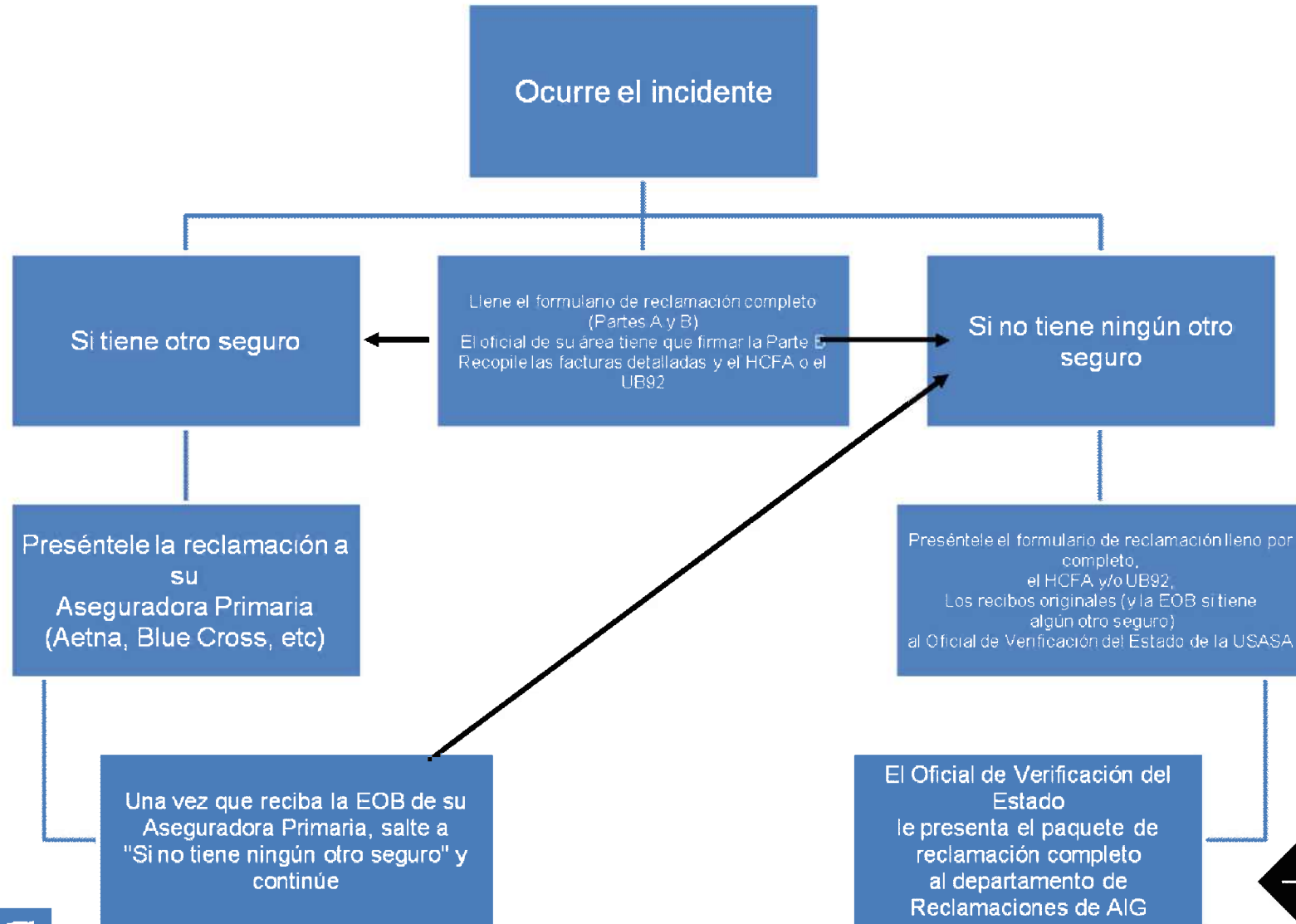




**INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR
RECLAMACIONES EN CASOS DE ACCIDENTE
CONFORME A LAS NORMAS DE LA
ASOCIACIÓN ESTADOUNIDENSE DE FÚTBOL
PARA ADULTOS [U.S.A.S.A., por sus siglas en
inglés]**

Resumen del Proceso para Presentar Reclamaciones





Instrucciones Detalladas

(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).

