

Firma del funcionario de verificación de la Asociación Estatal/Liga Nacional:

Fecha:

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

1. El participante (o su tutor legal si es menor de 18 años) debe completar este formulario en su totalidad o la Asociación Estatal de la U.S.A.S.A. podría devolvérselo.
2. **No demore la presentación de este formulario de reclamación.** Este formulario debe recibirse con o sin adjuntos dentro de los 90 días posteriores a la fecha del accidente o podrán denegarse los beneficios debido a su presentación extemporánea.
3. Después de completar el formulario de reclamación, adjunte todas las facturas desglosadas con la explicación de beneficios correspondiente de la aseguradora principal que haya recibido hasta la fecha. Debe enviar el formulario completado a su oficina de la Asociación Estatal de la U.S.A.S.A. para su validación.
4. Cuando la Asociación Estatal de la U.S.A.S.A. haya validado su reclamación, ellos la enviarán a la Oficina Nacional de la U.S.A.S.A. para revisarla y enviarla a la compañía de seguros. La compañía de seguros le notificará si necesita información adicional para procesar su reclamación.



**SPECIALTY
BENEFITS, INC.**
an affiliate of K&K Insurance Group, Inc.



1. **COMPLETE ESTE FORMULARIO.**
2. **ADJUNTE TODAS LAS FACTURAS.**
3. **ENVÍELO POR CORREO AL: Funcionario de Verificación Estatal que aparece abajo**



**FORMULARIO DE
RECLAMACIÓN
DE ACCIDENTE
DE LA U.S.A.S.A
PARA RIESGOS
ESPECIALES**

SI LAS PARTES A y B NO SE COMPLETAN EN SU TOTALIDAD, NO SE PODRÁ PROCESAR ESTA RECLAMACIÓN Y LE SERÁ DEVUELTA.

PARTE A – La Persona Lesionada (o su padre/madre o tutor si la Persona Lesionada es menor de 18 años o dependiente por otro motivo) DEBE completar, fechar y firmar esta sección.

1. Nombre de la Persona Lesionada (Asegurado):
Primer nombre/Segundo nombre/Apellido

1a. Fecha del accidente: *Mes/Día/Año*

2. Dirección postal completa: *Calle/Ciudad/Estado/Código Postal*

3. Código de área/Tel. de la casa:

3a. Código de área/Tel. laboral:

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

Sí No

En caso afirmativo, indicar el número de Seguro Social o el número de identificación de salud: _____

5. Fecha de nacimiento: *Mes/Día/Año*

6. Hombre Mujer

6a. Soltero Casado Estudiante de tiempo completo

7. ¿Actualmente está inscrito en algún seguro médico o plan que cubra accidentes de fútbol?

Sí No

En caso afirmativo, todas las facturas se deben enviar primero a ellos para su consideración. En caso negativo, ver 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 en algún plan de seguro médico, necesitamos una verificación por escrito de su empleador y del empleador de su cónyuge (si corresponde), o de la oficina de Bursar si usted es estudiante universitario de tiempo completo.

7b. Si usted trabaja por su cuenta o está desempleado y no tiene cobertura de un plan de seguro médico, firme abajo.

Firma del jugador: _____

PARTE B - Esta sección DEBE ser completada, y luego debe firmarla un funcionario de su organización local.

1. Nombre del equipo:

2. Nombre de la liga:

3. Asociación Estatal:

3a. Región

4. La lesión ocurrió en: Evento Práctica Viaje Juego

4a. Nombre del evento:

4b. La lesión ocurrió en: Campo cubierto Campo al aire libre

5. Describa cómo ocurrió el accidente:

6. Tipo de lesión:

7. Nombre y número de teléfono del entrenador, jefe del equipo o árbitro presente en el momento del accidente:

8. *Por la presente certifico que mis declaraciones que anteceden en este formulario son verdaderas a mi leal saber y entender. Estoy al tanto de que si alguna de mis declaraciones anteriores en este formulario es intencionalmente falsa, puedo quedar sujeto a sanciones, que pueden incluir el procesamiento judicial.*

Firma del entrenador, jefe del equipo o árbitro: _____ Cargo: _____

Firma del funcionario de verificación de la liga: _____ Cargo: _____

Firma del funcionario de verificación de la U.S.A.S.A.: _____ Cargo: _____

AUTORIZACIÓN

Renuncio a toda disposición estipulada por la ley en sentido contrario y por medio del presente autorizo a K&K Insurance Group, Inc./Specialty Benefits o a sus representantes para que proporcionen a cualquier hospital, médico u otra persona que me haya atendido, y a mi aseguradora, toda la información relacionada con la lesión por accidente por la cual estoy reclamando beneficios de seguro.

