

**INSTRUCCIONES:** Afinque al escribir — hay múltiple copias.  
 La tercera copia es para el líder de la tropa.  
 Envíe por correo la primera y segunda copias al consejo.

**GIRL SCOUTS OF THE U.S.A.  
 FORMULARIO DE RECLAMACION**



Envíe las cuentas adicionales a:  
 (Nombre correcto del asegurado y Nombre del Consejo)

United of Omaha Life Insurance Company  
 Special Risk Services  
 P.O. Box 31156  
 Omaha, Nebraska 68131  
 1-800-524-2324



**INFORMACION DEL RECLAMANTE — DEBE RESPONDER TODAS LAS PREGUNTAS**

Nombre del reclamante		Número de Identificación		Edad
Dirección del reclamante	Número y calle	Ciudad	Estado	Código Postal
Si es un menor, nombre del padre o representante			Teléfono ( ) -	
Dirección del padre o representante	Número y calle	Ciudad	Estado	Código Postal

**¿Hay beneficios pendientes debido a este accidente o enfermedad bajo otras coberturas de seguro?**  Sí  No En caso afirmativo, complete lo siguiente:  
 Nombre de la compañía Dirección Número de póliza o certificado

Firma del padre (o la madre) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**DECLARACION DEL LÍDER DE TROPA**  
 Tropa número \_\_\_\_\_ Nivel: 0  Daisy 1  Brownie 2  Junior 3  Cadette 4  Senior 5  Miembro adulto 6  Niño no miembro 7  Adulto no miembro 8  Peronal 9  Personal estacional

Nombre del Consejo		Consejo No.	Teléfono ( ) -	
Dirección del Consejo	Número y Calle	Ciudad	Estado	Código Postal

Fecha y lugar del accidente o enfermedad	Fecha y ubicación
Información de Actividad	Tipo de actividad (marque abajo): 1. <input type="checkbox"/> Autos/Vehículos <input type="checkbox"/> Chofer <input type="checkbox"/> Pasajero <input type="checkbox"/> Peatón 2. <input type="checkbox"/> Resbalón/caída/en/sobre/desde <input type="checkbox"/> Equipo/Muebles <input type="checkbox"/> Animales <input type="checkbox"/> Otro (alfombra, tronco, escaleras, etc.) 3. <input type="checkbox"/> Usando Herramientas <input type="checkbox"/> Serrucho/sierra <input type="checkbox"/> Cuchillo <input type="checkbox"/> Estufa/cocina <input type="checkbox"/> Horno <input type="checkbox"/> Otro 4. <input type="checkbox"/> Acuática <input type="checkbox"/> Natación/Buceo <input type="checkbox"/> Boating/Canoeing <input type="checkbox"/> Water Skiing 5. <input type="checkbox"/> Planta/Insecto venenoso 6. <input type="checkbox"/> Pantinaje <input type="checkbox"/> Sobre ruedas <input type="checkbox"/> Sobre hielo <input type="checkbox"/> Enfermedad 7. <input type="checkbox"/> Enfermedad 8. <input type="checkbox"/> Otro Accidente (zumaque venenoso, picadura de abeja)

Eventos en que se pernota	¿Fue éste un evento en que se pernotó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es "Sí," número de noches _____
	Nombre del evento: Fechas de asistencia desde _____ hasta _____

Validación de la tropa o del representante autorizado para la actividad  
 Por la presente certificamos que la persona asegurada está actualmente inscrita en las Girl Scouts o que la prima requerida para la cobertura de seguro ha sido pagada por esta persona y que el reclamante estaba participando en una actividad autorizada de las Girl Scouts como se describe arriba.

