



INSTRUCCIONES DE RECLAMACIÓN
AYSO Seguro de Accidentes del Fútbol (SAI)



Estas instrucciones deben ser utilizados para completar preguntas en respecto a el formulario de reclamación SAI COMENZANDO 01 de Julio 2015!

****Nota:** El formulario de solicitud lo sigue debe ser sometido a AIG Accident & Health (US) - abordan a continuación - tan pronto como sea posible después de recibir tratamiento médico ha sido administrada por una lesión y, a más tardar 90 días después de la fecha de la lesión. Envíe el formulario de reclamación para AIG para asegurar la notificación haya sido recibida a tiempo. Una vez que el portador primario ha pagado enviar una copia de la factura detallada y explicación portador primario de Beneficios (EOB) de AIG para la consideración adicional de beneficios. Guarde copias de todo lo que se ha enviado a AIG.

Pólizas con Cobertura de Exceso

Gastos con cobertura elegibles sólo serán pagados si son en exceso de otro plan de seguro o pago médico válido y cobrable. Si el reclamante está cubierto con otro seguro de salud o plan de pagos médicos deben primero presentar una reclamación al seguro primario. Después de que el seguro primario haya pagado beneficios, envíe este formulario de reclamación junto con todos los EOB'S (**explicaciones de beneficios**) del seguro primario.

Formulario de Reclamación

El formulario de reclamación debe ser presentado por cada reclamación individual. **Sección A** se debe completar en su totalidad por la persona lesionada o el padre o guardián si esa persona lesionada es un menor y también debe ser firmado. **Sección B** se debe completar en su totalidad y firmado por los funcionarios de American Youth Soccer Organization (AYSO) - **Comisario Regional y Director de Seguridad! Un formulario de reclamación completado no es necesario cuando la presentación de las facturas médicas adicionales; sólo se necesita un formulario de reclamación por accidente / lesión.**

Deducible (\$1,000 y 20% el coseguro)

Cada reclamación está sujeta al deducible de \$1,000 y 20% el coseguro. Por favor sea consciente, aunque se hará todo lo posible para satisfacer sus peticiones, los cargos que se han reducido por los descuentos, pautas razonables y habituales, o los máximos del plan no podrán acreditarse al deducible.

Cuentas Medicas

Notifique todos los proveedores de servicios médicos - hospitales y médicos - si usted va a utilizar este seguro. Proporcióneles el nombre y la dirección postal de AIG (proporcionado arriba) cuando solicite que presenten los formularios necesarios de facturación de seguro. La oficina de los médicos deben presentar un CMS 1500. Un hospital y / o sala de emergencia deben presentar un UB04. **Una balanza de cuenta no es aceptable y sólo retrasará el proceso.**

Peticiones de información

En caso de que un formulario de reclamación no se haya presentado en su totalidad o si se necesita información adicional, se suspenderá la reclamación, y la información adicional será requerida en concepto de correo de los EE.UU. Por favor, envíe la información inmediatamente a AIG, para que puedan terminar la adjudicación de su reclamo de una manera rápida.

Presentación lista de reclamación – PARA LESIONES QUE OCCURRIERON A PARTIR 01 DE JULIO 2015

Utilice el siguiente lista de comprobación para asegurarse de una reclamación médica debidamente presentada se va a enviar. Sí No

Si la persona lesionada tiene un seguro de salud primaria, la reclamación se ha presentado por primera vez al primario.		
Si el reclamo se presentó por primera vez a la primaria, se adjuntan copias de la EOB de si está disponible.		
Ha solicitado facturas médicas detallados - CMS1500 o UB04 - para ser enviado directamente a AIG. • Dirección: AIG Accident & Health Claims, Po Box 25987, Shawnee Mission, KS 66225		
Ha completado Parte B y firmado por el Comisario Regional AYSO y Director de Seguridad.		
Yo he revisado los beneficios SAI como se describe en http://www.ayso.org en virtud para las familias, el seguro.		
Los formularios de reclamación NO están siendo enviadas antes a los SERVICIOS MÉDICOS que se realizan.		

Enviando la reclamación

Cuando esté terminado, el lesionado (o padre / madre o guardián) debe hacer copias de todos los documentos y enviar por correo el formulario de reclamación, incluyendo facturas médicas detallados (si no se han enviado directamente a AIG por los proveedores de servicios médicos) y copias de los EOB's (explicaciones de beneficios de la aseguranca primaria) a:

AIG Accident & Health Claims, Po Box 25987, Shawnee Mission, KS 66225

(se recomienda ebviando todo los documentos certificados de recibo / retorno y guardar copias de todos los documentos)

Si tiene alguna pregunta, o si el consultorio de un médico o un hospital tiene que confirmar los beneficios antes de un procedimiento médico, por favor comuníquese con la oficina de reclamaciones al 1-800-551-0824.

