

Firma del oficial de verificación del estado

Fecha

**PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN: FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE ACCIDENTE DE LA U.S.A.S.A. PARA RIESGOS ESPECIALES - En letra de molde o a máquina**

- El participante (o su tutor legal si es menor de 18 años) tienen que llenar este formulario por completo o la Asociación Estatal de la Asociación Estadounidense de Fútbol para Adultos [U.S.A.S.A., por sus siglas en inglés] lo rechazará.
- No se demore en entregar este formulario de reclamación.** Este formulario tiene que recibirse, con o sin adjuntos, en un plazo de 90 días a partir de la fecha del accidente o le podrían denegar los beneficios por no haberse presentado a tiempo.
- Una vez que se haya llenado este formulario, adjunte cualquier factura detallada con la explicación de beneficios de la aseguradora correspondiente que haya recibido hasta la fecha. Tiene que enviarle el formulario lleno a la oficina de la Asociación Estatal de la U.S.A.S.A para que lo aprueben.
- Una vez que la Asociación Estatal de la U.S.A.S.A. haya aprobado su reclamación, se la enviarán a la compañía de seguro para que la procesen. La compañía de seguro le dirá de cualquier información adicional que sea necesaria para procesar su reclamación.

1. LLENE ESTE FORMULARIO
2. ADJUNTE TODAS LAS FACTURAS
3. **ENVÍE POR CORREO A OFICIAL DE VERIFICACION DEL ESTADO:**

National Union Fire Insurance Co. of Pittsburgh, Pa.



**SI NO LLENA LAS PARTES A y B EN SU TOTALIDAD, NO SE PODRÁ PROCESAR ESTA RECLAMACIÓN Y SE LA DEVOLVERÁN**

**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. # Identificación del Jugador o 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): _____	

**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. Asociación Estado :	3. a. Región:
4. La lesión ocurrió en: <input type="checkbox"/> Evento <input type="checkbox"/> Práctica <input type="checkbox"/> Viaje <input type="checkbox"/> Juego	
4.a. Nombre del evento:	
4.b. La lesión ocurrió en: <input type="checkbox"/> Campo bajo techo <input type="checkbox"/> 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 testigo:	Cargo:

## AUTORIZACIÓN

Por este medio autorizo a la National Union Fire Insurance Company of PA o a sus representantes a darle a todo hospital, médico o a cualquier otra persona que me haya atendido, y a mi compañía aseguradora todos y cada uno de los detalles relacionados con la lesión sostenida en el accidente por el que le estoy reclamando beneficios al seguro; y renuncio a cualquier disposición de la ley de lo contrario.

Por este medio autorizo a todo hospital, médico o a cualquier otra persona que me haya atendido y a mi compañía de seguro o empleador a darle a la National Union Fire Insurance Company of PA o a sus representantes todos y cada uno de los detalles relacionados con toda enfermedad o lesión, historial médico, consulta, recetas médicas o tratamientos y copias de todas las historias clínicas de los hospitales, médicos o archivos de compañías de seguro, entre ellos, a título enunciativo pero no limitativo, toda la información relacionada con coberturas de seguro; y renuncio a cualquier disposición de la ley de lo contrario. Estoy de acuerdo en que las copias de esta autorización tengan la misma vigencia que el original.

**CALIFORNIA:** Para su protección, las leyes de California exigen que lo siguiente aparezca en este formulario: Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago por pérdidas se considera culpable de haber cometido un delito y podría estar sujeta a multas y a que le recluyan en una prisión estatal.

**Para los residentes de New York:** Toda persona que a sabiendas y con intenciones de estafar a una compañía de seguro o a cualquier otra persona y que presente una solicitud de seguro que contenga información considerablemente falsa o que con intenciones de engañar oculte alguna información relacionada con algún dato relevante que aparezca en la misma, y cualquier persona que a sabiendas haga o asista, ayude, ofrezca o conspire con otra persona para presentar una denuncia falsa de robo, destrucción, daño o transformación de un vehículo automotor a alguna agencia del orden público, el departamento de vehículos automotores o alguna compañía de seguro, está cometiendo un acto de fraude de seguro, lo cual es un delito, y también será sujeto a multas civiles sin exceder los cinco mil dólares y el valor del vehículo automotor en cuestión o de la reclamación presentada por cada infracción.

**Para los residentes de Pennsylvania:** Toda persona que a sabiendas y con intenciones de estafar a una compañía de seguro o alguna otra persona presente una declaración en su reclamación que contenga alguna información considerablemente falsa o que con intenciones de engañar oculte alguna información relacionada con algún dato relevante que aparezca en la misma, comete un acto de fraude de seguro, lo cual se considera un delito y por lo tanto la persona podría estar sujeta a multas en lo civil y lo penal.

**Para los solicitantes que no residan en California, New York, o Pennsylvania:** Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para pago por una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud para seguro es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y a que le recluyan en la cárcel.

(El objetivo de los párrafos anteriores es ayudar a obtener y a ofrecer la información pertinente necesaria para el oportuno procesamiento de su reclamación.)

\_\_\_\_\_  
Firma del/de la jugador(a)

\_\_\_\_\_  
Fecha

NOTE TO VERIFICATION OFFICER: Mail to:  
AIG Domestic Claims  
Attn: USASA Claims Unit Policy#9101928  
A&H Claim Department  
PO Box 25987  
Shawnee Mission, Ks 66225  
Email: [A&H.claimssubmissions@aig.com](mailto:A&H.claimssubmissions@aig.com)  
Fax: 302-661-8963