



**INSTRUCCIONES DE RECLAMO**  
**Seguro de Accidentes de Cal South Fútbol Juvenil**



Estas instrucciones han de utilizarse para completar el **FORMULARIO DE RECLAMO DE SAI** para las lesiones que se produzcan en los eventos autorizados Cal South A PARTIR DEL 1 de septiembre de 2016 hasta el 31 de agosto de 2017.

**\*\*Aviso: El formulario de reclamo A CONTINUACIÓN debe ser presentado ante el Departamento de Reclamos de salud y Accidentes de AIG, a la brevedad posible luego de ocurrida la lesión, y dentro de los 30 días a partir del primer tratamiento aplicado. Una vez que la compañía de seguros primaria haya realizado el pago, enviar una copia detallada de la factura y la Explicación de Beneficios "EOB" de la compañía de seguros primaria a AIG para consideración de beneficios adicionales. Se sugiere guardar copias de todo lo enviado a AIG.**

**Información general**

Existe un Período de Beneficio de 52 semanas que comienza el 1 de septiembre de 2016 hasta el 31 de agosto de 2017. Las lesiones deben ocurrir durante ese período de tiempo. **El primer tratamiento por lesiones debe realizarse dentro de los 90 días de producida la lesión. AIG debe recibir el reclamo dentro de los 30 días del primer gasto incurrido del tratamiento para las lesiones.**

**Pólizas con seguro de excedente**

Los gastos subvencionables cubiertos serán abonados solo si existe excedente de otro plan de pago médico o de seguros válido y cobrable. Si el reclamante está cubierto por cualquier otro seguro de salud o plan de pagos médico, primero debe presentar el reclamo ante el seguro primario. Luego de que el seguro primario haya pagado los beneficios, a continuación, deberá presentar dicho formulario de reclamo con todas las **EOB (explicaciones de beneficios)** del seguro primario. Si no existe cobertura primaria, la cobertura **SAI** funcionará como seguro primario sujeto a todos los términos y condiciones del seguro.

**Formulario de reclamo**

El formulario de reclamo debe ser presentado para cada reclamo individual. **La Sección A** debe completarse en su totalidad por la persona lesionada, por los padres o tutor si la persona lesionada es menor de edad, y debe estar firmada. **La Sección B** debe completarse en su totalidad y estar firmada por todas las partes que se indican. **La Sección C** debe completarse en su totalidad y estar firmada por todas las partes que se indican. **No se requiere un formulario de reclamo cuando se presenten facturas médicas adicionales; solo es necesario un formulario de reclamo por accidente/lesión.**

**Deducible (\$1,000) + 20% Co-seguro**

Cada reclamo está sujeto a un deducible de \$1,000 y al 20 % de co-seguro. Por favor, tenga en cuenta que aunque se realicen todos los esfuerzos para cumplir con sus pedidos, los gastos que hayan sido reducidos a causa de descuentos, guías de costumbres razonables, o planes máximos, podrían no acreditarse al deducible.

**Facturas médicas**

Notifique a todos los proveedores sanitarios -hospitales y médicos- si usted solo va a utilizar este seguro, o junto con su seguro primario. **Bríndeles el nombre y dirección de correo de AIG (brindada a continuación), y solicite que presenten las facturas de seguro correspondientes allí.** El consultorio de un médico debería presentar un CMS 1500. Un hospital y/o sala de emergencias deberían presentar un UB04. **No se acepta un estado de balance adeudado ya que solo retrasará el procesamiento.**

**Pedidos de información**

En el caso de que no se presente un reclamo completo, o si se requiere información adicional, se suspenderá el reclamo, y la información adicional se solicitará vía Correo postal. Por favor, enviar la información solicitada inmediatamente al Departamento de reclamos de Salud y Accidentes de AIG para evitar demoras en la adjudicación de su reclamo.

**Listado de control de entrega de reclamo – Utilice el listado de control a continuación para asegurar que el reclamo médico sea enviado correctamente.**

Si la persona lesionada posee un seguro de salud primario, ¿se ha entregado el reclamo al seguro primario en primer lugar, <b>de estar disponible?</b>	
Si el reclamo se presenta primero ante el seguro primario, ¿se adjuntan, <b>de estar disponibles</b> , copias de los EOB (explicación de beneficios)?	
¿Ha solicitado que las facturas médicas detalladas -CMS1500 o UB04 – sean <b>enviadas directamente al Departamento de reclamos de salud y accidentes de AIG?</b> <b>Dirección: P.O. Box 25987, Shawnee Mission, KS66225-5987</b>	
¿Se han <b>completado en su totalidad las Partes A y B</b> del formulario de reclamo?	
¿Se ha completado y firmado <b>la Parte C</b> del Formulario de reclamo por todos los funcionarios correspondientes?	

**Envío por correo de los Formularios de reclamo y los documentos**

Una vez completo, **el reclamante** debe enviar por correo el formulario de reclamo, incluyendo las facturas médicas detalladas (si no se envió directamente a AIG por parte de los proveedores de salud), así como copias del EOB (explicación de los beneficios del seguro primario) a:

**Departamento de reclamos de salud y accidentes de AIG**  
**P.O. Box 25987**  
**Shawnee Mission, KS 66225-5987**

*\*\*\*\*\*Recomendamos conservar copias de todos los documentos entregados, en caso de que surjan dudas durante el proceso de reclamación \*\*\*\*\**

Si tiene dudas, o si un consultorio médico u hospital requiere confirmar los beneficios antes de realizar un procedimiento médico, por favor contacte a la oficina de reclamos de AIG al **(800) 551-0824**.



