



Formulario De Reclamación De Accidente De AYSO Registrado Programa Juvenil

Parte A – La persona con lesiones debe completar, fechar y firmar esta parte – o en caso de que la persona sea menor de 18 años o dependiente de otra forma, por su padre o tutor legal.

American Youth Soccer Organization

AHP1200090-251

1 Nombre de organización:
9700 S. Vermont Ave., Suite 103, Torrance, CA 90502

Numero de póliza:

Domicilio de organización:

Nombre de la persona con lesiones (Asegurado)

Elija uno

Nombre de Persona que completa el formulario

- Persona con lesiones
- Padre
- Tutor legal

Brinde la siguiente información de la persona lesionada:

Fecha de nacimiento (día/mes/año)

Número de seguro social

Género de persona con lesiones

Domicilio

Número de teléfono

Correo electrónico

Empleador

Número de teléfono de empleador

Domicilio de empleador

¿La persona con lesiones está cubierta por otro plan de seguro de salud o accidentes? Si No En caso de contestar Si, brinde la siguiente.

Nombre de la otra compañía de seguros

Domicilio de la otra compañía de seguros

Número de teléfono

Nombre(s) del asegurado

Número(s) de póliza

En caso de que la persona con lesiones sea menor de 18 años o sea de otra forma dependiente, brinde la siguiente información

Nombre del parent o nombre del tutor masculino

Lugar de trabajo

Teléfono del empleador

Nombre del parent o nombre del tutor femenino

Lugar de trabajo

Teléfono del empleador

Explique el accidente y como la lesión/enfermedad ocurrió y describa los hechos de la lesión-enfermedad.



AHP1200090-251

**Parte B – Un funcionario de AYSO debe completar esta Parte.**

Nombre de la persona con lesiones	Fecha del accidente/lesión/enfermedad
-----------------------------------	---------------------------------------

Firma del comisionado regional o del director de seguridad	Fecha
--	-------

Lesión/enfermedad ocurrió: Práctica Viaje Juego Otro _____

Número de Región de AYSO	Jugador de AYSO/Número ID del voluntario
--------------------------	--

En el momento del accidente, ¿la persona lesionada estaba involucrado en una actividad dentro de la jurisdicción de la organización (Asegurado)? (Titular de la Poliza)? (Sí o No) Sí No

Nombre del supervisor de la actividad	¿Fue testigo del accidente? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
---------------------------------------	--

El pago se realizará a los proveedores del servicio (hospital, médico y otros), a menos que la factura acompañe un recibo o estado de cuenta al momento de presentar la reclamación.

AVISO DE INFORMACION PERSONAL Y CONSENTIMIENTO: Entiendo que la información proporcionada por mí en este formulario de reclamo y de otra manera con respecto a mi reclamo, es requerida por la Compañía de seguros mencionada anteriormente o sus representantes (el "Asegurador") para evaluar mi derecho a los beneficios, determinar si la cobertura está vigente y coordinar la cobertura con otros aseguradores. Doy mi consentimiento para la recopilación, el uso, la retención y la divulgación de mi información personal y la de mis dependientes, incluida cualquier información recopilada en este formulario de reclamo u obtenida de otro modo por el Asegurador, sus afiliados y cualquier tercero independiente con el fin de administrar, adjudicar y/o atender mi reclamo, así como intercambiar información con agentes, corredores, administradores externos o cualquier otro tercero independiente con el fin de determinar el estado, el resultado o resolver cualquier problema relacionado con mi reclamo. Entiendo que mi información personal y la de mis dependientes pueden almacenarse dentro o fuera de los Estados Unidos para su procesamiento, almacenamiento, análisis o recuperación ante desastres y, según la ley aplicable, pueden estar sujetos a divulgación a gobiernos, tribunales, fuerzas del orden o agencias reguladoras nacionales o extranjeras. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento por escrito y reconozco que, si lo hago, es posible que mi reclamo no sea adjudicado. En casos de sospecha de fraude con respecto a este reclamo, acepto que la Aseguradora puede investigar y compartir información con organizaciones reguladoras, agencias gubernamentales o policiales, otras aseguradoras, profesionales de la salud, el titular de la póliza grupal o mi empleador, si corresponde.

