



Call 800-557-6794
MultiPlan for Facilities Referral



HSR Plaza
4100 Medical Parkway
Carrollton, Texas 75007
Phone: (972) 492-6474 Fax: (972) 492-4946



Número de Póliza: 9906-2983

Región AYSO #: _____

1. POR FAVOR COMPLETE ESTE FORMULARIO
2. ADJUNTE FACTURAS DETALLADAS
3. ENVIAR CORREO ELECTRÓNICO A claims@hsri.com

PARTE I – INFORME DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

1. NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN (TITULAR DE LA PÓLIZA) Organización Americana de Fútbol Juvenil		2. DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA Calle: 12501 S. Isis Avenue Ciudad: Hawthorne Estado: CA Código Postal: 90250			
3. NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA:		4. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE AYSO		5. SEXO __F__M	6. FECHA DE NACIMIENTO __/__/__
7. DIRECCIÓN DE LA PERSONA ASEGURADA: Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____					
8. NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO TELEFÓNICO DE LOS PADRES (INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA)					
9. FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE		10. LESIÓN QUE TUVO LUGAR: <input type="checkbox"/> PRÁCTICA <input type="checkbox"/> VIAJE <input type="checkbox"/> JUEGO <input type="checkbox"/> OTRO			
11. LA PERSONA LESIONADA ERA MIEMBRO DE AYSO (COLOCAR UN TIC EN UNA DE LAS CASILLAS) <input type="checkbox"/> JUGADOR <input type="checkbox"/> DIRECTOR TÉCNICO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> GERENTE DEL EQUIPO <input type="checkbox"/> MIEMBRO DEL EQUIPO <input type="checkbox"/> ARQUERO <input type="checkbox"/> ÁRBITRO <input type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> GERENTE DEL EQUIPO <input type="checkbox"/> ENTRENADOR O <input type="checkbox"/> VOLUNTARIO, QUE LLEVABA A CABO SUS DEBERES DURANTE UNA ACTIVIDAD CON COBERTURA					
14. NATURALEZA DE LA LESIÓN (INDICAR PARTE DEL CUERPO DAÑADA – POR EJEMPLO BRAZO QUEBRADO, ESGUINCE DE TOBILLO, ETC.)					
15. DESCRIBA COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE – INCLUYA TODOS LOS DETALLES POSIBLES – DEBE SER UNA LESIÓN FÍSICA POR CAUSA DE UN ACCIDENTE					

16. ¿EL ACCIDENTE OCURRIÓ (HACER UN CÍRCULO A SÍ O NO) A CADA UNO DE LOS SIGUIENTES:

A. Durante un evento/actividad auspiciada por AYSO?	SÍ NO
B. Mientras participaba como miembro del equipo en un juego programado, torneo oficial o una práctica?	SÍ NO
C. ¿Mientras se desempeñaba como gerente del equipo, arquero, entrenador o voluntario?	SÍ NO
D. ¿En una actividad en las instalaciones?	SÍ NO
E. ¿Mientras viajaba de manera directa e ininterrumpida desde o hacia el hogar y a una actividad/evento del titular de la póliza?	SÍ NO

17. NOMBRE DEL SUPERVISOR DE LA ACTIVIDAD/EVENTO	18. ¿FUE EL/ELLA TESTIGO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
19. FIRMA DEL COMISIONADO REGIONAL DE AYSO X _____ FECHA: _____	20. FIRMA DEL DIRECTOR DE SEGURIDAD DE AYSO X _____ FECHA: _____

PARTE II – OTRO INFORME DEL SEGURO

¿Usted/su cónyuge/su padre poseen un plan de atención de la salud/médico o está el Solicitante registrado como individuo, empleado o miembro dependiente en una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) o en un plan de atención de la salud prepago similar, o cualquier otro tipo de plan de cobertura por accidente/salud/enfermedad a través de su empleador u otro recurso suyo o tiene su hijo/hija una cobertura de atención de la salud como dependiente de un matrimonio anterior según se ordena en una sentencia de divorcio? SÍ NO

Si la respuesta es Sí: Nombre de la compañía aseguradora _____ Póliza # _____
Nombre de la segunda compañía aseguradora _____ Póliza # _____

SI EXISTIESE OTRO PLAN DE ATENCIÓN DE LA SALUD O SEGURO, POR FAVOR ENTREGUE COPIAS con su EXPLICACIÓN DE LOS BENEFICIOS junto con su reclamación.

SI NO EXISTIESE OTRO PLAN DE ATENCIÓN DE LA SALUD o SEGURO, FOR FAVOR LEA Y FIRME ABAJO:

Acuerdo que si se determina en una fecha posterior que existe un seguro (o similar), se deberá rembolsar a **HEALTH SPECIAL RISK, INC.**, o a la compañía aseguradora hasta el monto que pueda cobrarse.

FIRMA DEL PARTICIPANTE O PADRE	TESTIGO	FECHA
X _____	_____	_____

AUTORIZACIÓN A PAGAR BENEFICIOS AL PROVEEDOR

Autorizo el pago de servicios médicos al médico o proveedor por los servicios que se describen en declaraciones en sobre adjunto.

FIRMA _____ FECHA _____

Por el presente autorizo a cualquier compañía aseguradora, hospital, médico u otra persona que haya asistido o examinado al Solicitante a revelar, cuando así se solicite, toda información con respecto a cualquier lesión, política de cobertura, historia médica, consulta, prescripción o tratamiento y copias de todos los expedientes médicos u hospitalarios. Una copia en foto de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.

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