



1. Por favor de rellenar este formulario
2. Incluye facturas detalladas
3. Envíe todo por correo a HSR  
[SoccerClaims@hsri.com](mailto:SoccerClaims@hsri.com)

HSR Plaza II  
4100 Medical Parkway  
Carrollton, Texas 75007  
Teléfono: (972) 512-5600 Fax: (972) 512-5820  
(877) 477-2976

Número de Póliza: **9906-2983**

Región AYSO #: \_\_\_\_\_

FOR HSR USE ONLY: Claim Company # \_\_\_\_\_ Plan # \_\_\_\_\_ Location # \_\_\_\_\_

### PARTE I – EL REPORTE DE COMPANIA ASEGURADORA

1. Nombre de la Organización (PÓLIZA) American Youth Soccer Organization		2. Dirección de Organización (PÓLIZA) Calle: 12501 S. Isis Avenue Ciudad: Hawthorne Estado: CA Código: 90250	
3. Nombre Asegurado:	4. Numero de Identificación de AYSO	5. Genero _M _H	6. Fecha de Nacimiento _ / _ / _
7. Dirección: (Calle, Ciudad, Estado, Código)		8. Numero de teléfono primario	9. E-Mail:
10. Nombre de los Padres, Dirección y numero de teléfono primario			
11. Fecha/Hora aproximada de Incidente	12. Injuria ocurrió mientras: <input type="checkbox"/> Ensayo <input type="checkbox"/> en Viaje <input type="checkbox"/> Juego <input type="checkbox"/> Otro		
13. Persona Lesionada es miembro activo de AYSO y sirve como: (Por favor de marcar) <input type="checkbox"/> Jugador <input type="checkbox"/> Arbitro <input type="checkbox"/> Trabajador <input type="checkbox"/> Voluntario llevando a cabo tareas durante actividad cubierta <input type="checkbox"/> Pariente en Equipo			
14. Indique que parte de su cuerpo sufrió daño(s) tal como brazo fracturado, pierna rota, etc.			
15. Describa el incidente en detalle completo. Debe ser una lesión causada por el accidente.			

16. ¿El Accidente ocurrió: Por favor de marcar Sí o NO en seguida.

- |   |   |
|---|---|
| A. Durante evento/actividad patrocinado por AYSO?   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| B. Al participar como miembro en equipo durante un juego programado, torneo oficial o sesión de ensayo? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| C. Sirviendo como Gerente de Equipo, Tanteador, Entrenador o Voluntario?                                | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| D. En el local de actividades?  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| E. Viajando sin interrupción directamente de/para su casa y actividad/evento de Compañía Aseguradora?   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

17. Nombre de Supervisor de Actividades/Evento	18. ¿Fue El/Ella testigo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
19. Firma de Comisario de Región de AYSO X	20. Firma de Director de Seguridad de AYSO X
Fecha:	Fecha:

### PARTE II – INFORMA DE ASEGURO ADICIONAL

¿Usted/Cónyuge/Padre(s) esta inscrito en otro plan de a seguridad particular de Salud/Medico? Esta usted inscrito como individuo, empleado, o miembro dependiente en una organización para el mantenimiento de Salud (HMO) o en algún otro plan de atención prepagado similar? Esta usted inscrito/incluido en otro tipo de plan de accidente/salud/enfermedad proveído por su empleador o mediante otro recurso suyo como Cobra? Esta su hijo/hija en un plan de Salud/Medico como dependiente de un matrimonio anterior ordenado en Sentencia de Divorcio?  SI  NO

Si su respuesta es Sí: Nombre de Asegurado de Póliza \_\_\_\_\_ Póliza # \_\_\_\_\_

Nombre de la segunda Aseguradora de Póliza \_\_\_\_\_ Póliza # \_\_\_\_\_

Si existe otro plan de salud/seguro medico, por favor envíe copias de sus Explanation of Benefits con su reclama.

Si no existe otro plan, haga favor de leer y firmar lo siguiente:

Estoy de Acuerdo que si después de algún periodo de tiempo se determina que existe otro plan de salud/seguro medico privado o publico o algo similar, yo reembolsare a Health Special Risk, Inc. o la Compañía Aseguradora AYSO hasta el grado máximo permisible.

Firma de Participante o Padre/s	Testigo	Fecha
---------------------------------	---------	-------

### PARTE III - AUTORIZACIÓN PARA EL PAGO DE BENEFICIOS

Yo autorizo el pago de beneficios a Medico/Proveedor por servicios o tratamientos médicos que se me hayan rendido como se describen en las facturas detalladas incluidas.

