



South Texas Youth Soccer Association

15209 Hwy. 290 E
Manor, TX 78653
(512) 272-4553
FAX (512) 272-5167
www.stxsoccer.org

Estimado Jugador Registrado con STYSA, Padre o Guardián,

Esta carta resume los pasos a seguir para presentar una reclamación médica por una lesión sufrida mientras jugaba el fútbol. Si tiene alguna pregunta mientras llena la forma, favor de contactar la oficina de STYSA llamando al número que aparece en la parte superior de esta hoja.

Si usted va a presentar una reclamación por una lesión que ocurrió antes del 1 de Septiembre del 2009, favor de contactar la oficina de STYSA para recibir la hoja de reclamación correcta.

Debajo encontrará las instrucciones para llenar las formas de *Pullen Insurance Company*

1. Complete el formulario de *Pullen Insurance Company* en un plazo de 90 días de haber sufrido la lesión.
2. Incluya todas las facturas detalladas.
3. Esta primera hoja debe estar firmada por el Comisario de Seguros de la Asociación Local del demandante (*Home Association Insurance Commissioner*).
Si la primera hoja no está firmada por el Comisario de Seguros de su asociación, la reclamación completa será devuelta a los padres.
Un listado actualizado de los Comisarios de Seguros de las Asociaciones se puede encontrar en la página web de STYSA www.stxsoccer.org, oprima en organizaciones de miembro, y encuentre la asociación correcta.
4. Envíe por correo esta hoja de instrucciones junto con la hoja de reclamación llena a la oficina de STYSA. No envíe por correo ninguno de estos formularios a la compañía de aseguranza directamente.

Verificación del Comisario de Seguros de la Asociación		
Nombre de la Asociación:		
Nombre del Club:		
Nombre del Jugador:	Fecha de Nacimiento:	ID # del Jugador:
Firma del Comisario de Seguros de su Asociación:		
Fecha:		



2560 ROVER PARK PLAZA, SUITE 300
FORT WORTH, TEXAS 76116
(866) 738-6100 FAX (817) 738-2993
PULLENINS.COM

SOUTH TEXAS YOUTH SOCCER ASSOCIATION ACCIDENT MEDICAL CLAIM FORM

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 periodo de 30 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. You may attach itemized bills and your other carrier's EOBs that are ready at the time of submitting this Claim Form.
7. Envíe el Formulario de reclamo a su Asociación Estatal para verificación y la firma autorizada estatal. **NO ENVÍE EL FORMULARIO DE RECLAMO DIRECTAMENTE A PULLEN INSURANCE SERVICES.**
8. En el momento de recibir el formulario de reclamo de su Asociación Estatal, le enviaremos un formulario en el cual acusamos recibo de su reclamo. Toda correspondencia futura que tiene que ver con su reclamo deberá ser dirigida a la compañía K&K Insurance la cual es el pagador de reclamos para Nationwide Life Insurance Company, en la dirección y al número de teléfono indicado en nuestra correspondencia en la cual le señalamos recibo de su información.

RECORDATORIOS PRÁCTICOS

1. Hay un deducible de \$1,000 por cada accidente cubierto durante el año de la póliza del 1.9.09 hasta el 1.9.10. En adición, cada reclamo es sujeto a la aplicación de una estipulación de un co-seguro proporcional de 70/30 con un límite en cuanto a terapia física de \$50 cada visita con un máximo total de \$2,000.
2. 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-9) 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 de parte de Nationwide Life Insurance Company.

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. El pagador de reclamos, 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.



2560 ROVER PARK PLAZA, SUITE 300
 FORT WORTH, TEXAS 76116
 (866) 738-6100 FAX (817) 738-2993
 PULLENINS.COM

Nº DE PÓLIZA: SPX 37028-00

POLICY YEAR: 9/1/09 – 9/1/10

IMPORTANTE
 ESTE FORMULARIO DE RECLAMO DEBE SER ENVIADO A SU
 ASOCIACIÓN ESTATAL INDICADO ABAJO:
 South Texas Youth Soccer Association
 16209 Highway 290 East
 Manor, Texas 79653

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

1. Nombre:(APELLIDO/S) _____ (NOMBRE) _____ (SEGUNDO NOMBRE) _____
2. Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ 3. Sexo: Masculino Femenino
4. Dirección Particular: (CALLE) _____
 (CIUDAD) _____ (ESTADO) _____ (CÓDIGO POSTAL) _____
5. Tipo de Reclamante: Jugador Entrenador/Entrenador Adjunto Otro: _____
6. Fecha del Accidente: ____ / ____ / ____
7. Descripción de la lesión (indique IZQUIERDO o DERECHO; por ejemplo. Pierna izquierda): _____
8. 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
9. Describa como y donde ocurrió el accidente: _____
10. Nombre del campo/facilidad donde ocurrió el accidente: _____

SECCIÓN II INFORMACIÓN ESTADÍSTICA

1. Nombre del asociación o liga local: _____
2. Nombre del club (si se aplica): _____ 3. Nombre del equipo: _____
4. División de edad: (U-12, U-10, etcétera): _____ 5. Competitivo Recreativo
6. Hora: Mañana Tarde Noche Fuera de Horas
7. Lugar: En el Campo Zona que rodea el área del Campo Área de los Espectadores Otro
8. Disposición: Cuidado In Situ Ambulancia Transporte Personal Cuidado
 Rehusado Solamente
9. Superficie: Tierra Hierba Hierba Artificial Otro
 (favor de indicar)
10. Condición de la Superficie: Seca Mojada Cubierta de Hielo Irregular
11. Posición: Portero Delantero Defensa Otro
 (favor de indicar)
12. Actividad: Corriendo con la pelota Corriendo sin la pelota Defensa Otro
 (favor de indicar)
13. Situación: Golpeado por la pelota Colisión con un Participante Lesión sin contacto Otro
 (favor de indicar)

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



2560 ROVER PARK PLAZA, SUITE 300
 FORT WORTH, TEXAS 76116
 (866) 738-6100 FAX (817) 738-2993
 PULLENINS.COM

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: _____
Código Postal: (_____) _____ - _____	Código Postal: (_____) _____ - _____
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 VERIFICACIÓN/AUTORIZACIÓN PARA HACER PÚBLICO LA INFORMACIÓN

Cualquier persona que a sabiendas y con el objeto de defraudar cualquier compañía de seguros u otra persona que somete una solicitud de seguros o una declaración de reclamo que contiene cualquier información que es materialmente falsa, o que oculta, para el propósito de engañar, información con respecto a cualquier hecho material a ello, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual es un crimen, y, en adición será sujeto a una pena sustancial civil donde y al grado permitido por la ley del estado.

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 Nationwide Life Insurance Company 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