

MINNESOTA YOUTH SOCCER ASSOCIATION ACCIDENT MEDICAL CLAIM FORM

PAUTAS PARA SOMETER UN YOUTH SOCCER ACCIDENT CLAIM FORM

1. Complete **TODAS LAS** preguntas en el Youth Soccer Accident Claim Form.
2. Haga firmar **LA SECCIÓN III** (VERIFICACIÓN DEL ENTRENADOR O DIRIGENTE LOCAL) por el entrenador u otro dirigente local que presenció el accidente.
3. Firme el formulario de reclamo en la **SECCIÓN VI** (DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN/AUTORIZACIÓN PARA HACER PÚBLICO LA INFORMACIÓN.)
4. Someta este nuevo reporte de reclamo dentro de un período de 30 días de la fecha del accidente o lo más pronto que es razonablemente posible a partir de entonces.
5. Si tiene otro seguro, someta sus facturas médicas detalladas a la otra compañía primero. Recibirá una hoja de Explicación de Beneficios de pago (EOB) de su otra compañía. **NO** espere hasta que su otra compañía haya tramitado todas sus facturas antes de someter un Youth Soccer Accident Claim Form.
6. You may attach itemized bills and your other carrier's EOBs that are ready at the time of submitting this Claim Form.
7. Envíe el Formulario de reclamo a su Asociación Estatal para verificación y la firma autorizada estatal. **NO ENVÍE EL FORMULARIO DE RECLAMO DIRECTAMENTE A PULLEN INSURANCE SERVICES.**
8. En el momento de recibir el formulario de reclamo de su Asociación Estatal, le enviaremos un formulario en el cual acusamos recibo de su reclamo. Toda correspondencia futura que tiene que ver con su reclamo deberá ser dirigida a la compañía Chartis la cual es el pagador de reclamos para National Union Fire Insurance Company, en la dirección y al número de teléfono indicado en nuestra correspondencia en la cual le señalamos recibo de su información.

RECORDATORIOS PRÁCTICOS

1. Hay un deducible de \$500 por cada accidente cubierto durante el año de la póliza del 1.9.11 hasta el 1.9.12. En adición, cada reclamo es sujeto a la aplicación de una estipulación de un co-seguro proporcional de 80/20 con un límite en cuanto a terapia física de \$50 cada visita con un máximo total de \$2,000.
2. Cada factura detallada DEBE mostrar lo siguiente:
 - El Nombre del Proveedor de Servicios
 - La Dirección del Proveedor
 - El N° de Identificación de Impuestos Federales del Proveedor
 - El N° Telefónico del Proveedor
 - La Fecha del Servicio
 - La Descripción o Códigos (ICD-9) del Diagnóstico
 - La Descripción o Códigos (CPT) del Procedimiento
 - El Cobro por cada Procedimiento
3. Las facturas adicionales que deben ser sometidas en una fecha posterior (después de la sumisión inicial de su reclamo) deben ser enviadas directamente a Chartis, con la siguiente información: Nombre del reclamante, fecha del accidente, y el nombre de la State Youth Soccer Association.
4. Favor de dar tiempo suficiente para tramitar debidamente su reclamo.
5. Favor de responder puntualmente a toda correspondencia que pide información adicional. Es la responsabilidad del Padre / Tutor / Reclamante de solicitar esta información del proveedor de servicio o de su compañía de seguro primario.
6. Una Explicación de Beneficios le será enviada por Chartis de parte de National Union Fire Insurance Company

LAS PREGUNTAS MÁS FRECUENTES

¿QUÉ ES UNA FACTURA DETALLADA?

Una Factura Detallada es un desglose de los procedimientos desempeñados por un proveedor de servicio autorizado; i.e. Hospital, Clínica, Médico, etc..

¿SI NO TENGO UNA FACTURA DETALLADA?

El Padre/Tutor/ debe solicitar esta información del proveedor de servicio. Algunos proveedores envían solamente un estado de saldos adeudados. El pagador de reclamos, Chartis, no puede tramitar este cobro sin una factura detallada. De nuevo, solicite esta información del proveedor de servicios. Explique que tiene una Cobertura en Excedente de Accidentes de Fútbol de Jóvenes.

¿PUEDE TRAMITAR ESTE RECLAMO SOLAMENTE CON LA HOJA DE EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS (EOB) DE MI OTRA COMPAÑÍA DE SEGUROS?

No, la Explicación de Beneficios/Pago (EOB) de su otra compañía de seguros no tiene la información completa para poder tramitar este reclamo.

¿SI NO TENGO LA EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS (EOB) DE MI OTRA COMPAÑÍA DE SEGUROS?

El Padre/Tutor debe solicitar la Explicación de Beneficios (EOB) de su otra compañía de seguros.

