CAL SOUTH FÚTBOL JUVENIL
Formulario de reclamo de seguro por accidente registrado
Nombre del grupo: California State Soccer Association – South
Seguro # SRG 0009137627-B Efectivo # 7/1/2018 – 6/30/2019

SECCIÓN A – INFORMACIÓN GENERAL (DEBE COMPLETARSE EN SU TOTALIDAD)

NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMPLETA EL FORMULARIO EN EL CASO DE MENORES: (Nombre en imprenta debajo) Usted es el (Marque una): Padre /Tutor

NOMBRE DE LA PERSONA LESIONADA: Apellido, Nombre, Inicial | **Fecha de nacimiento Masculino • Femenino •** / / | **SSN/VISA/GREEN CARD** / /

DIRECCIÓN (Dirección de la calle, PO Box, Ciudad, Estado, Código postal)

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO/ NÚMERO DE TELÉFONO

NATURALEZA DE LA LESIÓN (Describa cómo ocurrió la lesión y la parte del cuerpo lesionada)

FECHA de la LESIÓN: / /

DESCRIBA **DÓNDE** OCURRIÓ EL ACCIDENTE: **Práctica • Juego • Torneo • Campamento/Clínica •**
Nombre del Campo/Ubicación: _____ **"Amistoso" •**

Nombre del torneo/Ubicación: _____

Al momento del accidente, ¿la persona lesionada se encontraba realizando una actividad cubierta por la jurisdicción de la Organización (beneficiario del seguro)? Sí • No • **Nombre del supervisor de la actividad:**

¿Fue testigo de la lesión? Sí • No •

SECCIóN B – SEGURO PRIMARIO (DEBE COMPLETARSE EN SU TOTALIDAD Y SER FIRMADO POR TODAS LAS PARTES)

¿Se encuentra la Persona Lesionada bajo la cobertura de cualquier otro plan de seguro por accidente o de salud? **Sí •** **No •** De contestar que **Sí,** brinde la siguiente información:
Nombre de otra compañía de seguros: **Dirección:** **Seguro #:** **Nombre del beneficiario del seguro:**

Nombre del empleador **(Calle)** **(Ciudad)** **(Estado)** **(Código postal)**

Código de área/Número de teléfono del empleador ( )

Nombre del padre o Tutor masculino: **SSN/VISA/GREEEN CARD #:**
Lugar de trabajo: **Dirección del empleador (Si es diferente del anterior):**
Teléfono del empleador: ( )

Nombre de la madre o Tutor femenino: **SSN/VISA/GREEEN CARD #:**
Lugar de trabajo: **Dirección del empleador (Si es diferente del anterior):**
Teléfono del empleador: ( )

SECCIÓN C – VERIFICACIÓN DE MIEMBRO AFILIADO (DEBE COMPLETARLO EL CLUB CAL SOUTH/ENTRENADOR DE LA LIGA Y EL PRESIDENTE

ID DEL MIEMBRO AFILIADO (3 dígitos) **#:** ____ **ID DEL JUGADOR#:** **TIPO DE JUEGO: Competitivo •**
Campamento/Clínica •
CLUB DEL AFILIADO/NOMBRE DE LA LIGA: **Recreativo/De autor •**

Por el presente autorizamos que el reclamante es un jugador debidamente registrado en Cal South, y que la lesion ocurrió durante un evento Cal South sancionado.

Firma del entrenador del reclamante lesionado de Cal South y fecha:	**Firma del Presidente de Miembros Afiliados de Cal South y fecha:**

POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ARRIBA SUMINISTRADA ES VERDADERA Y CORRECTA A MI LEAL SABER Y ENTENDER.

California: Para su protección, la ley de California requiere que lo que sigue a continuación se incluya en este formulario: Toda persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede ser sujeto a sanciones y sentenciado a prisión en una prisión estatal.

AUTORIZACIÓN Y CESIÓN DE BENEFICIOS

Yo, el abajo firmante, autorizo a cualquier hospital o institución de cuidados médicos, a médicos u otros profesionales de la salud, de farmacia, organización de seguros de apoyo, agencia gubernamental, grupo titular de un seguro de una agencia gubernamental, compañía de seguros, asociación, empleado o administrador de un plan de beneficios, a proporcionar a la compañía de seguros arriba mencionada o a sus representantes, cualquier y toda información con respecto a cualquier lesión o enfermedad padecida, la historia médica, o cualquier consulta, receta o tratamiento brindado a la persona cuya muerte, lesión, enfermedad o pérdida sea la base de un reclamo, y copias de todos los informes médicos o del hospital, incluyendo información relacionada con enfermedades mentales y uso de drogas y alcohol, para determinar la elegibilidad para el pago de beneficios bajo el Número de Seguro arriba identificado. Autorizo al grupo beneficiario del seguro, empleado o administrador del plan de beneficio, a brindar a la Compañía de Seguros arriba mencionada, información financiera y relacionada al empleo. Comprendo que esta autorización es válida por el término de la cobertura del Seguro indicado anteriormente, y que se considerará válida como si fuera original, a una copia de esta autorización. Comprendo que yo o un representante autorizado puede solicitar una copia de esta autorización

Autorizo al pago de los beneficios médicos al médico o prestador por el servicio brindado ☐ Sí ☐ NO

X Firma del Reclamante o del Representante autorizado del Reclamante	**Fecha**

Remitir el formulario Departamento de reclamos de salud y P.O. Box 25987 Shawnee Mission, KS 66225-5987
Teléfono: (800) 551-0824 Fax: (866) 893-8574 Email:A&Hclaimssubmissions@aig.com