



## 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.

Americian 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)		
Nombre de Persona que completa el formulario		
		Elija uno <input type="checkbox"/> Persona con lesiones <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal

*Brinde la siguiente información de la persona lesionada:*

Fecha de nacimiento (día/mes/año)	Número de seguro social	Genero de persona con lesiones
Domicilio		
Numero de teléfono	Correo electrónico	
Empleador	Número de teléfono de empleador	
Domicilio de empleador		
¿La persona con lesiones está cubierta por otro plan de salud o accidentes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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	Numero(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 padre o nombre del tutor masculino	
Lugar de trabajo	Teléfono del empleador
Nombre del padre 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.


## 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: ☐ Practica ☐ Viaje ☐ Juego ☐ Otro \_\_\_\_\_

Numero de Región de AYSO	Jugador de AYSO/Numero 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 Póliza)? (Si o No) ☐ Si ☐ 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, medico 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 pérdida 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 Numero 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 periodo de dos (2) años a partir de la fecha del presente, y que una copia de esta autorización se considerara tan valida como el original. Entiendo que yo o mi representante autorizado podemos solicitar una copia de esta autorización.

**ENVIO DEL FORMULARIO 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 FRAUDULENTO.

**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 CUALQUIER 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 FRAUDULENTO 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