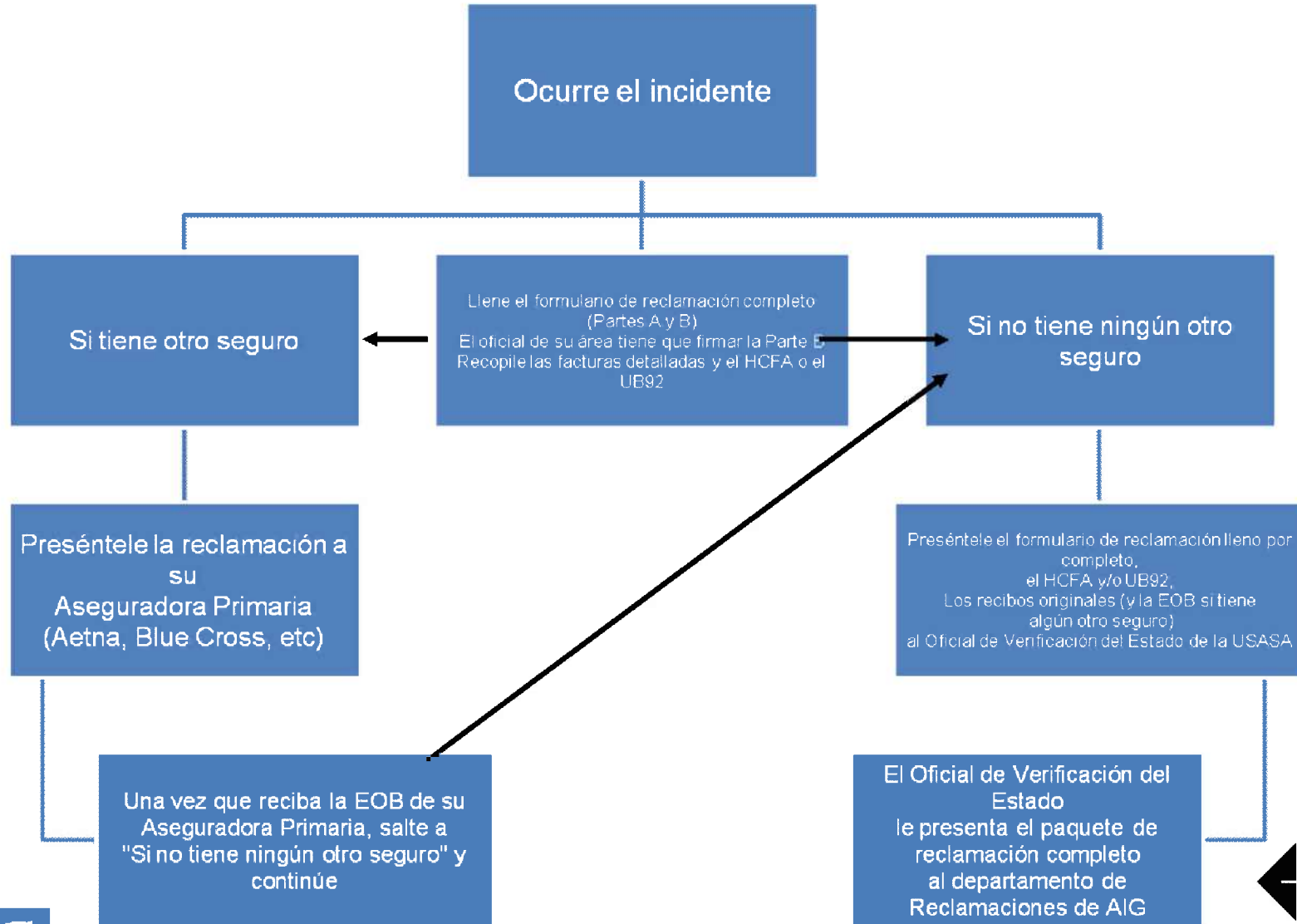




**INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR
RECLAMACIONES EN CASOS DE ACCIDENTE
CONFORME A LAS NORMAS DE LA
ASOCIACIÓN ESTADOUNIDENSE DE FÚTBOL
PARA ADULTOS [U.S.A.S.A., por sus siglas en
inglés]**

Resumen del Proceso para Presentar Reclamaciones





Instrucciones Detalladas



- 1) Se le ha facilitado un formulario de reclamación diseñado específicamente para la USASA. Sírvase usar este formulario solamente. No se demore en entregar este formulario: Este formulario tiene que recibirse, con o sin adjuntos, en un plazo de 90 días a partir de la fecha del accidente o le podrían denegar los beneficios por no haberse presentado a tiempo.

Signature of the policyholder Date

CLAIM PROCEDURE: U.S. & S.A. SPECIAL ACCIDENT CLAIM FORM - Please print type

THIS FORM IS TO BE COMPLETED BY THE POLICYHOLDER OR ANOTHER PERSON AUTHORIZED TO SIGN FOR THE POLICYHOLDER. IT IS NOT TO BE COMPLETED BY THE INSURED OR ANY OTHER PERSON WHO IS NOT AUTHORIZED TO SIGN FOR THE POLICYHOLDER. IT IS NOT TO BE COMPLETED BY THE INSURED OR ANY OTHER PERSON WHO IS NOT AUTHORIZED TO SIGN FOR THE POLICYHOLDER. IT IS NOT TO BE COMPLETED BY THE INSURED OR ANY OTHER PERSON WHO IS NOT AUTHORIZED TO SIGN FOR THE POLICYHOLDER.