Detalles básicos del plan: \$1,000 y 20% el coseguro deducibles se aplican a cada reclamación; el número de seguro social es necesario; debe ser llenado dentro de los 90 días; \$ 100 por día máximo de 10 días en terapia física.

AYSO FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE ACCIDENTE – PROGRAMA DE REGISTRO JUVENTUD



AIG Accident & Health Claims
 PO Box 25987
 Shawnee Mission, KS 66225
 Phone: 800-551-0824



www.aig.com

SECCIÓN A: Esta parte DEBE ser completada anticuado y firmado por la persona lesionada - o si la persona lesionada es menor de 18 o de otra manera dependiente, por su padre / madre o Guardián.			
1. Nombre de la Organización: American Youth Soccer Organization (AYSO) Youth Program		2. Número de Póliza: SRG 9142121 (Registered Youth Program)	
3. Dirrección de la organización: (Calle) 19750 S Vermont Ave Ste 200		(Ciudad) Torrence	(Estado) (Código Postal) CA 90502
4. Nombre de la persona lesionada : (Asegurado) (Primer) (Medio) (Ultimo)			
Imprima aquí – Nombre de la persona que esta Completando el Formulario :			Marque Una : <input type="checkbox"/> Persona Lesionada <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Guardián
Proporcione la siguiente información sobre la persona lesionada:			
5. Fecha de nacimiento-Mes / Dia / Año	6. <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	7. Numero de Seguro Social:	8.Codigo Postal / Numero de telefono:
9. Dirrección: (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)		Correo Electronico:	
10. Empleador (Nombre) Dirrección: (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)		Codigo Postal / Numero de telefono del Empleador:	
11¿La persona lesionada esta cubierto por algún otro plan de salud y / o seguro de accidentes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, proporcione la siguiente información abajo):			
Nombre de la otra compañía de seguros:	Dirrección de la otra compañía de seguros:	Número de póliza (s):	Nombre del asegurado(s):
12. Si la persona lesionada menor de 18 años o de otra manera independiente, proporcione la siguiente información:			
Nombre del Padre o Guardián Masculino	Lugar de empleo	Codigo Postal / Numero de telefono del Empleador:	
Nombre de la Madre o Guardián Femenino	Lugar de empleo	Codigo Postal / Numero de telefono del Empleador:	
13. Si la persona lesionada está casado proporcione la siguiente información:			
Nombre del cónyuge	Lugar de empleo	Codigo Postal / Numero de telefono del Empleador:	
14.Explique CÓMO que ocurrió el accidente y las lesiones y describe la naturaleza de la lesión.			

PARTE B - Esta parte debe ser completado por un funcionario de AYSO.			
1. Fecha del accidente / lesión (Mes / Dia / Año)	2. Lesion ocurrió: <input type="checkbox"/> Práctica <input type="checkbox"/> Viajes <input type="checkbox"/> Juego <input type="checkbox"/> Otro: _____	3. AYSO número de región	4. AYSO número de identificación de jugador / voluntario
5. ¿En el momento del accidente, la persona lesionada estaba involucrado en una actividad bajo la jurisdicción de la organización (asegurado)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		6. Nombre del supervisor de la actividad	7. ¿Él o ella fueron testigos del accidente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
8. Firma del Comisario Regional X _____	9. Fecha de la firma	10. Firma del Director de Seguridad X _____	11. Fecha de la firma

**PAGO SERÁ HECHO AL PROVEEDOR DE SERVICIOS (HOSPITAL, MEDICO, y OTROS)
 A MENOS QUE UN RECIBO DE LA DECLARACIÓN DE PAGO ACOMPAÑE LA FACTURA EN EL MOMENTO QUE SE PRESENTE LA RECLAMACIÓN.**

El abajo firmante autoriza cualquier hospital u otra institución médica , médico o de otro profesional de la medicina , la farmacia , la organización de apoyo de seguros , agencia gubernamental , póliza de grupo , compañía de seguros , asociación, empleador o administrador del plan de beneficios para proporcionar a la compañía de seguros mencionados en el encabezamiento o sus representantes , de cualquier y toda la información con respecto a cualquier lesión o enfermedad que sufre , el historial médico de, o cualquier consulta , prescripción o tratamiento dado a la persona que la muerte, lesión, enfermedad o pérdida es la base de la reivindicación y copias de todos los hospitales de esa persona o de los registros médicos , incluyendo información relativa a la enfermedad y el uso de drogas y alcohol mental, para determinar la elegibilidad para pagos de beneficios bajo el Número de Póliza identificado anteriormente. Autorizo a la póliza de grupo , el empleador o administrador del plan de beneficios para proporcionar a la Compañía de Seguros nombrado arriba con la información financiera y relacionada con el empleo . Entiendo que esta autorización es válida para el período de la cobertura de la política expuesta anteriormente y que una copia de esta autorización será considerada tan válida como el original. Entiendo que yo o mi representante autorizado puede solicitar una copia de esta autorización.

