisión.

New Mexico: Cualquier persona que conscientemente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida culpable de un delito y puede estar sujeto a multas civiles y sanciones penales.

Texas: Cualquier persona que conscientemente y deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida que contiene información engañosa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y encarcelamiento en prisión estatal.

West Virginia: Cualquier persona que conscientemente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una Ph: pérdida que contiene información engañosa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y encarcelamiento en prisión.

Maryland: Cualquier persona que conscientemente y deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida que contiene informaciãn engañosa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y encarcelamiento en prisión.

New Jersey: Cualquier persona que conscientemente y deliberadamente presente un reclamo falso, fraudulento o con información engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

Ohio: Cualquier persona que conscientemente y deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida que contiene información engañosa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y de fraude de seguro

Oklahoma: Cualquier reclamación que es presentada conscientemente y con la intención de herir, defraudar o engañar a una compañía de seguros que contiene información falsa, incompleta o engañosa puede ser culpable de un delito grave.

Oregon: Cualquier reclamación que es presentada conscientemente que contiene cualquier información materialmente falsa u oculta, con el propósito de engañar, e intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona la información comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, puede ser sujeto a enjuiciamento.

Puerto Rico: Cualquier reclamación que es presentada conscientemente y con la intención de herir, defraudar o engañar una compañía de seguros que contiene información falsa, incompleta o engañosa ayuda a la causa de presentación de una reclamación fraudulenta y presenta más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, incurrirá en un delito grave y, en caso de condena, será sancionado por cada violación con la pena de una multa de no menos de cinco mil (5.000) dólares y no más de diez mil (10.000) dólares, o una pena de prisión fija por tres (3) años , o ambas sanciones. Si existen circunstancias agravantes, la sanción así establecida podrá incrementarse hasta un máximo de cinco (5) años; si existen circunstancias atenuantes, puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

ADVERTENCIA:

Colorado: Es ilegal conscientemente proporcionar o declarar hechos y/o información falsa, incompleta o engañosa a una compañia de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañia. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier compañia de seguros o agente de una compañia de seguros que con intención proporcione datos o información engañosa a un asegurado o reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la el asegurado o reclamante con respecto a un acuerdo o premio por los ingresos del seguro será reportado a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

District of Columbia: Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen penas de prisión y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante proporcioná información falsa relacionada materialmente con una reclamación.

Hawái: Presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio es un delito castigado con multas o prisión, o ambos.

Maine, Tennessee, Virginia and Washington: Es un delito conscientemente proporcionar a s información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir prisión, multas o una denegación de beneficios de seguro.

Minnesota: Una persona que presenta una reclamación con la intención de defraudar o ayuda a cometer un fraude contra una aseguradora es culpable de un delito.

NUEVO Hampshire: Cualquier persona que, con el propósito de herir, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamo que contenga cualquier información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a enjuiciamiento y castigo por fraude de seguro según lo dispuesto en RSA 638.20.

seguro, según lo dispuesto en RSA 638.20.

SPECIALTY INSURANCE

Gallagher | Student Health & Special Risk

How to File a Claim

To successfully process your claim, please submit the following three pieces of information:

1. Completed and Signed Accident Claim Form
2. Itemized Bills
3. Explanation of Benefits (EOBs) from student's Primary Insurance Carrier

In order to streamline the claims process, you should update A-G Specialty Insurance as your child's secondary insurance carrier with any and all providers they've seen or will see for this injury. The provider will then bill us directly with the required documentation above. Please contact the provider's billing department in order to update any insurance information. Our goal is to process claims as quickly as possible, and your assistance with the handling of bills as outlined above will accelerate the process.

These documents should be sent through our secure portal:

upload.agadministrators.com

Alternatively, they can be mailed, emailed, or faxed to:

A-G Specialty Insurance LLC
Claims Department
P.O. Box 21013
Eagan, MN 55121
Claims@agadm.com
(610) 933-4122 Fax

Contact us with questions at (610) 933-0800 or customerservice@agadm.com

1. The **Claim Form** enables us to open a claim for the treatment of your child's injury. To avoid delays in claim processing, please be sure the "other insurance" portion of the claim form is completed in full. The claim form must be signed by a school official.

2. **Itemized Bills:** We require copies of all medical bills, showing the name and address of the provider of service, date of service, body part treated, type of service, and the total charges. Account statements or "balance due" statements are helpful, but do not usually contain all the information needed to process the charges.

3. **Explanation of Benefits (EOBs):** If your child has other medical insurance, all medical bills must be first submitted to the primary health insurance for their determination of eligibility. If the charges are not paid in full by the other medical insurance carrier, we will need to see a copy of the Explanation of Benefits (EOB) from that carrier prior to our office issuing benefits. Your health insurance provider will send this in the mail soon after treatment, and you should have additional access to this document via your primary insurance's website or portal.