Firma del representante de la actividad/Firma del líder de la tropa \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

¿Ocurrieron las lesiones durante el curso del empleo?  Sí  No

**Las reclamaciones cubiertas bajo la póliza de compensación laboral del Consejo no deben ser enviadas a United of Omaha.**

<b>PARA USO DEL CONSEJO SOLAMENTE</b>	Certifico que esta enfermedad o lesión ocurrió tal como se describe y que la actividad fue patrocinada y supervisada por las Girl Scouts.  _____ Firma del Ejecutivo del Consejo Fecha	<b>Reclamación hecha bajo el siguiente Plan:</b> <input type="checkbox"/> Plan 1 - Cobertura básica <input type="checkbox"/> Plan 2 - Accidente de participante <input type="checkbox"/> Plan 3E - Evento prolongado <input type="checkbox"/> Plan 3P - Evento prolongado <input type="checkbox"/> Plan 3PI - Evento Internacional Prolongado <input type="checkbox"/> Entrada (Vista) Internacional
---------------------------------------	---	--

**ASEGURESE DE LEER AL REVERSO DE ESTA HOJA**

## **Aviso Importante De la Demanda**

**Residentes de California:** Cualquier persona que presente con conocimiento una demanda falsa o fraudulenta para el pago de la pérdida es culpable de un crimen y conforme a multas en la prisión del estado.

**Residentes del Distrito de Colombia y de Pennsylvania:** Cualquier persona que con conocimiento y con el intento a defraudar el cualquier compañía de seguro o otra persona suministra una aplicación para seguro o la declaración de la demanda que contiene cualquier información materialmente falsa o los omite para el propósito del engaño, información referente a cualquier material del hecho además comete el acto fraudulento del seguro, que es un crimen y conforme a penas criminales y civiles.

**Residentes de la Florida:** Cualquier persona que con conocimiento y con el intento a dañar, a defraudar o engañar cualesquiera expediente del asegurador un estado de la demanda o un uso que contiene la información falsa, incompleta, o engañosa es culpable de un crimen del tercer grado.

**Residentes De Kentucky:** Cualquier persona que con conocimiento y con el intento a defraudar cualquier asegurador suministra un estado de la demanda que contiene cualquier información materialmente falsa o lo encubre la información engañosa referente a cualquier material del hecho además cometa un acto fraudulento del seguro, que es un crimen.

**Residentes de Minnesota:** Una persona que suministra una demanda con intento de defraudar o ayuda a cometer un fraude contra un asegurador es culpable de un crimen.

**Residentes de New Jersey:** Cualquier persona que suministra con conocimiento una declaración de la demanda que contiene cualquier información falsa o engañosa está conforme a penas criminales y civiles.

**Nueva York:** Cualquier persona que con conocimiento y con el intento a defraudar cualquier compañía de seguros o otra persona suministra una aplicación para el seguro o la declaración de la demanda contiene cualquier información falsa o lo encubre con el fin del engaño, información referente a cualquier hecho material además, comete un acto fraudulento del seguro, que es un crimen y también esta conforme a una pena civil para no exceder cinco mil dólares y el valor indicado de la demanda para cada tal violación.

**Residentes de Ohio:** Cualquier persona que, con el intento a defraudar o sabiendo que él está facilitando fraude contra un asegurador, somete un aplicación o una demanda que contiene una declaración falsa o engañosa sea culpable de fraude del seguro.

**Residentes de Texas:** Cualquier persona que presente con conocimiento una demanda falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un crimen y puede estar conforme a multas y al confinamiento en la prisión del estado.

**Para todos los estados con excepción de los mencionados arriba:** Cualquier persona que con conocimiento, y con el intento a dañar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros suministra una declaración de la demanda que contiene falsa, incompleta, o engañosa información es culpable de un crimen. Este aviso no se aplica en Virginia

**INSTRUCCIONES:** Afinque al escribir — hay múltiple copias.  
 La tercera copia es para el líder de la tropa.  
 Envíe por correo la primera y segunda copias al consejo.

