



INSTRUCCIONES PARA PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES DE PÓLIZAS DE ACCIDENTE DE USASA



**Nota: Esta cobertura es ADICIONAL a otros seguros.
Cerciórese de presentar la información de otros seguros (si está disponible) cuando se le solicite.**

1. Se le ha proporcionado un formulario de reclamación diseñado específicamente para USASA. Utilice solo este formulario. No demore la presentación de este formulario, ya que A-G Administrators debe recibir un formulario de reclamación, con o sin facturas médicas, en un plazo de 12 meses a partir de la fecha del accidente, o su reclamación podría ser denegada por no haberse presentado a tiempo.
2. Se debe iniciar el tratamiento y cubrir los gastos incurridos en un plazo de 90 días a partir de la fecha del accidente. La evidencia de esto, facturas médicas o registros médicos, debe acompañar la reclamación para cumplir con esta disposición de la póliza.
3. El participante o su tutor legal deben completar y firmar la Parte A en su totalidad. El formulario de reclamación debe ser aprobado y verificado por los Oficiales de Verificación de la Asociación Estatal y de la Liga, y luego enviado a la Oficina Nacional.
4. Envíe los formularios de facturación de seguros detallados. *Estos formularios están disponibles a través de su proveedor de atención médica e incluyen el nombre del paciente, la condición (diagnóstico), el tipo de tratamiento y la fecha en que se incurrió en los gastos. No se aceptan estados de cuenta con "saldo adeudado".
5. Si está cubierto por otro seguro (es decir, plan grupal para empleadores), proporcione a los proveedores médicos involucrados en su atención el otro seguro (es decir, el plan grupal para empleadores) como su pagador principal y la información de seguro de A-G (USASA) como pagador secundario. Si se hace esto, el proveedor médico automáticamente facturará a A-G Administrators con las facturas detalladas correspondientes y proporcionará su formulario de Explicación de Beneficios (EOB). Si no pudo proporcionar esta información a los proveedores médicos antes de que se le facture de manera proporcional, A-G necesitará copias de todas las facturas detalladas que muestren fechas de servicio, códigos de diagnóstico, códigos de procedimiento y los formularios de Explicación de Beneficios (EOB) de su pagador principal. Si los proveedores médicos tienen la información de ambos planes de seguro, su reclamación será procesada de manera más eficiente.
6. Después de ser firmado por los Oficiales de Verificación de la Asociación Estatal y de la Liga, envíe por correo electrónico o correo su FORMULARIO DE RECLAMACIÓN COMPLETO A:

United States Adult Soccer Association (USASA)
Attn: National Office/Insurance Department 7000
S. Harlem Avenue
Bridgeview, IL 60455
Correo electrónico: jsunderland@usasa.com

7. La Oficina Nacional de USASA reenviará el formulario de reclamación completo a A-G Administrators. Usted, su Oficial de Verificación Estatal y la Oficina Nacional de USASA recibirán una carta de confirmación de reclamación.
8. DESPUÉS de que reciba su Carta de Confirmación, puede comunicarse con A-G Administrators al 800-634-8628.

Firma del funcionario de verificación de la asociación estatal/Afiliado Nacional:

Fecha:

PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN: U.S.A.S.A. – FORMULARIO DE RECLAMACIÓN ESPECIAL POR ACCIDENTE DE RIESGO Imprima o escriba a máquina.

1. El participante (o tutor legal si es menor de 18 años) debe completar este formulario en su totalidad o podría serle devuelto de parte de la asociación estatal de U.S.A.S.A./Afiliado Nacional.
2. **No se demore en la presentación de este formulario.** Este formulario debe recibirse, con o sin adjuntos, dentro de los 90 días a partir de la fecha del accidente; de lo contrario, los beneficios podrían denegarse debido a una presentación fuera de término. Debe completarse en su totalidad. Responda cada sección.
3. Una vez que haya completado el formulario de reclamación, adjunte todas las facturas detalladas con la correspondiente explicación de beneficios de su aseguradora principal que haya recibido hasta la fecha. El formulario completo debe enviarse a la oficina de la asociación estatal de U.S.A.S.A./Afiliado Nacional para su validación.
4. Una vez que la asociación estatal de U.S.A.S.A. haya validado su reclamación, la **reenviarán a la oficina nacional de U.S.A.S.A.** para su revisión previa y reenvío a la compañía de seguros. La compañía de seguros le informará cualquier dato adicional que pudieran necesitar para procesar su reclamación.



