

NORTH TEXAS SOCCER[®]

"IGNITING PASSION FOR THE GAME"[®]

*Affiliated with the United States Youth and Amateur Soccer Associations,
United States Soccer Federation and Federation Internationale de Football Association*

PRESENTAR UNA RECLAMACION DE SEGURO PARA JOVENES

Debe enviar los elementos que se enumeran a continuación para que se procese su formulario de reclamación de seguro. Si recibimos su formulario de reclamo sin los artículos requeridos, será devuelto hasta que se envíen todos los artículos, lo que puede resultar en demoras innecesarias en el procesamiento de su reclamo.

Si la lesión ocurrió durante un juego sancionado al aire libre:

- Formulario de reclamacion completo
- Una copia de la lista oficial del equipo firmada por la asociacion miembro/registrador de la liga
- Una **declaración escrita separada** de su entrenador, entrenador asistente o gerente de equipo, si la lesión ocurrió durante una práctica o juego programado. Debe estar firmado y fechado.

Si la lesión ocurrió durante el juego bajo techo sancionado:

- Formulario de reclamacion completo
- Una copia de la lista del equipo firmada por el gerente de instalaciones cubiertas afiliado.
- Una copia legible de la identificacion del jugador de frente y de tras.
- Una copia de la hoja del juego en el que ocurrio la lesion. (Si durante el juego)
- Una **declaración por escrito separada** de su entrenador, entrenador asistente o gerente de equipo, si la lesión ocurrió durante una práctica o juego programado..

Los elementos enumerados anteriormente son necesarios para enviar su reclamo a la compañía de seguros, pero si tiene sus facturas detalladas o la Explicación de beneficios de su seguro principal, puede proporcionarlas en este momento. No es necesario que los enviemos, pero la compañía de seguros se los solicitará más adelante..

Los formularios completos se pueden enviar por correo electrónico a insurance@ntxsoccer.org

Preguntas – Porfavor llame 214-297-5022

Nº DE PÓLIZA:
BAX-318067-00

POLICY YEAR: 9/1/2021-9/1/2022

IMPORTANTE
ESTE FORMULARIO DE RECLAMO DEBE SER ENVIADO A SU ASOCIACIÓN ESTATAL INDICADO ABAJO:
North Texas State Soccer Association
3803 Parkwood Boulevard, Suite 200
Frisco, Texas 75034

SECCIÓN I A SER COMPLETADO POR EL RECLAMANTE, PADRE, O TUTOR

- Nombre:(APELLIDO/S) _____ (NOMBRE) _____ (SEGUNDO NOMBRE) _____
- Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ 3. Sexo: Masculino Femenino
- Dirección Particular: (CALLE) _____
(CIUDAD) _____ (ESTADO) _____ (CÓDIGO POSTAL) _____
- Tipo de Reclamante: Jugador Entrenador/Entrenador Adjunto Otro: _____
- Fecha del Accidente: ____ / ____ / ____
- Descripción de la lesión (indique IZQUIERDO o DERECHO; por ejemplo. Pierna izquierda): _____

- El accidente ocurrió durante: (✓ todo que se aplica) juego práctica torneo fútbol en campo techado
 actividades sancionadas/patrocinadas viaje directo y sin interrupción a o de la local de la actividad
- Describir cómo se sostuvo lesiones: _____

- Nombre del campo/facilidad donde ocurrió el accidente: _____

SECCIÓN II INFORMACIÓN ESTADÍSTICA

- Nombre del asociación o liga local: _____
- Nombre del club (si se aplica): _____
- Nombre del equipo: _____
- División de edad: (U-12, U-10, etcétera): _____
- Competitivo Recreativo
- Hora: Mañana Tarde Noche Fuera de Horas
- Lugar: En el Campo Zona que rodea el área del Campo Área de los Espectadores Otro
- Disposición: Cuidado In Situ Ambulancia Transporte Personal Cuidado
Rehusado Solamente
- Superficie: Tierra Hierba Hierba Artificial Otro
- Condición de la Superficie: Seca Mojada Cubierta de Hielo Irregular
- Posición: Portero Delantero Defensa Otro
- Actividad: Corriendo con la pelota Corriendo sin la pelota Defensa Otro
- Situación: Golpeado por la pelota Colisión con un Participante Lesión sin contacto Otro

SECCIÓN III VERIFICACIÓN DEL ENTRENADOR O DIRIGENTE LOCAL

Firma del Entrenador o Dirigente Local Nombre del Entrenador o Dirigente Local (en letras grandes) Fecha

SECCIÓN IV DIRIGENTE ESTATAL AUTORIZADO*

Yo, _____, de la _____ certifico que el reclamante ya indicado era un jugador, entrenador, entrenador adjunto o participante registrado en el momento que ocurrió el accidente.

Signature of Authorized State Official Title Date

*Debe ser firmado por el administrador autorizado de la asociación estatal de fútbol con la oficina de la asociación estatal de fútbol

NOMBRE DEL RECLAMANTE: _____

EL INCUMPLIMIENTO DE ESTE FORMULARIO PUEDE CAUSAR UNA DEMORA INNECESARIA DEL TRÁMITE DE ESTE RECLAMO.