Nº DE PÓLIZA: SRG 9115346

POLICY YEAR: 9/1/11 – 9/1/12

IMPORTANTE
ESTE FORMULARIO DE RECLAMO DEBE SER ENVIADO A SU
ASOCIACIÓN ESTATAL INDICADO ABAJO:
Minnesota Youth Soccer Association
11577 Encore Circle
Minnetonka, Minnesota 55343

SECCIÓN I A SER COMPLETADO POR EL RECLAMANTE, PADRE, O TUTOR

1. Nombre:(APELLIDO/S) _____ (NOMBRE) _____ (SEGUNDO NOMBRE) _____
2. Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ 3. Sexo: Masculino Femenino
4. Dirección Particular: (CALLE) _____
 (CIUDAD) _____ (ESTADO) _____ (CÓDIGO POSTAL) _____
5. Tipo de Reclamante: Jugador Entrenador/Entrenador Adjunto Otro: _____
6. Fecha del Accidente: __ / ____ / ____
7. Descripción de la lesión (indique IZQUIERDO o DERECHO; por ejemplo. Pierna izquierda): _____

8. El accidente ocurrió durante: (✓ todo que se aplica) juego práctica torneo fútbol en campo techado
 actividades sancionadas/patrocinadas viaje directo y sin interrupción a o de la local de la actividad
9. Describa como y donde ocurrió el accidente: _____

10. Nombre del campo/facilidad donde ocurrió el accidente: _____

SECCIÓN II INFORMACIÓN ESTADÍSTICA

1. Nombre del asociación o liga local: _____
2. Nombre del club (si se aplica): _____
3. Nombre del equipo: _____
4. División de edad: (U-12, U-10, etcétera): _____
5. Competitivo Recreativo
6. Hora: Mañana Tarde Noche Fuera de Horas
7. Lugar: En el Campo Zona que rodea el área del Campo Área de los Espectadores Otro
8. Disposición: Cuidado In Situ Ambulancia Transporte Personal Cuidado
 Rehusado Solamente
9. Superficie: Tierra Hierba Hierba Artificial Otro
 (favor de indicar)
10. Condición de la : Seca Mojada Cubierta de Hielo Irregular
 Superficie
11. Posición: Portero Delantero Defensa Otro
 (favor de indicar)
12. Actividad: Corriendo con la pelota Corriendo sin la pelota Defensa Otro
 (favor de indicar)
13. Situación: Golpeado por la pelota Colisión con un Participante Lesión sin contacto Otro
 (favor de indicar)

SECCIÓN III VERIFICACIÓN DEL ENTRENADOR O DIRIGENTE LOCAL

 Firma del Entrenador o Dirigente Local Nombre del Entrenador o Dirigente Local (en letras grandes) Fecha

SECCIÓN IV DIRIGENTE ESTATAL AUTORIZADO*

Yo, _____, de la _____ certifico que el reclamante ya indicado era un jugador, entrenador, entrenador adjunto o participante registrado en el momento que ocurrió el accidente.

 Signature of Authorized State Official Title Date

*Debe ser firmado por el administrador autorizado de la asociación estatal de fútbol con la oficina de la asociación estatal de fútbol

NOMBRE DEL RECLAMANTE: _____

EL INCUMPLIMIENTO DE ESTE FORMULARIO PUEDE CAUSAR UNA DEMORA INNECESARIA DEL TRÁMITE DE ESTE RECLAMO.

SECCIÓN V INFORMACIÓN DEL PADRE / TUTOR / RECLAMANTE

Padre / Tutor / Reclamante	Madre / Tutor / Reclamante
Nombre: _____	Nombre: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad: _____	Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal: _____	Estado: _____ Código Postal: _____
Código Postal: (_____) _____ - _____	Código Postal: (_____) _____ - _____
Empleador: _____	Empleador: _____
Teléfono: (_____) _____ - _____ Ext. _____	Teléfono: (_____) _____ - _____ Ext. _____
Dirección de Email: _____	Dirección de Email: _____

¿Se cubre el reclamante bajo CUALQUIER otra póliza de seguros? Sí No

Nombre de la Compañía: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: (_____) _____ - _____

Nombre del Asegurado: _____

Nº: de Identificación del Asegurado: _____ Nº /Nombre del Grupo Asegurado: _____

Si su hijo o hija tiene cobertura de seguro médico por causa de ser un dependiente elegible de un casamiento previo bajo un mandato que hace parte de un decreto de divorcio, favor de indicar el nombre, dirección y número telefónico de la parte responsable: _____

SECCIÓN VI DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN/AUTORIZACIÓN PARA HACER PÚBLICO LA INFORMACIÓN

Cualquier persona que a sabiendas y con el objeto de defraudar cualquier compañía de seguros u otra persona que somete una solicitud de seguros o una declaración de reclamo que contiene cualquier información que es materialmente falsa, o que oculta, para el propósito de engañar, información con respecto a cualquier hecho material a ello, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual es un crimen, y, en adición será sujeto a una pena sustancial civil donde y al grado permitido por la ley del estado.

Por la presente, autorizo a cualquier medico, hospital, u otra facilidad relacionada médicamente, compañía de seguros, u otra organización, institución o persona que tiene cualquier registro o conocimiento de mi, y/o del dicho reclamante, para revelar, cuando se lo solicitara por National Union Fire Insurance Company o su representante, cualquier y toda información de ese tipo. Una fotocopia de esta autorización será considerada tan efectiva y válida como el original.

 Firma del Padre/Tutor/Reclamante _____
 Fecha

SECCIÓN VII ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

TODOS LOS BENEFICIOS SE HARÁN PAGADEROS A LOS MÉDICOS Y HOSPITALES INVOLUCRADOS, A MENOS QUE SE ACOMPAÑEN POR RECIBOS PAGADOS.

Cobertura seleccionada por
National Union Fire Insurance Company