Su Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Yo autorizo la entrega de mi historia clínica a cualquier compañía de Aseguro, hospital, medico o persona que me ha atendido/examinado cuando estas se soliciten. Debe incluir toda información respecto a cualquier lesión, cubrimiento de póliza, historia medica, consulta, prescripción o tratamiento. Una copia en foto de esta autorización se considera tan efectiva y valida como el original.

Su Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## DENUNCIA POR FRAUDE

**GENERAL:** Cualquier persona que, con conocimiento de causa, y con la intención de estafar a una compañía aseguradora o a otra persona presenta una solicitud de seguro o una declaración que contenga información esencialmente falsa u oculta, con la intención de engañar, información relacionada con un hecho material, comete un acto de seguro fraudulento.

**ALASKA, ARKANSAS, IDAHO, INDIANA:** Cualquier persona que, con conocimiento de causa y con la intención de dañar, estafar o engañar a una compañía de seguro presenta una demanda con información engañosa, incompleta o falsa será culpable de un delito grave.

**ARIZONA:** Para su protección la ley de Arizona requiere que la siguiente afirmación aparezca en este formulario: Cualquier persona que presente con conocimiento de causa una reclamación fraudulenta o falsa de una pérdida estará sujeta a una multa civil o penal.

**CALIFORNIA:** Para su protección la ley de California requiere que la siguiente afirmación aparezca en este formulario: Cualquier persona que presente, con conocimiento de causa, una reclamación fraudulenta o falsa de una pérdida será culpable de delito y puede estar sujeta a multas o reclusión en una prisión del estado.

**COLORADO:** Es ilegal proveer, con conocimiento de causa, información o hechos engañosos, incompletos o falsos a una compañía aseguradora con el objetivo de defraudar o intentar defraudar a la compañía. La penalización puede incluir encarcelamiento, multas, negación del seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguro o agente de una compañía de seguro que provea, con conocimiento de causa, información o hechos engañosos, incompletos o falsos a un titular de la póliza o solicitante con el objetivo de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o solicitante con respecto a una liquidación o fallo que se abonará a partir de los procedimientos del seguro serán informados a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

**DELAWARE:** Cualquier persona que, con conocimiento de causa, y con la intención de dañar, defraudar o engañar a algún asegurado presenta una solicitud de seguro que contenga información engañosa, incompleta o falsa será culpable de un delito grave.

**RESIDENTES DEL DISTRITO DE COLUMBIA:** ADVERTENCIA: Constituye un delito proveer información engañosa o falsa a un asegurado con el objetivo de defraudar al asegurado o a cualquier otra persona. Las penalidades incluyen encarcelamiento y/o multas. Además, la aseguradora puede negar los beneficios del seguro si el solicitante proveyó información falsa esencialmente relacionada con la demanda.

**FLORIDA:** Cualquier persona que, con conocimiento de causa, y con la intención de causar daño, defraudar o engañar a un asegurado presenta una demanda o una solicitud que contenga información engañosa, incompleta o falsa será culpable de delito grave de tercer grado.

**KENTUCKY:** Cualquier persona que, con conocimiento de causa y con la intención de defraudar a una compañía aseguradora u a otra persona presenta una demanda que contenga información esencialmente falsa u oculte, con el objetivo de engañar, información relacionada con algún hecho material comete, de este modo, un acto de seguro fraudulento, lo cual es un delito.

**MARYLAND:** Cualquier persona que, con conocimiento de causa y con la intención de defraudar a una compañía aseguradora u a otra persona: (1) presenta una solicitud de seguro o una demanda que contenga información esencialmente falsa; u (2) oculta, con la intención de engañar, información relacionada de manera esencial con algún hecho, comete, de este modo, un acto de seguro fraudulento.

**MINNESOTA:** Una persona que presenta una demanda con la intención de defraudar o ayuda a cometer un fraude contra un asegurado será culpable de delito.

**NEW HAMPSHIRE:** Cualquier persona que, con intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía aseguradora, presenta una demanda que contenga información engañosa, incompleta o falsa estará sujeta a acusación y castigo por fraude de seguro, según se especifica en RSA 638:20.

**NEW JERSEY:** Cualquier persona que con conocimiento de causa presenta una demanda que contenga información engañosa o falsa estará sujeta a multas civiles o penales.

**NEW MEXICO:** Cualquier persona que, con conocimiento de causa, presenta una demanda fraudulenta o falsa por el pago de una pérdida o presenta, con conocimiento de causa, información falsa en una solicitud de seguro será culpable de delito y podrá estar sujeto a sanciones penales o civiles.

