



CLÍNICAS Y CAMPAMENTOS DE FÚTBOL CAL SOUTH



Formulario de Reclamo de Seguro Por Accidente No Registrado
 Nombre del Grupo: California State Soccer Association – South
 Póliza # SRG 0009137641-C Efectiva 7/1/2018 – 6/30/2019

SECCIÓN A – INFORMACIÓN GENERAL (DEBE COMPLETARSE EN SU TOTALIDAD)

NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMPLETA EL FORMULARIO EN EL CASO DE MENORES: (Nombre en imprenta debajo) Usted es el
 (Marque una): Padre • Tutor •

NOMBRE DE LA PERSONA LESIONADA: Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre Fecha de nacimiento
 Masculino • Femenino • SSN/VISA/GREEN / /

DISTRITO #: LIGA #: EQUIPO #/NOMBRE: CLUB #/NOMBRE: El campo o clínica fue: Competitivo • Recreativo •

DIRECCIÓN (Dirección de la calle, PO Box, Ciudad, Estado, Código postal) DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO/ NÚMERO DE TELÉFONO

NATURALEZA DE LA LESIÓN (Describe cómo ocurrió la lesión y la parte del cuerpo lesionada) DESCRIBA DÓNDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE:
 Nombre del Campo/Ubicación: _____
 FECHA de la LESIÓN: / / Anfitrión del Campo/Clínica: _____

Al momento del accidente, ¿la persona lesionada se encontraba realizando una actividad cubierta por la jurisdicción de la Organización (beneficiario del seguro)? Sí • No • Nombre del supervisor de la actividad:

¿Fue testigo de la lesión? Sí • No •

SECCIÓN B – SEGURO PRIMARIO (DEBE COMPLETARSE EN SU TOTALIDAD Y SER FIRMADO POR TODAS LAS PARTES)

¿Se encuentra la Persona Lesionada bajo la cobertura de cualquier otro plan de seguro por accidente o de salud? Sí • No • De contestar que Sí, brinde la siguiente información:

Nombre de otra compañía de seguros: Dirección: Seguro #: Nombre del beneficiario del seguro:

Nombre del empleador (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Código de área/Número de teléfono del empleador ()

Nombre del padre o Tutor masculino: SSN/VISA/GREEN CARD #:

Lugar de trabajo: Dirección del empleador (Si es diferente del anterior):
 Teléfono del empleador: ()

Nombre de la madre o Tutor femenino: SSN/VISA/GREEN CARD #:

Lugar de trabajo: Dirección del empleador (Si es diferente del anterior):
 Teléfono del empleador: ()

SECCIÓN C – VERIFICACIÓN DE PARTICIPACIÓN NO REGISTRADA (DEBE COMPLETARSE EN SU TOTALIDAD Y SER FIRMADO POR TODAS LAS PARTES)

Por el presente autorizamos que el reclamante se encontraba presente y participaba en el campo o clínica y su lesión tal como se describió, ocurrió durante un evento sancionado Cal South.

Firma del entrenador del reclamante lesionado de Cal South y fecha: Firma del Presidente de Miembros Afiliados de Cal South y fecha:

POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ARRIBA SUMINISTRADA ES VERDADERA Y CORRECTA A MI LEAL SABER Y ENTENDER.

California: Para su protección, la ley de California requiere que lo que sigue a continuación se incluya en este formulario: Toda persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede ser sujeto a sanciones y sentenciado a prisión en una prisión estatal.

AUTORIZACIÓN Y CESIÓN DE BENEFICIOS

Yo, el abajo firmante, autorizo a cualquier hospital o institución de cuidados médicos, a médicos u otros profesionales de la salud, de farmacia, organización de seguros de apoyo, agencia gubernamental, grupo titular de un seguro de una agencia gubernamental, compañía de seguros, asociación, empleado o administrador de un plan de beneficios, a proporcionar a la compañía de seguros arriba mencionada o a sus representantes, cualquier y toda información con respecto a cualquier lesión o enfermedad padecida, la historia médica, o cualquier consulta, receta o tratamiento brindado a la persona cuya muerte, lesión, enfermedad o pérdida sea la base de un reclamo, y copias de todos los informes médicos o del hospital, incluyendo información relacionada con enfermedades mentales y uso de drogas y alcohol, para determinar la elegibilidad para el pago de beneficios bajo el Número de Seguro arriba identificado. Autorizo al grupo beneficiario del seguro, empleado o administrador del plan de beneficio, a brindar a la Compañía de Seguros arriba mencionada, información financiera y relacionada al empleo. Comprendo que esta autorización es válida por el término de la cobertura del Seguro indicado anteriormente, y que se considerará válida como si fuera original, a una copia de esta autorización. Comprendo que yo o un representante autorizado puede solicitar una copia de esta autorización. Autorizo al pago de los beneficios médicos al médico o prestador por el servicio brindado Sí NO

X Firma del Reclamante o del Representante autorizado del Reclamante Fecha

Remitir el formulario
 Teléfono: (800) 551-0824

Departamento de reclamos de salud y P.O. Box 25987
 Fax: (866) 893-8574

Shawnee Mission, KS 66225-5987
 Email: A&Hclaimssubmissions@aig.com