1. COMPLETE ESTE FORMULARIO.
2. ADJUNTE TODAS LAS FACTURAS.
3. ENVÍE POR CORREO A: El funcionario de verificación estatal/
Afiliado Nacional indicado más adelante:



U.S.A.S.A. – FORMULARIO DE RECLAMACIÓN ESPECIAL POR ACCIDENTE DE RIESGO

SI LA PARTE A y LA PARTE B NO SE HAN RESPONDIDO POR COMPLETO, ESTA RECLAMACIÓN NO PUEDE PROCESARSE Y SERÁ DEVUELTA.

PARTE A – Esta sección **DEBE** completarse, fecharse y firmarse por parte de la Persona Lesionada o su Tutor en caso de que la Persona Lesionada sea menor de 18 años de edad o sea, de lo contrario, dependiente.

1. Nombre de la Persona Lesionada (Asegurado): *Nombre/Apellido*1a. Fecha del accidente: *Mes/Día/Año*2. Dirección postal completa: *Calle/Ciudad/Estado/Código Postal*

3. Teléfono particular, incluido código de área:

3a. Teléfono laboral, incluido código de área:

3b. Dirección de correo electrónico:

4. ¿La persona lesionada es beneficiaria de Medicare/Medicaid?

☐ Sí ☐ No

4a. En caso afirmativo, proporcione el número de seguro social o el número de ID de salud: _____

5. Fecha de nacimiento: *Mes/Día/Año*6. ☐ Masculino ☐ Femenino6a. ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Estudiante de tiempo completo

7. ¿Actualmente está inscrito en algún seguro de salud y/o algún otro plan de accidentes de fútbol?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, en principio debe presentar todas las facturas para su consideración. En caso negativo, diríjase a las líneas 7a y 7b.

Nombre de la empresa: _____ Nombre del grupo: _____ Número de póliza: _____

Nombre de la empresa: _____ Nombre del grupo: _____ Número de póliza: _____

7a. Si no está inscrito en ningún plan de seguro de salud, debe presentar una verificación por escrito de su empleador o del empleador de su cónyuge (si corresponde) o de la oficina del administrador si usted es estudiante universitario de tiempo completo.

7b. Si es trabajador independiente o está desempleado y no tiene ninguna cobertura bajo ningún plan de seguro de salud, firme a continuación.

Firma del Jugador: _____

PARTE B - Esta sección DEBE completarse en su totalidad y firmarse por parte de un funcionario de su organización local.

1. Nombre del equipo:

1a. Nombre de la liga:

2. Asociación estatal/Afiliado Nacional:

2a. Región:

3. Lesión ocurrida en un/a: ☐ Juego ☐ Práctica ☐ Viaje ☐ Otro evento

4. Nombre y tipo de evento:

4a. Lesión ocurrida en: ☐ Un campo en interiores ☐ Un campo en exteriores

5. Describa cómo ocurrió el accidente (*ejemplo: haber sido derribado desde atrás, trastabillé y caí, colisión contra un jugador, etc.*):

6. Tipo de lesión (*ejemplo: brazo fracturado, esguince de tobillo, tabique fracturado, etc.*):

6a. Parte del cuerpo lesionada (*ejemplo: tobillo, rodilla, hombro, cabeza, etc.*):

7. Nombre y número telefónico del entrenador, administrador o árbitro presente al momento del accidente:

8. *Por el presente, certifico que las declaraciones arriba manifestadas por mí en el presente formulario son verdaderas a mi mejor saber y entender. Estoy al tanto de que si cualquiera de las declaraciones antedichas en este formulario manifestadas por mí fueran deliberadamente falsas, puedo estar sujeto a sanciones, que pueden incluir la acusación ante un tribunal.*

Firma del funcionario de verificación de la Liga: _____ Título: _____

Firma del funcionario de verificación de U.S.A.S.A.: _____ Título: _____

AUTORIZACIÓN

Renuncio a cualquier disposición legal en contrario y por el presente autorizo a A-G Administrators o sus representantes a suministrar a cualquier hospital, médico u otra persona que me hubiese atendido, y a mi aseguradora, toda y cualquier información relativa a la lesión accidental por la cual reclamo beneficios de seguro.