Renuncio a toda disposición estipulada por la ley en sentido contrario y por medio del presente autorizo a cualquier hospital, médico u otra persona que me haya atendido, y a mi aseguradora o empleador a proporcionar a K&K Insurance Group, Inc./Specialty Benefits o a sus representantes toda la información relacionada con cualquier enfermedad o lesión, historia clínica, consultas, recetas médicas o tratamientos y copias de todos los registros hospitalarios, médicos o de seguros, incluida, a modo de ejemplo, información relacionada con otras coberturas de seguro. Acepto que una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que el original.

Para los residentes de todos los estados EXCEPTO California, Colorado, Florida, Kentucky, Maine, Nueva Jersey, Nueva York, Oregón, Pensilvania, 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 será considerada culpable de un delito y podrá quedar sujeta a multas y encarcelamiento.

Para los residentes de California: Para su protección, la legislación de California exige que lo siguiente aparezca en este formulario: Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida será considerada culpable de un delito y podrá quedar sujeta a multas y a encarcelamiento en una prisión estatal.

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

Para los residentes de Florida: Toda persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, cometer fraude o engañar a cualquier aseguradora presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa será considerada culpable de un delito grave.

Para los residentes de Kentucky: Toda persona que a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros u otra persona presente una declaración de reclamación o una solicitud de seguro que contenga información sustancialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información relacionada con cualquier dato sustancial al respecto, estará cometiendo un acto de seguro fraudulento, lo cual constituirá un delito.

Para los residentes de Maine, Tennessee, Virginia y Washington: Proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de cometer fraude contra la compañía constituye un delito. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas y denegación de beneficios de seguro.

Para los residentes de Nueva Jersey: Toda persona que a sabiendas presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa quedará sujeta a sanciones penales y civiles. Toda persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud de póliza de seguro quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

Para los residentes de Nueva York: Toda persona que a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra una compañía de seguros u otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información relacionada con cualquier dato sustancial al respecto, estará cometiendo un acto de seguro fraudulento, lo cual constituye un delito, y también quedará sujeta a sanciones civiles por un máximo de cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada infracción.

Para los residentes de Oregón: Toda persona que a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa o que con el fin de engañar, oculte información relacionada con cualquier dato sustancial al respecto en el cual se haya basado la aseguradora, quedará sujeta a la denegación y/o reducción de beneficios de seguro y podrá quedar sujeta a las sanciones civiles disponibles.

Para los residentes de Pensilvania: Toda persona que a sabiendas y con la intención de cometer fraude a una compañía de seguros u otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa o que con el fin de engañar, oculte información relacionada con cualquier dato sustancial al respecto, estará cometiendo un acto de seguro fraudulento, lo cual constituirá un delito y someterá a dicha persona a sanciones penales y civiles.

Para los residentes de Puerto Rico: Toda persona que a sabiendas y con la intención de cometer fraude presente información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude o disponga la presentación de una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida o cualquier otro beneficio o que presente más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, incurrirá en un delito grave y, al ser condenada, será sancionada por cada infracción con una multa mínima de cinco mil dólares (\$5,000) y máxima de diez mil dólares (\$10,000), o una condena de prisión por un período fijo de tres (3) años o ambas sanciones. Si hay circunstancias agravantes, la sanción establecida podrá aumentar a un máximo de cinco (5) años; si hay circunstancias atenuantes, se podrá reducir a un mínimo de dos (2) años.

Por la presente certifico que mis declaraciones que anteceden en este formulario son verdaderas a mi leal saber y entender. Estoy al tanto de que si alguna de mis declaraciones anteriores en este formulario es intencionalmente falsa, puedo quedar sujeto a sanciones, que pueden incluir el procesamiento judicial.

Firma del jugador:

Fecha:

DESPUÉS de que reciba su carta de confirmación, puede comunicarse con K&K Insurance Group, Inc./Specialty Benefits al 1-800-237-2917, Opción 1, si tiene dudas con respecto a su reclamación.

NOTA PARA EL FUNCIONARIO DE VERIFICACIÓN, ENVIAR POR CORREO A:
K&K Insurance Group, Inc./Specialty Benefits, Attn: PA Claims, P.O. Box 2338, Fort Wayne, IN 46801
Correo electrónico: KK_PAClaims@kandkinsurance.com • Fax: 312-381-9077

