



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.

Nombre de organización: _____

Numero de póliza: _____

Domicilio de organización: _____

Nombre de la persona con lesiones (Asegurado): _____

Nombre de Persona que completa el formulario: _____.

Elija uno: Persona con lesiones Padre 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: _____

Numero de teléfono: _____

Domicilio: _____ Correo electrónico: _____

Domicilio de empleador: _____

Número de teléfono de empleador: _____

¿La persona con lesiones está cubierta por otro plan de segur de salud o accidentes?

(Si o 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: _____ Numero(s) de póliza: _____

Nombre(s) del asegurado: _____

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: _____

Firma del comisionado regional: _____ Fecha: _____

Firma del director de seguridad: _____ Fecha: _____

Fecha del accidente/lesión/enfermedad: _____

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 Poliza)? (Si o no) _____

Nombre del supervisor de la actividad: _____

¿Fue testigo del accidente? (Si o 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 FOLMLARIO 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 AG Administradores) y copias de las EOB (explicación de los beneficios del seguro primario) a:

AG ADMINISTRATORS

PO Box 979, Valley Forge, PA. 19482 claims@agadmin.com ; Fax: 610-933-4122

Si tiene alguna pregunta, o si el consultorio de un médico u hospital necesita confirmar los beneficios antes de un procedimiento médico, comuníquese con los administradores de AG al 610-933-0800.

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 OCLTA 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 OCLTA 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 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: _____

El segura está suscrito por US Fire Insurance Company