Procedimiento de Reclamo

1. El participante (o su custodio legal si es menor de 18 años) debe llenar este formulario en su totalidad o la Asociación Estatal U.S.A.S.A. se lo puede devolver.
2. **No se demore en presentar este formulario de reclamo.** Éste tendrá que ser recibido, con o sin adjuntos, antes de transcurrir 90 días de la fecha del accidente, o se podrán negar los beneficios por no presentar el reclamo a tiempo.
3. Una vez que se ha llenado el formulario de reclamo, adjunte cualquier factura con la correspondiente explicación de los beneficios que ha recibido del seguro principal hasta el momento. El formulario completo tendrá que ser enviado a la oficina de su Asociación Estatal U.S.A.S.A. para su convalidación.
4. Una vez que la Asociación Estatal U.S.A.S.A. ha convalidado su reclamo, ellos lo enviarán a la compañía de seguros. Ud. recibirá notificación por escrito de la compañía de seguros del recibo de su reclamo. Ud. puede escribirle directamente por correo a la compañía de seguros.

1. Complete Este Formulario
2. Adjunte Todas las Facturas
3. Envíe Por Correo A: TSSAS Administrator
   Frank Allcorn
   10104 Murmuring Creek Drive
   Austin, TX 78736

SOCCER
AMATEUR DIVISION

U.S.A.S.A.
Special Risk
ACCIDENT CLAIM FORM
(Por favor escriba a máquina o en letra imprenta)

Si no se completan las partes A y B en su totalidad, Este Reclamo no puede ser procesado y le será devuelto.

Parte A - Esta Parte DEBE ser completada, fechada y firmada por la persona lesionada - o por sus padres o custodios si la persona lesionada es menor de 18 años o dependiente de cualquier otra forma.

1. Nombre de la persona lesionada (Asegurado): *(Nombre,Inicial,Apellido)*	1a. Fecha del Accidente: Mes Día Año
2. Dirección Completa: *(Calle)* *(Ciudad)* *(Estado)* *Código Postal (Zip)*	
3. Código de área / Teléfono de Casa:	3a. Código de área / Teléfono de Trabajo:
4. Número de Seguridad Social:	5. Fecha de nacimiento: Mes Día Año
6. ☐ Hombre ☐ Mujer	6a. ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Estudiante a tiempo completo

7. ¿Está inscrito actualmente en algún plan de seguro de salud? ☐ SI ☐ NO
   Si su respuesta es SI, tendrá que enviar primero todas las facturas a ese seguro para su consideración. Si su respuesta es NO, véanse las líneas 7a y 7b.
   7a. Si Ud. no está inscrito en ningún plan de seguro de salud, nosotros requerimos verificación por escrito de su patrón de empleo o del patrón de empleo de su cónjuge (en caso de aplicarse), o de la Oficina del Tesorero si Ud. es estudiante a tiempo completo.
   7b. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento por esta condición o alguna semejante? ☐ SI ☐ NO
   Si su respuesta es SI, última fecha en que recibió tratamiento: _____
   7c. Si Ud. es auto-empleado o está desempleado y no tiene cobertura bajo ningun plan de seguro de salud, por favor firme a continuación:
   7d. Firma: _____

PARTE B - Esta Parte DEBE ser completada y luego firmada por un funcionario de su organización local.

1. Nombre del Equipo
2. Nombre de la Liga
3. La lesión ocurrió durante: ☐ Evento ☐ Práctica ☐ Viaje ☐ Juego
   3a. Nombre del evento:
   3b. La lesión ocurrió en: ☐ Campo techado ☐ Campo al aire libre
4. Describa cómo sucedió el accidente
5. Tipo de lesión
6. Nombre y número de teléfono del entrenador, administrador o árbitro presente al momento del accidente.
7. Firma: _____ Fecha _____

Autorización

Prescindo de cualquier provisión de la ley al contrario y por la presente autorizo a K&K Insurance Group, Inc. o a sus representantes de proveer a cualquier hospital, médico, o a otra persona que me ha atendido, y a mi asegurador, toda la información con respecto a la lesión accidental para la cual estoy reclamando beneficios de seguro.

Prescindo de cualquier provisión de la ley al contrario y por la presente autorizo a cualquier hospital, médico, o a otra persona que me ha atendido, y a mi asegurador o a mi patrón, de proveer a K&K Insurance Group, Inc. o a sus representantes, toda la informacion con respecto a cualquier enfermedad u lesión, historia médica, consultacion, recta, o tratamientos, y copias de todos los registros de hospital o de seguro incluyendo pero no limitado a, información con respecto a otras coberturas de seguro. Acuerdo que una fotocopia de esta autorización sera considerada tan eficaz como el original.

(los párrafos ya citados se usan para facilitar nuestro conseguimiento y proveimiento de la propia información necesaria para tramiter su reclamo prontamente.)

X _____ _____
Firma del Asegurado Nombre en letra imprenta Fecha

Autorización a Pagar Beneficios al Proveedor: Yo autorizo el pago de los beneficios médicos directamente al Doctor o al proveedor de servicios cuyo nombre se adjunta.

X _____ _____
Firma del Asegurado Nombre en letra imprenta Fecha

X _____ _____
Firma de Convalidación de la Asociación Estatal Nombre en letra imprenta Fecha

RECLAMOS ADMINISTRADOS POR K & K INSURANCE GROUP
A cargo de: FUNCIONARIO DE VERIFICACIÓN DE SU ASOCIACIÓN ESTATAL