SECCIÓN V INFORMACIÓN DEL PADRE / TUTOR / RECLAMANTE

Padre / Tutor / Reclamante

Madre / Tutor / Reclamante

Nombre: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono particular: (_____) _____ - _____

Teléfono particular: (_____) _____ - _____

Empleador: _____

Empleador: _____

Teléfono: (_____) _____ - _____ Ext. _____

Teléfono: (_____) _____ - _____ Ext. _____

Dirección de Email: _____

Dirección de Email: _____

¿Se cubre el reclamante bajo CUALQUIER otra póliza de seguros? Sí No

Nombre de la Compañía: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: (_____) _____ - _____

Nombre del Asegurado: _____

Nº de Identificación del Asegurado: _____ Nº /Nombre del Grupo Asegurado: _____

Si su hijo o hija tiene cobertura de seguro médico por causa de ser un dependiente elegible de un casamiento previo bajo un mandato que hace parte de un decreto de divorcio, favor de indicar el nombre, dirección y número telefónico de la parte responsable: _____

SECCIÓN VI DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN/AUTORIZACIÓN PARA HACER PÚBLICO LA INFORMACIÓN

Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede ser sujeta a multas y reclusión en la prisión estatal.

Por la presente, autorizo a cualquier medico, hospital, u otra facilidad relacionada médicamente, compañía de seguros, u otra organización, institución o persona que tiene cualquier registro o conocimiento de mi, y/o del dicho reclamante, para revelar, cuando se lo solicitara por K&K Insurance o su representante, cualquier y toda información de ese tipo. Una fotocopia de esta autorización será considerada tan efectiva y válida como el original.

Firma del Padre/Tutor/Reclamante

Fecha

SECCIÓN VII ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

TODOS LOS BENEFICIOS SE HARÁN PAGADEROS A LOS MÉDICOS Y HOSPITALES INVOLUCRADOS, A MENOS QUE SE ACOMPAÑEN POR RECIBOS PAGADOS.

Cobertura seleccionada por : Nationwide Life Insurance Company
Administrador de siniestros: K&K Insurance Group
1-800-237-2917

NORTH TEXAS STATE SOCCER ASSOCIATION FORMULARIO DE RECLAMO MÉDICO DE ACCIDENTE

PAUTAS PARA SOMETER UN YOUTH SOCCER ACCIDENT CLAIM FORM

1. Complete **TODAS LAS** preguntas en el Youth Soccer Accident Claim Form.
2. Haga firmar **LA SECCIÓN III (VERIFICACIÓN DEL ENTRENADOR O DIRIGENTE LOCAL)** por el entrenador u otro dirigente local que presenció el accidente.
3. Firme el formulario de reclamo en la **SECCIÓN VI (DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN/AUTORIZACIÓN PARA HACER PÚBLICO LA INFORMACIÓN.)**
4. Someta este nuevo reporte de reclamo dentro de un período de 90 días de la fecha del accidente o lo más pronto que es razonablemente posible a partir de entonces.
5. Si tiene otro seguro, someta sus facturas médicas detalladas a la otra compañía primero. Recibirá una hoja de Explicación de Beneficios de pago (EOB) de su otra compañía. **NO** espere hasta que su otra compañía haya tramitado todas sus facturas antes de someter un Youth Soccer Accident Claim Form.
6. Usted puede conectar las facturas detalladas y EOBs de la otra compañía que estén listos en el momento de enviar este formulario.
7. Envíe el Formulario de reclamo a su Asociación Estatal para verificación y la firma autorizada estatal.
8. En el momento de recibir su formulario de reclamación de la asociación estatal, K&K Insurance le enviará un formulario por el que nos acusará recibo de su reclamación. Toda la correspondencia futura relacionada con su reclamo debe orientarse a K&K Insurance en el dirección y número de teléfono indicado en nuestra correspondencia en la que señaló usted recibo de su información.

RECORDATORIOS PRÁCTICOS

1. Cada factura detallada **DEBE** mostrar lo siguiente:
 - El Nombre del Proveedor de Servicios
 - La Dirección del Proveedor
 - El N° de Identificación de Impuestos Federales del Proveedor
 - El N° Telefónico del Proveedor
 - La Fecha del Servicio
 - La Descripción o Códigos (ICD-10) del Diagnóstico
 - La Descripción o Códigos (CPT) del Procedimiento
 - El Cobro por cada Procedimiento
3. Las facturas adicionales que deben ser sometidas en una fecha posterior (después de la sumisión inicial de su reclamo) deben ser enviadas directamente a K&K Insurance, con la siguiente información: Nombre del reclamante, fecha del accidente, y el nombre de la State Youth Soccer Association.
4. Favor de dar tiempo suficiente para tramitar debidamente su reclamo.
5. Favor de responder puntualmente a toda correspondencia que pide información adicional. Es la responsabilidad del Padre / Tutor / Reclamante de solicitar esta información del proveedor de servicio o de su compañía de seguro primario.
6. Una Explicación de Beneficios le será enviada por K&K Insurance.

LAS PREGUNTAS MÁS FRECUENTES

¿QUÉ ES UNA FACTURA DETALLADA?

Una Factura Detallada es un desglose de los procedimientos desempeñados por un proveedor de servicio autorizado; i.e. Hospital, Clínica, Médico, etc..

¿SI NO TENGO UNA FACTURA DETALLADA?

El Padre/Tutor/ debe solicitar esta información del proveedor de servicio. Algunos proveedores envían solamente un estado de saldos adeudados. K&K Insurance, no puede tramitar este cobro sin una factura detallada. De nuevo, solicite esta información del proveedor de servicios. Explique que tiene una Cobertura en Excedente de Accidentes de Fútbol de Jóvenes.

¿PUEDE TRAMITAR ESTE RECLAMO SOLAMENTE CON LA HOJA DE EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS (EOB) DE MI OTRA COMPAÑÍA DE SEGUROS?

No, la Explicación de Beneficios/Pago (EOB) de su otra compañía de seguros no tiene la información completa para poder tramitar este reclamo.

¿SI NO TENGO LA EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS (EOB) DE MI OTRA COMPAÑÍA DE SEGUROS?

El Padre/Tutor debe solicitar la Explicación de Beneficios (EOB) de su otra compañía de seguros.