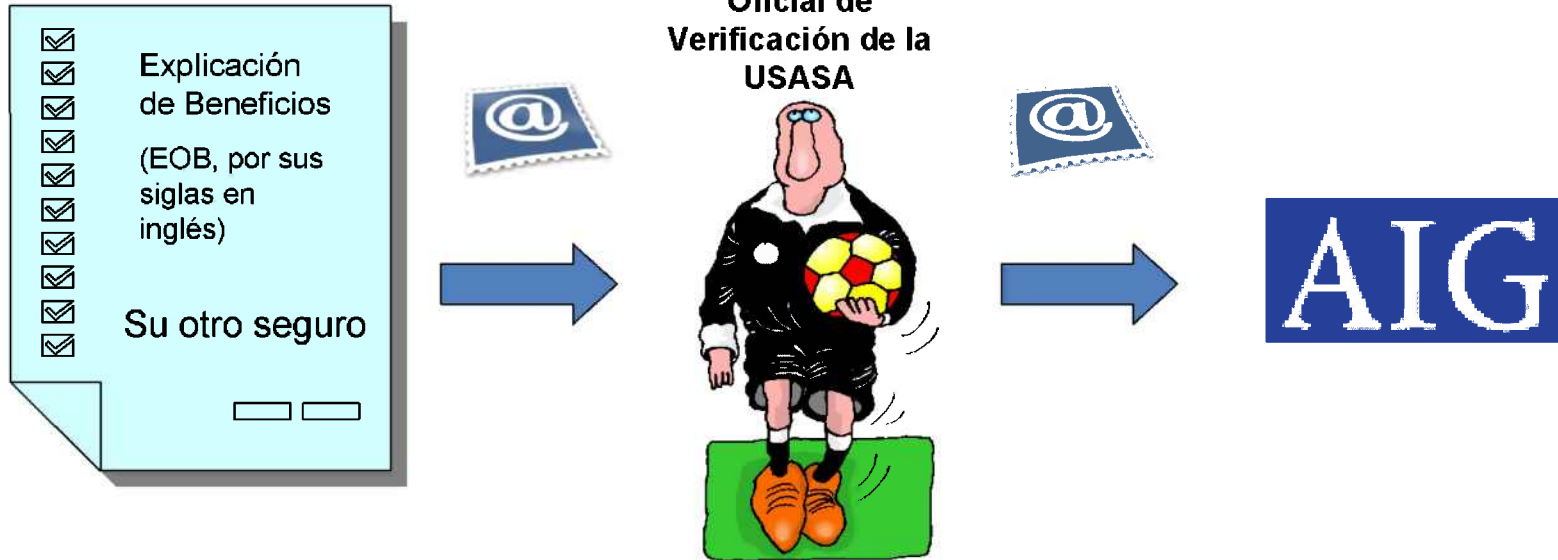
No se aceptan los estados de cuenta con el saldo por pagar.

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





Instrucciones Detalladas (Continuación)

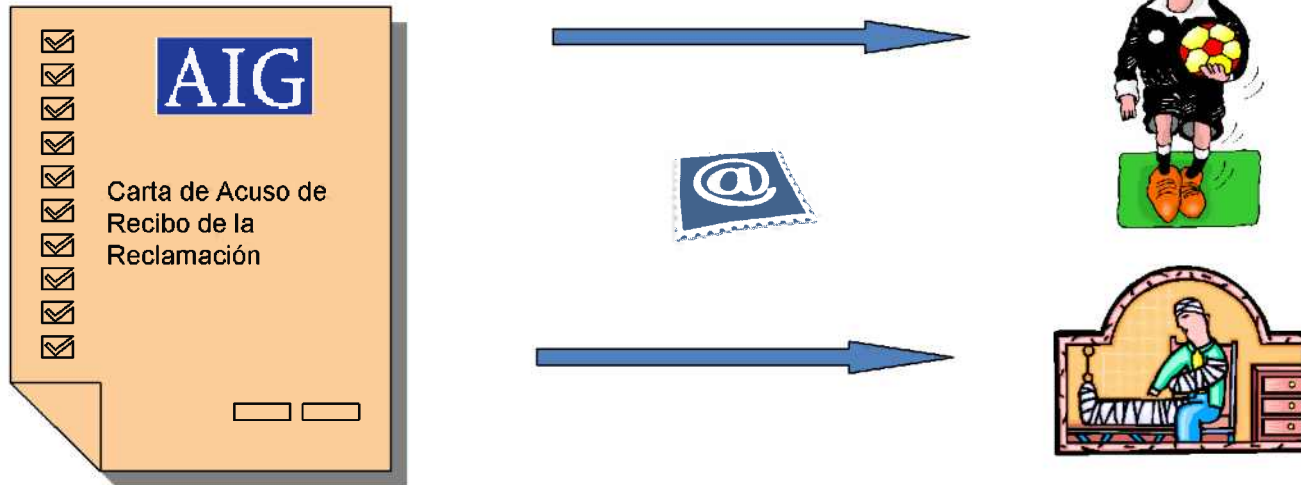


Si usted cuenta con cobertura médica bajo otra póliza, primero le tiene que presentar las cuentas a su compañía de seguro primaria y presentarle una copia de la declaración de Explicación de Beneficios junto con su formulario de reclamación al Oficial de Verificación del Estado.



Instrucciones Detalladas

(Continuación)



- 6) El oficial de verificación del estado entonces firmará y le enviará por correo el formulario de reclamación LLENO POR COMPLETO a AIG. Una vez que AIG lo recibe, le envían una carta de acuso de recibo al/a la solicitante y al Oficial de Verificación del Estado.

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA



Si tiene alguna pregunta o indagación o desea saber el estado de su reclamación, llame a Angelica Cruz-Forero al (678) 240-1983.