



US Club Soccer Accidental Medical-Dental Insurance Claim Form (Youth)



General

Los miembros registrados de US Club Soccer pueden usar este formulario para presentar un reclamo de seguro médico/dental por accidente por una lesión que ocurrió durante una actividad sancionada por US Club Soccer.

Titular de la póliza: Asociación Nacional de Clubes de Fútbol Competitivos, operando como US Club Soccer

Cobertura en exceso: los gastos médicos por accidentes están cubiertos por esta póliza en exceso, y los beneficios solo se pagarán bajo este plan después de que su propio seguro personal/grupal (incluidas las organizaciones de mantenimiento de la salud) haya pagado sus beneficios como la póliza primaria. Tenga en cuenta que debe seguir la criterio de elegibilidad de su compañía de seguros principal (es decir, recibir tratamiento dentro de la red, si lo requiere la HMO, etc.) para que esta póliza considere sus gastos como póliza secundaria. El pago bajo esta póliza se realizará de acuerdo con las cotizaciones habituales y establecidas. Esto significa que la base para el pago de servicios médicos o dentales específicos se basa en el costo promedio de ese servicio por región. Esta póliza no paga automáticamente los servicios en su totalidad; paga según la tarifa "usual y establecida" para ese servicio en su área. Una vez que se ha satisfecho el deducible de \$500, los beneficios se pagan al 80 % de la tasa permitida. Además, algunos beneficios pueden estar sujetos a límites de póliza internos.

Fecha límite de elegibilidad de la reclamación: para que las reclamaciones sean elegibles para la cobertura, este formulario debe presentarse no a más tardar 90 días después de la fecha de la lesión, y la atención médica debe recibirse no a más tardar 60 días después de la fecha de la lesión.

Período de beneficios: esta póliza está sujeta a un período de beneficios de 52 semanas a partir de la fecha de la lesión. Los gastos médicos o dentales que se incurren dentro de las 52 semanas posteriores a la fecha de la lesión son elegibles para la cobertura de esta póliza. Cualquier gasto o tratamiento que se brinde después del período de beneficios de 52 semanas no estará cubierto por esta póliza.

INSTRUCCIONES

1. Envíe este formulario a US Club Soccer. El reclamante, o un padre/tutor si la persona lesionada es menor de edad, debe completar este formulario en su totalidad (con la excepción de las secciones Verificación de la organización miembro/club y Autorización de US Club Soccer) y enviarlo por correo electrónico a US Club Soccer a seguro@usclubsoccer.org. No envíe facturas, explicaciones de beneficios (EOB) u otra información a US Club Soccer.

PROCESO DE PRESENTACIÓN POSTERIOR:

2. **Verificación interna de US Club Soccer.** Después de enviar este formulario, US Club Soccer revisará la elegibilidad del reclamo y verificará el accidente con el club/organización miembro del reclamante.
3. **Actualización del estado del reclamo posterior a la verificación.** Recibirá un correo electrónico con el estado del reclamo cuando se complete la verificación. Si se aprueba, US Club Soccer enviará el reclamo a A-G Administrators, el procesador de reclamos.
4. **Comunicación e instrucciones de los Administradores A-G.** Luego, recibirá una comunicación de los administradores de A-G con instrucciones para que usted o sus proveedores presenten la documentación (facturas, EOB, etc.) directamente a:

A-G ADMINISTRATORS
P.O BOX 21013
Eagan, MN 55121
Correo electrónico: Claims@agadm.com
Teléfono: (610) 933-0800
Fax: (610) 933-4122

Se requieren facturas detalladas:

- **HCFA-1500:** Formulario estándar utilizado por los proveedores, como médicos y dentistas, para mostrar los tratamientos médicos y los cargos realizados por cada servicio.
- **UB-04 o UB-92:** Formulario estándar utilizado por hospitales para mostrar tratamientos médicos / cargos realizados por servicios.
- **Explicación de beneficios (EOB)** de su(s) aseguradora(s) principal(es), si corresponde.

Los pagos se le harán a usted directamente, si las facturas detalladas indican que hizo un pago. De lo contrario, los pagos se realizarán directamente a la oficina médica, hospital u otro proveedor de servicios. Todas las facturas dentales deben enviarse a través de los planes médicos y dentales de su seguro primario antes de presentar un reclamo por tratamiento dental bajo esta póliza.



Información del reclamante:

1. Nombre: _____ | Apellido: _____
2. Dirección: _____
Ciudad: _____ | Estado: _____ | Código postal: _____
3. Número de teléfono: _____
4. Dirección de correo electrónico: _____
5. El Reclamante es: Jugador | Miembro del personal (entrenador, gerente, etc.) | Oficial | Otro: _____
6. Género: Masculino | Femenino
7. Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ |
8. Últimos cuatro números de Seguro Social: XXX-XX- _____
9. Nombre del club/organización miembro: _____
10. Nombre del equipo: _____

INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE:

11. Fecha del accidente: ____ / ____ / ____ | Hora del accidente: _____
12. Parte del cuerpo lesionada: _____
13. Accidente ocurrido durante: Juego (liga/competición: _____) | Práctica/Scrimmage | Torneo: _____
Campamento/clínica: _____ | Otro: _____
14. Describa el accidente y dónde ocurrió:

15. Nombre del campo/instalación y ciudad/estado donde ocurrió el accidente: _____

16. Lugar del accidente: En el campo | Interior | Zona de espectadores | Otro: _____
17. Superficie: Hierba | Césped al aire libre | Césped de interior | Suciedad | Otro: _____
18. Estado de la superficie: Seco/normal | Helado | Húmedo/lluvioso | Fangoso | Otro: _____
19. Tipo de accidente: Golpe por objeto | Lesión sin contacto | Colisión | Otro: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

20. Nombre: _____ | Apellido: _____
21. Relación con el reclamante: Padre/tutor | Yo mismo | Cónyuge | Otro: _____
22. Dirección: _____
Ciudad: _____ | Estado: _____ | Código postal: _____
23. Número de teléfono: _____ | 24. Dirección de correo electrónico: _____
24. Situación laboral: Empleado: _____ | Autónomos | Jubilado/sin empleo



A-G ADMINISTRATORS LLC
SPORTS INSURANCE SPECIALISTS

PO Box 21013, Eagan, MN 55121

Ph: (610) 933-0800 Fx: (610) 933-4122 Email: claims@agadm.com



OTRA INFORMACIÓN DEL SEGURO:

25. ¿El reclamante tiene seguro primario: Sí | No

26. En caso afirmativo, proporcione la información del seguro: Nombre de la compañía de seguros:

Dirección: _____

Ciudad: _____ | Estado: _____ | Código postal: _____

Número de teléfono: _____ | Dirección de correo electrónico: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

AUTORIZACIÓN DEL RECLAMANTE (O PADRE/TUTOR):

DECLARACIÓN JURADA: Verifico que la declaración del otro seguro es precisa y completa. Entiendo que el suministro intencional de información incorrecta a través del correo de los EE. UU. puede ser fraudulento y violar las leyes federales, así como las leyes estatales.

Acepto que si se determina en una fecha posterior que hay otros beneficios de seguro cobrables en este reclamo, reembolsaré a los Administradores A-G en la medida en que los Administradores A-G no hubieran sido responsables.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN: Autorizo a cualquier proveedor de atención médica, médico, profesional médico, centro médico, compañía de seguros, persona u organización a divulgar cualquier información sobre antecedentes médicos, dentales, mentales, de abuso de alcohol o drogas, tratamiento o beneficios pagaderos, incluida la discapacidad. o información relacionada con el empleo sobre el paciente, a los A-G Administrators y sus designados.

AUTORIZACIÓN DE PAGO: Autorizo que todos los beneficios médicos actuales y futuros, por los servicios prestados y facturados como resultado de esta reclamación, sean pagaderos a los médicos y proveedores indicados en las facturas.

Firma del reclamante (padre/tutor si el reclamante es menor de edad)

Fecha

Nombre Relación

con el reclamante:

VERIFICACIÓN DE CLUB/ORGANIZACIÓN DE MIEMBROS:

Debe ser completado por un miembro del personal registrado en el US Club Soccer del club/organización miembro del reclamante que estuvo presente en el momento del accidente.

Estuve presente en el momento del accidente y, según mi leal saber y entender, todas las respuestas a las preguntas de este formulario son correctas; O

Estuve presente en el momento del accidente y, según mi leal saber y entender, algunas de las respuestas a las preguntas de este formulario son inexactas de las siguientes maneras (adjunte una hoja por separado si es necesario): _____

¿El reclamante está registrado con otro miembro de la Organización de Fútbol de EE. UU. (por ejemplo, una asociación estatal): Sí | No

En caso afirmativo, ¿se ha presentado también la reclamación al otro miembro de la Organización de Fútbol de EE. UU.? Sí | No

Fecha de firma

Nombre

Posicion o Titulo



ADVERTENCIA DE FRAUDE:

Cualquier persona que, a concientemente y con la intención de defraudar o ayudar a cometer un fraude contra cualquier compañía de seguros u otra persona: (1) presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa; o (2) oculta, con el fin de engañar, información relacionada con cualquier hecho material, comete o puede estar cometiendo un acto de seguro fraudulento, lo cual es un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y/o civiles. Para los residentes de los siguientes estados, consulte a continuación: California, Colorado, Distrito de Columbia, Florida, Nueva York, Tennessee, Texas o Virginia.

Residentes de California y Texas: Cualquier persona que concientemente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

Residentes de Colorado: es ilegal proporcionar hechos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el fin de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, proporcione hechos o información falsos, incompletos o engañosos a un titular de póliza o reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al titular de póliza o reclamante con respecto a un acuerdo o adjudicación pagadero de los ingresos del seguro. se informará a la división de seguros de Colorado dentro del departamento de agencias reguladoras.

Residentes del Distrito de Columbia: ADVERTENCIA: Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el fin de defraudar a la aseguradora oa cualquier otra persona. Las sanciones incluyen prisión y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa materialmente relacionada con un reclamo.

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

Residentes de Nueva York: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa, u oculte con el fin de engañar, información relacionada con cualquier hecho material, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y también estará sujeto a una sanción civil que no exceda los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada violación.

Residentes de Tennessee: es un delito proporcionar información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de beneficios de seguro.

Residentes de Virginia: cualquier persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa que pueda haber violado la ley estatal.