**NEW YORK:** Cualquier persona que, con conocimiento de causa, y con la intención de defraudar a una compañía de seguro o a otra persona presenta una solicitud de seguro o una demanda que contenga información esencialmente falsa, u oculta con la intención de engañar, información relacionada con cualquier hecho material, comete, de este modo, un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y podrá estar sujeto a una sanción civil que no excederá los cinco mil dólares y el valor establecido de la demanda para tal violación.

**OHIO:** Cualquier persona que, con la intención de defraudar o con conocimiento de que está facilitando un fraude contra un asegurado, presente una solicitud o una demanda que contenga una declaración engañosa o falsa serán culpables de fraude de seguro.

**OREGON:** Cualquier persona que, con conocimiento de causa y con la intención de defraudar a una compañía aseguradora u a otra persona: (1) presenta una solicitud de seguro o una demanda que contenga información esencialmente falsa; u (2) oculta, con la intención de engañar, información relacionada de manera esencial con algún hecho, puede haber cometido un acto de seguro fraudulento.

**PENNSYLVANIA:** Cualquier persona que con conocimiento de causa y con la intención de defraudar a una compañía aseguradora u a otra persona presenta una solicitud de seguro o una demanda que contenga información esencialmente falsa u omite, con la intención de engañar, información relacionada con un hecho material, comete, de este modo, un acto fraudulento, que es un crimen y la persona estará sujeta a sanciones penales y civiles.

**TENNESSEE:** Constituye un delito proveer, con conocimiento de causa, información engañosa, incompleta o falsa a una compañía aseguradora con el objetivo de defraudar a la compañía. Las penalidades incluyen encarcelamiento, multas o la negación de los beneficios del seguro.

**TEXAS:** Cualquier persona que presente, con conocimiento de causa, una demanda fraudulenta o falsa de una pérdida será culpable de delito y puede estar sujeto a multas o reclusión en una prisión del estado.

**VIRGINIA:** Cualquier persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra un asegurado, presenta una solicitud o una demanda que contenga información engañosa o falsa puede haber violado la ley estatal. HSR 20070508 AYSO

# American Youth Soccer Organization (AYSO)

Instrucciones y comentarios para rellenar un reclama.

## SU FORMULARIO DE RECLAMA

1. Por favor rellene este formulario. Debe someterse entre el periodo de 90 días de la fecha de la injuria. Es de mucha importancia que rellene la sección “**ASEGURO ADDICIONAL**” y marque Si o No en la caja y firma su nombre en la línea dando autorización para comunicación entre **HSR** y los médicos/hospitales acerca su reclama de seguro.

**La razón que mas tarda el pago de un relame es formularios incompletos.**

2. El formulario de reclame debe ser firmado por un Comisario Regional de AYSO y un Director de Seguridad de AYSO.
3. Solo un formulario por cada accidente debe someterse.
4. Al rellenar todo, sírvase hacer una copia para su uso propio y envíe el original a **HSR** a la dirección al pie de la pagina.
5. **NO SUPONGA** que alguien más enviara este formulario por usted.

## SUS FACTURAS

1. Avise a todos los médicos/hospitales acerca de esta cobertura para que envíen todos las facturas o cobros en detalle a **HSR**.
2. Si fue atendido por un medico y hospital, y no estaban al tanto de su cobertura, por favor envíe por correo todo sus facturas en detalle a **HSR** a la dirección al pie de la pagina.
3. Todos los cobros deben incluir el nombre del medico/hospital, la dirección entera de correo, numero de teléfono, la fecha que fue atendido, la razón por cual fue atendido por el medico y gastos que usted haya incurrido.
4. En el caso que esta información no este incluida en las facturas en detalle, se nos hará necesario comunicarnos con el medico/hospital para solicitar los detalles de su factura y esto retrasara su reclama. Declaraciones de “Balance Due” no contienen lo suficiente información para llevar a cabo su reclama y retrasara mas el proceso.

## ASEGURO EN EXCESO

1. Esta póliza provee cobertura basada en secundaria/en exceso. Si usted tiene otro Seguro primario debe enviar sus cobros a esa.
2. **HSR** considera los beneficios después que su seguro primario procesa su reclama.
3. **HSR** requiere una copia de **Explanation of Benefits (EOB)** del seguro primario con explicaciones de lo que se pago o se negó y las razones porque no se pagaron.
4. Sin los **Explanation of Benefits** del seguro primario, **HSR** no podrá considerar su reclama.

Si tiene preguntas, por favor llame a AYSO NSTC a (800) 872-2976 o por correo electrónico a [insurance@ayso.org](mailto:insurance@ayso.org).

**Health Special Risk, Inc.**  
**4100 Medical Parkway**  
**Carrollton, TX 75007**