**GIRL SCOUTS OF THE U.S.A.  
 FORMULARIO DE RECLAMACION**



Envíe las cuentas adicionales a:  
 (Nombre correcto del  
 asegurado y Nombre del  
 Consejo)

United of Omaha Life Insurance Company  
 Special Risk Services  
 P.O. Box 31156  
 Omaha, Nebraska 68131  
 1-800-524-2324



**INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE — DEBE RESPONDER TODAS LAS PREGUNTAS**

Nombre del reclamante		Número de Identificación		Edad
Dirección del reclamante	Número y calle	Ciudad	Estado	Código Postal
Si es un menor, nombre del padre o representante			Teléfono ( ) -	
Dirección del padre o representante	Número y calle	Ciudad	Estado	Código Postal

¿Hay beneficios pendientes debido a este accidente o enfermedad bajo otras coberturas de seguro?  Sí  No En caso afirmativo, complete lo siguiente:

Nombre de la compañía	Dirección	Número de póliza o certificado
-----------------------	-----------	--------------------------------

**Firma del padre (o la madre)** \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**DECLARACION DEL LÍDER DE TROPA**

Tropa número \_\_\_\_\_ Nivel: 0  Daisy  
 1  Brownie 3  Cadette 5  Miembro adulto 7  Adulto no miembro  
 2  Junior 4  Senior 6  Niño no miembro 8  Peronal  
 9  Personal estacional

Nombre del Consejo	Consejo No.	Teléfono ( ) -
Dirección del Consejo	Número y Calle	Ciudad
		Estado
		Código Postal

Fecha y lugar del accidente o enfermedad	Fecha y ubicación
--	-------------------

Información de Actividad	Tipo de actividad (marque abajo):
	1. <input type="checkbox"/> Autos/Vehículos    2. <input type="checkbox"/> Resbalón/caída/en/sobre/desde    3. <input type="checkbox"/> Usando Herramientas    4. <input type="checkbox"/> Acuática    5. <input type="checkbox"/> Planta/Insecto venenoso    6. <input type="checkbox"/> Pantinaje <input type="checkbox"/> Chofer <input type="checkbox"/> Equipo/Muebles <input type="checkbox"/> Serrucho/sierra <input type="checkbox"/> Natación/Buceo <input type="checkbox"/> Sobre ruedas <input type="checkbox"/> Pasajero <input type="checkbox"/> Animales <input type="checkbox"/> Cuchillo <input type="checkbox"/> Boating/Canoeing <input type="checkbox"/> Sobre hielo <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/> Otro (alfombra, tronco, escaleras, etc.) <input type="checkbox"/> Estufa/cocina <input type="checkbox"/> Water Skiing    7. <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Horno    8. <input type="checkbox"/> Otro Accidente (zumaque venenoso, picadura de abeja) <input type="checkbox"/> Otro

Eventos en que se pernota	¿Fue éste un evento en que se pernotó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es "Sí," número de noches _____
	Nombre del evento: Fechas de asistencia desde _____ hasta _____

Validación de la tropa o del representante autorizado para la actividad  
 Por la presente certificamos que la persona asegurada está actualmente inscrita en las Girl Scouts o que la prima requerida para la cobertura de seguro ha sido pagada por esta persona y que el reclamante estaba participando en una actividad autorizada de las Girl Scouts como se describe arriba.

Firma del representante de la actividad/Firma del líder de la tropa \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

¿Ocurrieron las lesiones durante el curso del empleo?  Sí  No

**Las reclamaciones cubiertas bajo la póliza de compensación laboral del Consejo no deben ser enviadas a United of Omaha.**

PARA USO DEL CONSEJO SOLAMENTE

Certifico que esta enfermedad o lesión ocurrió tal como se describe y que la actividad fue patrocinada y supervisada por las Girl Scouts.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Ejecutivo del Consejo Fecha \_\_\_\_\_

**Reclamación hecha bajo el siguiente Plan:**

- Plan 1 - Cobertura básica
- Plan 2 - Accidente de participante
- Plan 3E - Evento prolongado
- Plan 3P - Evento prolongado
- Plan 3PI - Evento Internacional Prolongado
- Entrada (Vista) Internacional

**INSTRUCCIONES:** Afínque al escribir — hay múltiple copias.  
 La tercera copia es para el líder de la tropa.  
 Envíe por correo la primera y segunda copias al consejo.