La firma del paciente o del representante del paciente : X _____	Fecha de la firma:
Si es el representante autorizado, que es la relación al paciente:	
O dirección designación legal (Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)	



Avisos Fraude del Estado

Para el uso de todas las aplicaciones y formularios de reclamación.

GENERAL – Cualquiera persona con conocimiento y con intención de defraudar a cualquier compañía aseguradora o otra persona que presenta una solicitud para aseguransa o reclamación declaración que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar a la información relativa a cualquier hecho material, comete un acto de seguro fraudulent.

ALASKA: Cualquiera persona con conocimiento y con intención de asegurar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presenta una reclamación que tenga información falsa, incompleta o engañosa puede ser perseguido por la ley estatal.

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

ARKANSAS, LOUISIANA, MARYLAND, VIRGINIA DEL OESTE: Cualquiera persona con conocimiento presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida de beneficio o con conocimiento presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de una delincuencia y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión.

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

COLORADO: Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o hechos 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, negación del seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que a sabiendas proporciona información o datos falsos, incompletos o engañosos a un asegurado o reclamante para el pupose de defraudar o intentar defraudar al asegurado o reclamante con respecto a un acuerdo o una concesión a pagar a partir de los beneficios del seguro será reportado a la División de Seguros de Colorado del Departamento de Agencias Reguladoras.

CONNECTICUT: Este formulario debe ser completado en su totalidad. Cualquiera persona que intencionalmente falsifica o no da a conocer cualquier hecho material relacionado a una lesión reclamada intencionalmente puede ser culpable de una delincuencia grave.

DELAWARE, IDAHO, INDIANA: Cualquiera persona con conocimiento y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de una delincuencia grave.

DISTRICT OF COLUMBIA: Advertencia: Es un delito proveer información falsa o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar al asegurador oa cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento y / o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si la información falsa relacionada con una reclamación fue proporcionada por el solicitante.

FLORIDA: Cualquiera persona con conocimiento y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de una delincuencia grave del tercer grado.

HAWAI: Para su protección, la ley de Hawai requiere que se le informe que la presentación de un reclamo fraudulento para el pago de una pérdida de beneficios es un crimen punible con multas o encarcelamiento, o ambos.

KENTUCKY: Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros oa otra persona, presente una reclamación que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual es un delito.

MAINE: Es un delito proveer información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros para el prupose de defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, o la negación de los beneficios del seguro.

MICHIGAN, NORTH DAKOTA, SOUTH DAKOTA: Cualquier persona que a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros oa otra persona, presente una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto de seguro fraudulent, que es un delincuencia, y los sujetos a la persona a sanciones penales y civiles.

MINNESOTA: Una persona que presente una reclamación con la intención de defraudar o ayude a cometer un fraude contra una compañía de seguros es culpable de un delito.

NEVADA: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación que contenga cualquier declaración falsa o información falsa, incompleta o engañosa puede ser culpable de un delito punible en virtud de la ley estatal o federal, o ambos, y puede estar sujeto a sanciones civiles.

NEW HAMPSHIRE: Cualquier persona que, con el propósito de redundará, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a enjuiciamiento y castigo por fraude de seguro conforme a lo dispuesto en la sección 638:20.

NEW JERSEY: Cualquiera persona que vaja hacer una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

NEW MEXICO: Cualquier 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 es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas civiles y sanciones penales.

NEW YORK: Cualquier persona que a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía aseguradora oa otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro , que es un delito, y también estará sujeta a una sanción civil que no exceda los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada violación.

OHIO: Cualquier persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación que contenga una declaración fralse o engañosa es culpable de fraude de seguros.

OKLAHOMA: Advertencia: Cualquier persona que a sabiendas y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente un reclamo por los beneficios de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

OREGON: Cualquiera persona que vaja hacer una declaración falsa intencionalmente que sea significativo en el riesgo puede ser declarado culpable de fraude de seguros por el tribunal de justicia.

PENNSYLVANIA: Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía aseguradora oa otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o coneals con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto insurane fraudulent, que l un delito y dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.

TENNESEE, VIRGINIA, WASHINGTON: Es un delito proveer información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros por los puposes de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y negación de los beneficios del seguro.

TEXAS: Cualquiera persona que presente con connocimiento una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de una delincuencia grave y sera sujeta a multas y reclusiónes en una prisión estatal.

La firma del paciente o del representante del paciente : X	Fecha de la firma:
Si es el representante autorizado, que es la relación al paciente:	