INSURED INFORMATION

1. Name of Insured: _____
 2. Address: _____
 3. City: _____
 4. State: _____
 5. Zip: _____

USASA AIG

PART A - This section MUST be completed, signed, dated and signed by the Injured Person - or by their Partner, Guardian of the Injured Person or other legal representative

1. Name of Injured Person: _____
 2. Address: _____
 3. City: _____
 4. State: _____
 5. Zip: _____

PART B - This section MUST be completed, signed, dated and signed by an official of our local sports league

1. Name of Official: _____
 2. Address: _____
 3. City: _____
 4. State: _____
 5. Zip: _____

COOPERATION

I hereby agree to cooperate with the insurance company in the investigation and settlement of this claim. I understand that my cooperation is a condition of my coverage under this policy. I agree to provide all information requested by the insurance company, including but not limited to, medical records, hospital records, and other records. I understand that my failure to cooperate may result in the denial of my claim. I agree to provide all information requested by the insurance company, including but not limited to, medical records, hospital records, and other records. I understand that my failure to cooperate may result in the denial of my claim.

Signature of Policyholder Date





Instrucciones Detalladas

(Continuación)



2) El/la participante o su tutor legal tienen que llenar la Parte A por completo y firmarla.

PARTE A - La Persona Accidentada - o su Padre/Madre o Tutor si la Persona Accidentada es menor de 18 años o se considera como dependiente por alguna otra razón, TIENEN que llenar esta sección, ponerle la fecha y firmarla.		
1. Nombre de la Persona Accidentada (asegurada): <i>Nombre/Segundo nombre/Apellido</i>	1a. Fecha del Accidente: <i>Mes/Día/Año</i>	
2. Dirección postal completa: <i>Calle/Ciudad/Estado/Código postal</i>		
3. Código de área/Número de teléfono de la casa:	3a. Código de área/Número de teléfono del trabajo:	
4. Número de seguro social:	5. Fecha de nacimiento: <i>Mes/Día/Año</i>	
6. <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	6a. <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Estudiante a horario completo	
7. ¿Está inscrito(a) con alguna compañía de seguro médico y/o plan para accidentes de fútbol en la actualidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, tiene que presentarles todas las facturas a dicha compañía primero para su evaluación. Si la respuesta es no, refiérase a las líneas 7a y 7b.		
Nombre de la compañía:	Nombre del grupo:	Número de póliza:
Nombre de la compañía:	Nombre del grupo:	Número de póliza:
7a. Si no está inscrito(a) en ningún plan de seguro médico, tiene que presentar verificación por escrito de su empleador o el empleador de su cónyuge (si es pertinente), o de la oficina del tesorero si usted es estudiante a horario completo.		
7b. Si usted trabaja por su cuenta o está desempleado(a) y no tiene cobertura de ningún plan de seguro médico, se le ruega firme a continuación.		
Firma del/de la jugador(a):		





Instrucciones Detalladas

(Continuación)



3) Algún oficial del equipo o de la organización de la USASA de su área tienen que llenar la Parte B por completo, firmarla y ponerle la fecha.

PARTE B - Algún oficial de la organización de su área TIENE que llenar esta sección y firmarla.	
1. Nombre del equipo:	
2. Nombre de la liga:	
3. Estado:	3. a. Región:
4. La lesión ocurrió en: Evento Práctica Viaje Juego	
4.a. Nombre del evento:	
4.b. La lesión ocurrió en: Campo bajo techo Campo al aire libre	
5. Describa la manera en que sucedió el accidente:	
6. Tipo de lesión:	
7. Nombre y Número de Teléfono del entrenador, jefe del equipo o árbitro que estaban presentes en el momento del accidente:	
8. Firma del oficial de su área:	Cargo:





Instrucciones Detalladas

(Continuación)



<input checked="" type="checkbox"/>	Hospital y Clínica ABC	
<input checked="" type="checkbox"/>		
<input checked="" type="checkbox"/>	Paciente: John Valdez	Fecha: 05/06/03
<input checked="" type="checkbox"/>	Afección: Se lesionó la pierna jugando fútbol	
<input checked="" type="checkbox"/>		
<input checked="" type="checkbox"/>	05/06/03 54555 MED HISTORY & PHYSICAL EXAM	83.00
<input checked="" type="checkbox"/>	05/06/03 77767 XRAY LEG PA AND LAT	91.00
<input checked="" type="checkbox"/>	05/07/03 32333 CBC WITH 5-PART WBC	35.50
<input checked="" type="checkbox"/>	05/07/03 44434 PROTEIN TOTAL, SERUM	24.00
<input checked="" type="checkbox"/>	Total a pagar	233.50
<input checked="" type="checkbox"/>		
<input checked="" type="checkbox"/>		
<input checked="" type="checkbox"/>		
<input checked="" type="checkbox"/>		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4) **Presente** los formularios de facturación detallados de la compañía de seguro.* Estos formularios los puede obtener con su proveedor de la salud. Dichos formularios tienen el nombre del paciente, la afección (el diagnóstico), el tipo de tratamiento y la fecha en que se incurrió (incurrieron) el/los gasto(s).

No se aceptan los estados de cuenta con el saldo por pagar.

**El formulario HCFA 1500 para los médicos, el formulario UB92 para las instituciones, por ejemplo los hospitales.*



