

MAIL CLAIM FORM TO:
MACORI ADMINISTRATION
 c/o **MACORI, INC.**

NOTIFICATION OF INJURY

Policy Number

dba **MAKSIN MANAGEMENT CORP.**
 P.O. Box 2508, SPRING, TX 77383-2508
 Phone: (281) 651-8787 Houston Area
 (800) 285-8133 Outside the Houston Area
 Fax: (281) 651-8808

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.

FOR OFFICE USE
 Reference Number
 Coverage Code

FORM MUST BE COMPLETED IN FULL & MAILED TO OUR OFFICE WITHIN 90 DAYS FROM THE DATE OF THE ACCIDENT

PART I – ACCIDENT REPORT

1A. Name of School		1B. Name of School District/Diocese/Association				
2A. Name of Student (Last)	(First)	(Middle Initial)	2B. Social Security No.	2C. Grade	2D. Birthdate	2E. Sex
3. Nature of Injury (Please describe fully indicating what part of body was injured – e.g. broken arm, sprained ankle, etc.)						
4. Describe how accident occurred. (Please provide all details.) MUST BE A BODILY INJURY DUE TO AN ACCIDENT.						
5A. Was the accident school-related? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			5B. Is the accident covered under a catastrophic policy? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
6A. Did Accident Occur:		Yes	No	6B. a) Date of Accident		6C. Name of Activity
a) while the claimant was supervised?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) Time		6D. Name and Title of Supervisor
b) during sponsored activity?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) Place		
c) during programmed hours?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
d) on activity premises?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
e) while traveling directly and uninterruptedly to or from home premises and school for regular school sessions or school sponsored and supervised activities?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7A. _____		7B. _____		7C. _____		
Signature of School Officer		Title		Date		

PART II – TO BE COMPLETED BY PARENT/GUARDIAN OR CLAIMANT (IF ADULT)

1A. Name of Father/Guardian or Claimant (if adult) <input type="checkbox"/> None	1B. Social Security No.	1C. Address/City/State/Zip	1D. Phone Number
2A. Name of Mother/Guardian or Spouse (if adult) <input type="checkbox"/> None	2B. Social Security No.	2C. Address/City/State/Zip	2D. Phone Number
3A. Name of Father/Guardian's or Claimant's (if adult) Employer <input type="checkbox"/> None	3B. Address/City/State/Zip of Employer		3C. Phone Number
4A. Name of Mother/Guardian's or Spouse's (if adult) Employer <input type="checkbox"/> None	4B. Address/City/State/Zip of Employer		4C. Phone Number
5A. List all Insurance Company(ies) under which the claimant is insured <input type="checkbox"/> None	5B. Policy Number(s)	5C.	
_____	_____	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Group <input type="checkbox"/> Govt.	
_____	_____	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Group <input type="checkbox"/> Govt.	
_____	_____	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Group <input type="checkbox"/> Govt.	
_____	_____	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Group <input type="checkbox"/> Govt.	
_____	_____	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Group <input type="checkbox"/> Govt.	

Affidavit: I verify that the above information regarding 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.

_____	_____
Signature of Parent/Guardian or Claimant (if adult)	Date
Authorization: I hereby authorize any physician or hospital who has treated or attended to the above claimant to furnish the insurance company or its representative any information requested. A photocopy of this authorization is to be considered valid.	
_____	_____
Signature of Insured (Parent or Guardian if claimant is under 18)	Date

NOTIFICACION DE HERIDA

**ENVIAR HOJA DE RECLAMO A:
MACORI ADMINISTRATION
P.O. Box 2567
SPRING, TX 77383-2567
(800) 285-8133**

Cualquier persona que a conocimiento presenta un reclamo falso o fraudulento para el pago de una perdida o beneficio o que a conocimiento presenta información falsa en una aplicación para seguro es culpable de un crimen y puede ser susceptible a multas y confinamiento en la prisión.

LA FORMA DEBE SER LLENADA POR COMPLETO

Numero de Póliza

PARA USO OFICIAL UNICAMENTE Numero Referencia

Código de Cobertura

PARTE I – INFORME DE ACCIDENTE				
1A. Nombre de Escuela		1B. Nombre del Distrito de la Escuela/Diocesis/Asociacion		
2A. Nombre de Estudiante (Apellido) (Primer nombre) (Inicial)		2B. Numero de Seguro Social	2C. Grado	2D. Fecha de nacimiento
2E. Sexo				
3. La naturaleza de la Herida (Describa por favor indicando completamente que parte de cuerpo fue herida - como brazo roto, torcio tobillo, etc.)				
4. Describa como ocurrió el accidente (proporcione todos los detalles) DEBE SER UNA HERIDA CORPORAL DEBIDO A UN ACCIDENTE.				
5A. Es el accidente relacionado a la escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		5B. Es el accidente cubierto bajo la poliza Catastrofica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
6A. El accidente ocurrió: a) mientras el demandante estaba supervisado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No b) durante una actividad patrocinada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No c) durante horas programadas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No d) en local de la actividad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No e) mientras viajaba directamente y sin interrupciones hacia o de el hogar, escuela para sesiones regulares de escuela o actividades supervisadas y patrocinadas por la escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		6B. a) Fecha del Accidente b) Hora c) Lugar	6C. Nombre de Actividad 6D. Nombre y Titulo del Supervisor	
7A. _____ Firma de un Oficial de la Escuela		7B. _____ Titulo		7C. _____ Fecha

PARTE II – PARA SER COMPLETADO POR EL PARIENTE O GUARDIAN			
1A. Nombre de Padre o Guardian	1B. Numero de Seguro Social	1C. Dirección/ciudad/estado/código postal de Padre o Guardian	1D. Numero de teléfono
2A. Nombre de Madre o Guardian	2B. Numero de Seguro Social	2C. Dirección/ciudad/estado/código postal de Madre o Guardian	2D. Numero de teléfono
3A. Nombre de empleador de Padre o Guardian		3B. Dirección/ciudad/estado/código postal del empleador	3C. Numero de teléfono
4A. Nombre del empleador de Madre o Guardian		4B. Dirección/ciudad/estado/código postal del empleador	4C. Numero de teléfono
5A. Compañía de Seguro(s) de el Padre o Guardian _____ _____		5B. Numero de la Póliza _____ _____	5C. <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Gobierno
6A. Compañía de Seguro(s) de la Madre o Guardian _____ _____		6B. Numero de la Póliza _____ _____	6C. <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Gobierno
7A. Todas los otras compañía(s) de seguros en las que el demandante es asegurado _____ _____		7B. Numero de la Póliza _____ _____	7C. <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Gobierno

Affidavit: Yo verifico que la information ante dicha con respecto a seguro es exacto y completo. Yo entiendo que el moblaje intencional de informacion inexacta via el correo de los Estados Unidos puede ser fraudulento y violar las leyes federales asi como las leyes del estado.

Firma del Padre o Guardian

Fecha

Autorización: Yo autorizo a cualquier Medico o Hospital que a tratado o atendido al demandante nombrado arriba proveer a la compañía de Seguro o sus representantes cualquier información requerida. Una Fotocopia de esta autorización es considerada valida.

Firma del Asegurado (Padre o Guardian si el Asegurado es menor de 18)

Fecha