**GIRL SCOUTS OF THE U.S.A.  
 FORMULARIO DE RECLAMACION**



Envíe las cuentas adicionales a:  
 (Nombre correcto del  
 asegurado y Nombre del  
 Consejo)

United of Omaha Life Insurance Company  
 Special Risk Services  
 P.O. Box 31156  
 Omaha, Nebraska 68131  
 1-800-524-2324



**INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE — DEBE RESPONDER TODAS LAS PREGUNTAS**

Nombre del reclamante \_\_\_\_\_ Número de Identificación \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Dirección del reclamante \_\_\_\_\_ Número y calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Si es un menor, nombre del padre o representante \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 ( ) - \_\_\_\_\_

Dirección del padre o representante \_\_\_\_\_ Número y calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

¿Hay beneficios pendientes debido a este accidente o enfermedad bajo otras coberturas de seguro?  Sí  No En caso afirmativo, complete lo siguiente:

Nombre de la compañía \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Número de póliza o certificado \_\_\_\_\_

Firma del padre (o la madre) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**DECLARACION DEL LÍDER DE TROPA**  
 Tropa número \_\_\_\_\_ Nivel: 0  Daisy 3  Cadette 5  Miembro adulto 7  Adulto no miembro  
 1  Brownie 4  Senior 6  Niño no miembro 8  Peronal  
 2  Junior 9  Personal estacional

Nombre del Consejo \_\_\_\_\_ Consejo No. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 ( ) - \_\_\_\_\_

Dirección del Consejo \_\_\_\_\_ Número y Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Fecha y lugar del accidente o enfermedad \_\_\_\_\_ Fecha y ubicación \_\_\_\_\_

Información de Actividad Tipo de actividad (marque abajo):  
 1.  Autos/Vehiculos 2.  Resbalón/caída/en/sobre/desde 3.  Usando Herramientas 4.  Acuática 6.  Pantinaje  
 Chofer  Equipo/Muebles  Serrucho/sierra  Natación/Buceo  Sobre ruedas  
 Pasajero  Animales  Cuchillo  Boating/Canoeing  Sobre hielo  
 Peatón  Otro (alfombra, tronco, escaleras, etc.)  Estufa/cocina  Water Skiing 7.  Enfermedad  
5.  Planta/Insecto venenoso 8.  Otro Accidente (zumaque venenoso, picadura de abeja)

Eventos en que se pernotó ¿Fue éste un evento en que se pernotó?  Sí  No Si es "Sí," número de noches \_\_\_\_\_  
 Nombre del evento: \_\_\_\_\_  
 Fechas de asistencia desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Validación de la tropa o del representante autorizado para la actividad Por la presente certificamos que la persona asegurada está actualmente inscrita en las Girl Scouts o que la prima requerida para la cobertura de seguro ha sido pagada por esta persona y que el reclamante estaba participando en una actividad autorizada de las Girl Scouts como se describe arriba.

Firma del representante de la actividad/Firma del líder de la tropa \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

¿Ocurrieron las lesiones durante el curso del empleo?  Sí  No

**Las reclamaciones cubiertas bajo la póliza de compensación laboral del Consejo no deben ser enviadas a United of Omaha.**

PARA USO DEL CONSEJO SOLAMENTE  
 Certifico que esta enfermedad o lesión ocurrió tal como se describe y que la actividad fue patrocinada y supervisada por las Girl Scouts.  
 \_\_\_\_\_  
 Firma del Ejecutivo del Consejo Fecha \_\_\_\_\_

**Reclamación hecha bajo el siguiente Plan:**  
 Plan 1 - Cobertura básica  
 Plan 2 - Accidente de participante  
 Plan 3E - Evento prolongado  
 Plan 3P - Evento prolongado  
 Plan 3PI - Evento Internacional Prolongado  
 Entrada (Vista) Internacional