



INSTRUCCIONES DE RECLAMO
AYSO Soccer Accident Insurance (SAI)



Estas instrucciones son para completar el **FORMULARIO DE RECLAMO DE SAI** para los gastos de lesiones cubiertos incurridos el 01 de julio de 2017 o en días posteriores.

****Notas:** El formulario de reclamo como se encuentra a continuación debe presentarse en la Mutual of Omaha - la dirección se encuentra debajo - lo antes posible luego de recibir los tratamientos médicos por las lesiones y no luego de 90 días de la fecha en la que ocurrió el daño. Presentar el formulario de reclamo en la Mutual of Omaha. Una vez que el principal operador realizó el pago, envíe una copia de la factura detallada y la Explicación de Beneficios (EOB) a la Mutual of Omaha. Guarde las copias de todo lo que envía.

Exceso en la cobertura

Los gastos de cobertura que sean elegibles se pagarán en exceso de otro plan de pago de seguros o médico válido y cobrable. En caso de que el solicitante esté cubierto por otro seguro médico o plan de pago médico, debe presentar el reclamo al seguro principal. Luego de que el seguro principal paga los beneficios, presente el formulario de reclamo junto con las facturas detalladas y la EOB del operador de seguro principal a la Mutual of Omaha.

Formulario de reclamo

El formulario de reclamo debe presentarse para cada individuo con lesión o enfermedad (reclamo). La persona con lesiones, o el padre o el tutor legal en caso de que la persona sea un menor, deben completar y firmar la **Sección A**. El funcionario de la American Youth Soccer Organization AYSO debe completar y firmar la **Sección B - ¡El presidente regional y el director de seguridad!** **No se requiere llenar un formulario de reclamo por completo cuando se presentan las facturas médicas adicionales, solo se requiere un formulario de reclamo por accidente o lesión.**

Deducible (Coseguro del cliente USD 1000 y un 20%)

Cada reclamo está sujeto a los USD 1000 deducibles y el 20% de coseguro del cliente. Tenga en cuenta que, a pesar de que se harán todos los esfuerzos para corresponder sus reclamos, las tasas que se redujeron debido a los descuentos, las normas de gastos deducibles o el límite máximo del plan no se le atribuirán al deducible.

Facturas médicas

Notifique a todos los proveedores médicos - hospitales y doctores - que usará este seguro. Informe el nombre y la dirección de correo de la Mutual of Omaha (véase abajo) cuando solicite que entreguen los formularios de facturación de los seguros solicitados. La oficina del médico debe presentar un CMS 1500. El hospital o sala de emergencia deben presentar un UB04. **No se acepta una declaración de saldo adeudado y solo demorará el proceso.**

Información necesitada

En el caso que el formulario no se presente completo o si se requiere información adicional, el reclamo se suspenderá y se solicitará la información adicional por correo de los EE. UU. Envíe inmediatamente la información adicional solicitada a la Mutual of Omaha (domicilio debajo), para que terminen de adjudicarle el reclamo de forma rápida.

Lista de verificación de presentación del reclamo – PARA LOS GASTOS INCURRIDOS POR LESIÓN/ENFERMEDAD EL 01 DE JULIO DE 2017 O POSTERIOREMTE.

Utilice la lista de verificación que aparece a continuación para garantizar que se envía una correcta presentación del reclamo médico. **Sí No**

En caso de que la persona con lesiones tuviera un seguro de salud principal, el reclamo tiene que presentarse primero con el operador de seguros principal.		
En caso de que el reclamo se presentara primero con el operador de seguros principal, se deben adjuntar copias de la EOB, si estuvieran disponibles.		
Solicitó que se enviaran las facturas médicas detalladas - CMS1500 o UB04 - directamente a la Mutual of Omaha. • Domicilio: Special Risk Services, P.O. Box 31156, Omaha, NE 68131		
La Parte B del formulario de reclamo la completaron y firmaron el presidente regional y el director de seguridad de AYSO.		
Revisé las políticas de beneficios de SAI como se describen en http://www.ayso.org debajo para el Seguro de Familia.		
Los formularios de reclamo NO se presentan antes de recibir LOS SERVICIOS MÉDICOS.		