Renuncio a cualquier disposición legal en contrario y por el presente autorizo a cualquier hospital, médico u otra persona que me hubiese atendido y a mi aseguradora o empleador a suministrar a A-G Administrators o sus representantes toda y cualquier información relativa a cualquier enfermedad o lesión, historia clínica, consultas, prescripciones o tratamientos y copias de todos los registros hospitalarios, médicos o del seguro con inclusión, sin limitaciones, de información relativa a otras coberturas de seguro. Acuerdo que una copia de la presente autorización tendrá tanta validez como el original.

Para los residentes de todos los estados, EXCEPTO California, Colorado, Florida, Kentucky, Maine, Maryland, Nueva Jersey, Nueva York, Oregon, Pennsylvania, Puerto Rico, Tennessee, Virginia y Washington: Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro comete un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.

Para los residentes de California: Para su protección, las leyes de California exigen que aparezca lo siguiente en este formulario: Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida comete un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión del estado.

Para los residentes de Colorado: Es ilegal proporcionar a sabiendas información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el fin de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación del seguro y daños civiles. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que a sabiendas proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos a un asegurado o reclamante con el fin de defraudar o intentar defraudar al asegurado o reclamante con respecto a un pago del seguro o indemnización pagadera del producto del seguro será denunciado ante la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

Para los residentes de Florida: Toda persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora presente un escrito de pretensiones o una solicitud con información falsa, incompleta o engañosa comete un delito grave de tercer grado.

Para los residentes de Kentucky: Toda persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona presente un escrito de pretensiones o una solicitud de seguro con información esencialmente falsa, u oculte, con el fin de engañar, información sobre cualquier hecho importante relacionado, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito.

Para los residentes de Maryland: Toda persona que a sabiendas o intencionalmente presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas o intencionalmente presente información falsa en una solicitud de seguro comete un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.

Para los residentes de Maine, Tennessee, Virginia y Washington: Constituye un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a

una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios del seguro.

Para los residentes de Nueva Jersey: Toda persona que a sabiendas presente un escrito de pretensiones con información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles. Toda persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud de una póliza de seguro está sujeta a sanciones civiles y penales.

Para los residentes de Nueva York: Toda persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguro o escrito de pretensiones con información esencialmente falsa, u oculte, con el fin de engañar, información sobre cualquier hecho importante relacionado, comete un acto fraudulento de seguro, que es un delito, y también estará sujeta a una sanción civil que no supere los cinco mil dólares y el valor establecido de la reclamación por dicha violación.

Para los residentes de Oregon: Toda persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguro o escrito de pretensiones con información esencialmente falsa, u oculte, con el fin de engañar, información sobre cualquier hecho importante relacionado, en el cual confió el asegurador, está sujeta a la denegación y/o la reducción del beneficio del seguro y puede estar sujeta a las sanciones civiles disponibles.

Para los residentes de Pennsylvania: Toda persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguro o escrito de pretensiones con información esencialmente falsa, u oculte, con el fin de engañar, información sobre cualquier hecho importante relacionado, comete un acto fraudulento de seguro, que es un delito y supedita a esa persona a sanciones penales y civiles.

Para los residentes de Puerto Rico: Toda persona que a sabiendas y con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro, o presente, ayude o facilite la presentación de una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida o cualquier otro beneficio, o presente más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, comete un delito grave y, ante la condena, será sancionada por cada violación con una multa no menor a los cinco mil dólares (\$5,000) y no más de diez mil dólares (\$10,000), o un período fijo de encarcelamiento de tres (3) años, o ambas sanciones. En caso de haber circunstancias agravantes, la sanción establecida puede incrementarse al máximo de cinco (5) años; en caso de haber circunstancias extenuantes, se puede reducir a un mínimo de dos (2) años.

Por el presente, certifico que las declaraciones arriba manifestadas por mí en el presente formulario son verdaderas a mi mejor saber y entender. Estoy al tanto de que si cualquiera de las declaraciones antedichas en este formulario manifestadas por mí fueran deliberadamente falsas, puedo estar sujeto a sanciones, que pueden incluir la acusación ante un tribunal.

Firma del Jugador:

Fecha:

Firma del Entrenador, Administrador o Árbitro:

Fecha:

DESPUÉS de que reciba su carta de ratificación, puede ponerse en contacto con A-G Administrators al 800.634.8628, si tiene alguna consulta sobre su reclamación.

A-G Administrators, LLC: PO Box 979: Valley Forge, PA 19482
Email: Claims@agadm.com • Fax: 610.933.4122