# CLÍNICAS Y CAMPAMENTOS DE FÚTBOL CAL SOUTH



**Formulario de Reclamo de Seguro Por Accidente No Registrado**  
**Nombre del Grupo: California State Soccer Association – South**  
**Póliza # SRG 0009137641-B Efectiva 9/1/2016 – 8/31/2017**

## SECCIÓN A – INFORMACIÓN GENERAL (DEBE COMPLETARSE EN SU TOTALIDAD)

**NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMPLETA EL FORMULARIO EN EL CASO DE MENORES: (Nombre en imprenta debajo)** **Usted es el**  
 (Marque una): Padre • Tutor •

**NOMBRE DE LA PERSONA LESIONADA:** **Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre** **Fecha de nacimiento**  
 Masculino • Femenino • **SSN/VISA/GREEN**  
 / / / /

**DISTRITO #:** **LIGA #:** **EQUIPO #/NOMBRE:** **CLUB #/NOMBRE:** **El campo o clínica fue: Competitivo • Recreativo •**

**DIRECCIÓN (Dirección de la calle, PO Box, Ciudad, Estado, Código postal)** **DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO/ NÚMERO DE TELÉFONO**

**NATURALEZA DE LA LESIÓN (Describa cómo ocurrió la lesión y la parte del cuerpo lesionada)** **DESCRIBA DÓNDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE:**  
 Nombre del Campo/Ubicación: \_\_\_\_\_  
 Anfitrión del Campo/Clínica: \_\_\_\_\_

**FECHA de la LESIÓN:** / / **Al momento del accidente, ¿la persona lesionada se encontraba realizando una actividad cubierta por la jurisdicción de la Organización (beneficiario del seguro)?**  Sí •  No •

**Nombre del supervisor de la actividad:**  
**¿Fue testigo de la lesión?**  Sí •  No •

## SECCIÓN B – SEGURO PRIMARIO (DEBE COMPLETARSE EN SU TOTALIDAD Y SER FIRMADO POR TODAS LAS PARTES)

¿Se encuentra la Persona Lesionada bajo la cobertura de cualquier otro plan de seguro por accidente o de salud?  Sí •  No • De contestar que **SÍ**, brinde la siguiente información:

**Nombre de otra compañía de seguros:** **Dirección:** **Seguro #:** **Nombre del beneficiario del seguro:**  
 Nombre del empleador (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

**Código de área/Número de teléfono del empleador** ( )

**Nombre del padre o Tutor masculino:** **SSN/VISA/GREEN CARD #:**  
**Lugar de trabajo:** **Dirección del empleador (Si es diferente del anterior):**  
**Teléfono del empleador:** ( )

**Nombre de la madre o Tutor femenino:** **SSN/VISA/GREEN CARD #:**  
**Lugar de trabajo:** **Dirección del empleador (Si es diferente del anterior):**  
**Teléfono del empleador:** ( )

## SECCIÓN C – VERIFICACIÓN DE PARTICIPACIÓN NO REGISTRADA (DEBE COMPLETARSE EN SU TOTALIDAD Y SER FIRMADO POR TODAS LAS PARTES)

**Por el presente autorizamos que el reclamante se encontraba presente y participaba en el campo o clínica y su lesión tal como se describió, ocurrió durante un evento sancionado Cal South.**

<b>Firma del entrenador del reclamante lesionado de Cal South y fecha:</b>	<b>Firma del Presidente de Miembros Afiliados de Cal South y fecha:</b>
--	---

### POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ARRIBA SUMINISTRADA ES VERDADERA Y CORRECTA A MI LEAL SABER Y ENTENDER.

California: Para su protección, la ley de California requiere que lo que sigue a continuación se incluya en este formulario: Toda persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede ser sujeto a sanciones y sentenciado a prisión en una prisión estatal.

#### AUTORIZACIÓN Y CESIÓN DE BENEFICIOS

Yo, el abajo firmante, autorizo a cualquier hospital o institución de cuidados médicos, a médicos u otros profesionales de la salud, de farmacia, organización de seguros de apoyo, agencia gubernamental, grupo titular de un seguro de una agencia gubernamental, compañía de seguros, asociación, empleado o administrador de un plan de beneficios, a proporcionar a la compañía de seguros arriba mencionada o a sus representantes, cualquier y toda información con respecto a cualquier lesión o enfermedad padecida, la historia médica, o cualquier consulta, receta o tratamiento brindado a la persona cuya muerte, lesión, enfermedad o pérdida sea la base de un reclamo, y copias de todos los informes médicos o del hospital, incluyendo información relacionada con enfermedades mentales y uso de drogas y alcohol, para determinar la elegibilidad para el pago de beneficios bajo el Número de Seguro arriba identificado. Autorizo al grupo beneficiario del seguro, empleado o administrador del plan de beneficio, a brindar a la Compañía de Seguros arriba mencionada, información financiera y relacionada al empleo. Comprendo que esta autorización es válida por el término de la cobertura del Seguro indicado anteriormente, y que se considerará válida como si fuera original, a una copia de esta autorización. Comprendo que yo o un representante autorizado puede solicitar una copia de esta autorización **Autorizo al pago de los beneficios médicos al médico o prestador por el servicio brindado**  Sí  NO

<b>X Firma del Reclamante o del Representante autorizado del Reclamante</b>	<b>Fecha</b>
---	--------------