Envío del reclamo

Una vez que se completó el formulario, el solicitante (o el padre/el tutor legal) debe realizar copias de todos los documentos y enviar el formulario de reclamo junto con las facturas médicas detalladas (en caso de que el proveedor de servicios médicos no los envíe directamente a la Mutual of Omaha) y copias de la EOB (explicación de beneficios del operador de seguros principal) a:

Special Risk Services, P.O. Box 31156, Omaha, NE 68131
(Consejo: Se recomienda guardar copias de todos los documentos.)

En caso de tener preguntas o si la oficina del médico o el hospital necesitan confirmar los beneficios antes de realizar el procedimiento médico, póngase en contacto con la oficina de reclamos en 800-524-2324.



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE ACCIDENTE DE AYSO REGISTRADO PROGRAMA JUVENIL



Special Risk Services; PO Box 31156; Omaha, NE 68131
Teléfono: 800-524-2324 www.mutualofomaha.com

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 de edad o dependiente de otra forma, por su padre o tutor legal.			
1. Nombre de la Organización American Youth Soccer Organization (AYSO) Programa joven		2. Número de póliza SR2014-P-110169 (Programa joven registrado)	
3. Domicilio de la organización (Calle) 19750 S Vermont Ave, Suite 200		(Ciudad) Torrance	(Estado) (Código postal) CA 90502
4. Nombre de la persona con lesiones (Asegurado) (Primer nombre)		(Segundo nombre)	(Apellido)
Escriba aquí - Nombre de la persona que completa el formulario:		Elija uno: <input type="checkbox"/> Persona con lesiones <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal	
Brinde la siguiente información de la persona lesionada:			
5. Fecha de nacimiento (día/mes/año)	6. <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	7. Código de área/número de teléfono	8. Dirección de correo
9. Domicilio: (Ciudad) (Estado) (Código postal)			
10. Empleador (Nombre) Domicilio (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)			
Código de área / Número de teléfono del empleador:			
11. ¿La persona con lesiones está cubierta por otro plan de seguro de salud o accidentes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso de contestar Sí, brinde la siguiente información:			
Nombre de la otra compañía de seguros:	Domicilio de la otra compañía de seguros:	Número de póliza:	Nombre del asegurado:
12. En caso de que la persona con lesiones sea menor de 18 años de edad o sea de otra forma dependiente, brinde la siguiente información:			
Nombre del padre o tutor	Lugar de trabajo	Código de área/ Número de teléfono del empleador	
de la madre o tutora	Lugar de trabajo	Código	
13. En caso de que la persona con lesiones esté casada, brinde la siguiente información:			
Nombre del cónyuge:	Lugar de trabajo:	Código de área / Número de teléfono del empleador:	
14. Explique el accidente y cómo la lesión/enfermedad se generó y describa la naturaleza de la lesión/enfermedad.			
PARTE B - Un funcionario de AYSO debe completar esta Parte.			
1. Fecha del accidente/lesión/enfermedad (día/mes/año)	2. Lesión/enfermedad ocurrió: <input type="checkbox"/> Práctica <input type="checkbox"/> Viaje <input type="checkbox"/> Juego <input type="checkbox"/> Otros: _____	3. Región AYSO número:	4. Jugador AYSO/ ID del voluntario número:
5. En el momento del accidente, ¿la persona lesionada estaba realizando una actividad dentro de la jurisdicción de la organización (Asegurado)? <input type="checkbox"/> Sí		6. Nombre del supervisor de la actividad:	7. ¿Fue testigo del accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. Firma del presidente regional X _____	9. Fecha de la firma	10. Firma del director de seguridad X _____	11. Fecha de la firma
AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN:			
Por el presente autorizo a todo médico, hospital y otra instalación médica, compañía de seguros u otra organización, institución o persona que tenga un registro o conocimiento de mi persona, y del solicitante anteriormente mencionado, a revelar toda información que la Mutual of Omaha Insurance Company o sus representantes soliciten. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.			
Firma del solicitante o el representante autorizado: X _____			Fecha de la firma
En caso de ser el representante autorizado, establezca su relación con el solicitante:			
Domicilio legal (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)			
DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN:			
Por la medio de la presente certifico que toda la información que antecede es verdadera y completa, y que revisé la declaración de fraude para mi país.			
Solicitantes de Nueva York: TODA PERSONA QUE CON CONOCIMIENTO Y LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR A ALGUNA COMPAÑÍA DE SEGUROS U OTRA PERSONA PRESENTE UNA SOLICITUD DE SEGURO O UNA DECLARACIÓN DE RECLAMOS QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA U OCULTE INFORMACIÓN RELACIONADA CON TODO HECHO MATERIAL CON EL OBJETIVO DE ENGAÑAR, COMETE UN ACTO FRAUDULENTO, LO QUE CONSTITUYE UN DELITO Y RECIBIRÁ UNA MULTA QUE SERÁ MENOR A CINCO MIL DÓLARES ESTADOUNIDENSES Y EL VALOR ESTABLECIDO DEL RECLAMO POR DICHO DELITO. (CONFORME AL 11 NYC RR86)			
Firma del solicitante o el representante autorizado: X _____			Fecha de la firma:
En caso de ser el representante autorizado, establezca su relación con el solicitante:			