AUTORIZACION Y ASIGNACION DE BENEFICIOS: Yo, el abajo firmante, autorizo a cualquier hospital u otra institución de atención médica, médico u otro profesional médico, farmacia, organización de apoyo de seguros, agencia gubernamental, titular de póliza grupal, compañía de seguros o compañía de reaseguros, junta de compensación para trabajadores o plan u organización similar, asociación o institución, empleador o administrador del plan de beneficios a proporcionar a la compañía de seguros mencionada anteriormente o a sus representantes, toda la información con respecto a cualquier lesión o enfermedad sufrida, el historial médico o cualquier consulta, receta o tratamiento brindado a la persona cuya muerte, lesión, enfermedad o perdida es la base de reclamo y copias de todos los registros médicos o del hospital de esa persona, incluida la información relacionada con la enfermedad mental y el uso de drogas y alcohol, para determinar la elegibilidad para los pagos de beneficios bajo el Número de Póliza identificado anteriormente. Autorizo al titular de la póliza grupal, empleador o administrador del plan de beneficios a proporcionar a la compañía de seguros mencionada anteriormente información financiera y relacionada con el empleo. Entiendo que esta autorización es válida por un período de dos (2) años a partir de la fecha del presente, y que una copia de esta autorización se considerará tan válida como el original. Entiendo que yo o mi representante autorizado podemos solicitar una copia de esta autorización.

ENVIO DEL FOLMULARIO DE RECLAMACION: Una vez completado, el reclamante (o padre/tutor) debe hacer copias de todos los documentos y enviar por correo, fax o correo electrónico el formulario de reclamo, incluidas las facturas medicas detalladas (si los proveedores médicos no las envían por correo directamente a Administrative Concepts Inc y copias de las EOB (explicación de los beneficios del seguro primario) a:

ACI Administrative Concepts Inc

claims@acitpa.com

PO Box 4000 Collegeville, PA 19426

Fax: 610-293-9299

Phone Number: 888-293-9229

Aviso de Fraude:

GENERAL: CUALQUIER PERSONA QUE A CONOCIMIENTO Y CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR A CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS O OTRA PERSONA PRESENTA UNA SOLICITUD DE SEGURO O DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTIENE CUALQUIER INFORMACIÓN SUSTANCIALMENTE Falsa O OCulta CON EL FIN DE ENGAÑAR, INFORMACIÓN RELATIVA A CUALQUIER HECHO IMPORTANTE COMETE UN ACTO DE SEGURO FRAUDULENT.

NEW YORK: CUALQUIER PERSONA QUE A CONOCIMIENTO Y CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR A CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS O OTRA PERSONA PRESENTA UNA SOLICITUD DE SEGURO O DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTIENE CUALQUIER LA INFORMACIÓN SUSTANCIALMENTE Falsa O LA OCulta CON EL FIN DE ENGAÑAR, INFORMACIÓN RELATIVA A CAULQUIER HECHO IMPORTANTE, COMETE UN ACTO DE SEGURO FRAUDULENTO, QUE CONSTITUYE UN DELITO, Y TAMBIÉN SERÁ SUJETO A UNA SANCIÓN CIVIL QUE NO EXCEDERÁ LOS CINCO MIL DÓLARES Y EL VALOR ESTABLECIDO DE LA RECLAMACIÓN POR CADA VIOLACIÓN.

CALIFORNIA: PARA SU PROTECCIÓN LA LEY DE CALIFORNIA REQUIERE QUE LO SIGUIENTE APARECE EN ESTE FORMULARIO. CUALQUIER PERSONA QUE A CONOCIMIENTO PRESENTE UNA RECLAMACIÓN Falsa O FRAUDULENTA PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE SER SUJETA A MULTAS Y CONFINAMIENTO EN PRISIÓN ESTATAL.

Firma del paciente o representante autorizado	Fecha
---	-------

Si es representante autorizado, relación con el paciente	Fecha
--	-------