Avisos de fraude estatal

Para el uso en todos los formularios de reclamación



Se adjunta el siguiente texto de fraude y forma parte de este formulario de reclamación.

GENERAL – Cualquier persona que, con conocimiento y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros o aseguradora, presente una declaración de reclamación que contenga esencialmente información falsa, incompleta o engañosa o que oculte hechos materiales, puede ser culpable de fraude, podrá ser procesado bajo la ley estatal y podrá estar sujeta a sanciones civiles y penales. Además, cualquier compañía de seguros o aseguradora podrá denegar los beneficios si la información falsa se relaciona con una reclamación del reclamante.

Alabama: Cualquier persona que con conocimiento presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que con conocimiento presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de reintegración o reclusión en una prisión, o cualquier combinación de las mismas.

Alaska: Una persona que con conocimiento y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesada bajo la ley estatal.

Arizona: Para su protección, la ley de Arizona exige que la siguiente declaración aparezca en este formulario: Cualquier persona que con conocimiento presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles.

Arkansas, Luisiana y Rhode Island: Cualquier persona que con conocimiento presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que con conocimiento presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas o reclusión en una prisión.

California: Para su protección, la ley de California exige que lo siguiente aparezca en este formulario: Cualquier persona que con conocimiento presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas o reclusión en una prisión estatal.

Colorado: Es ilegal proporcionar con conocimiento datos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación del seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que con conocimiento proporcione datos o información falsos, incompletos o engañosos a un asegurado o reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al asegurado o al reclamante con respecto a una liquidación o indemnización pagadero de los fondos del seguro ser denunciado ante la división de seguros de Colorado del departamento de agencias reguladoras.

Connecticut: Este formulario debe completarse en su totalidad. Cualquier persona que falsifique intencionalmente o no intencionalmente a revelar cualquier hecho material relacionado con una lesión reclamada puede ser culpable de un delito.

Delaware: Cualquier persona que, con conocimiento y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Distrito de Columbia: ADVERTENCIA: Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una compañía de seguros o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen prisión y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar cobertura si el solicitante proporciona información falsa relacionada con una reclamación.

Florida: Cualquier persona que, con conocimiento y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

Idaho: Cualquier persona que, con conocimiento y con la intención de defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Indiana: Una persona que, con conocimiento y con la intención de defraudar a una aseguradora, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa comete un delito grave.

Kentucky: Cualquier persona que, con conocimiento y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material, comete fraude de seguros, lo cual es un delito.

Maine: Es un delito proporcionar con conocimiento información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o denegación de la cobertura.

Minnesota: Una persona que presente una reclamación con la intención de defraudar o ayudar a cometer un fraude contra una aseguradora es culpable de un delito.

New Hampshire: Cualquier persona que, con el propósito de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a enjuiciamiento y castigo por fraude de seguros, según lo dispuesto en RSA 638:20.

Nueva Jersey: Cualquier persona que con conocimiento presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

Nuevo México: CUALQUIER PERSONA QUE CON CONOCIMIENTO PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO O QUE CON CONOCIMIENTO PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE ESTAR SUJETA A MULTAS CIVILES O SANCIONES PENALES.

Ohio: Cualquier persona que, con la intención de defraudar o con conocimiento de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude.

Oklahoma: ADVERTENCIA: Cualquier persona que, con conocimiento y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, haga una reclamación de los fondos de una póliza de seguros que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Pennsylvania: Cualquier persona que, con conocimiento y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material, comete fraude de seguros, lo cual es un delito y esa persona será objeto de sanciones penales y civiles.

Tennessee, Virginia, y Washington: Es un delito proporcionar con conocimiento información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas o denegación de la cobertura.

Texas: Cualquier persona que con conocimiento presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas o reclusión en una prisión estatal.