



## NORTH TEXAS STATE SOCCER ASSOCIATION FORMULARIO DE RECLAMO MÉDICO DE ACCIDENTE

### 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 presencié 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 período de 90 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. Usted puede conectar las facturas detalladas y EOBs de la otra compañía que estén listos en el momento de enviar este formulario.
7. Envíe el Formulario de reclamo a su Asociación Estatal para verificación y la firma autorizada estatal.
8. En el momento de recibir su formulario de reclamación de la asociación estatal, K&K Insurance le enviará un formulario por el que nos acusará recibo de su reclamación. Toda la correspondencia futura relacionada con su reclamo debe orientarse a K&K Insurance en el dirección y número de teléfono indicado en nuestra correspondencia en la que señaló usted recibo de su información.

### RECORDATORIOS PRÁCTICOS

1. Hay un deducible de \$500 por cada accidente cubierto durante el año de la póliza del 9/1/18 hasta el 9/1/19. En adición, cada reclamo es sujeto a la aplicación de una estipulación de un co-seguro proporcional de 80/20 con un límite en cuanto a terapia física de \$50 cada visita con un máximo total de \$2,000. Incumplimiento de la normativa de su cobertura de atención médica primaria resultará en una reducción del beneficio de gastos elegibles al 50% de la cantidad a pagar de otro modo.
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-10) 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.

### 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. 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.



**Nº DE PÓLIZA:**  
BAX-301634-00

**POLICY YEAR:** 9/1/18 – 9/1/19

**IMPORTANTE**  
ESTE FORMULARIO DE RECLAMO DEBE SER ENVIADO A SU  
ASOCIACIÓN ESTATAL INDICADO ABAJO:  
North Texas State Soccer Association  
3803 Parkwood Boulevard, Suite 200  
Frisco, Texas 75034

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

- Nombre:(APELLIDO/S) \_\_\_\_\_ (NOMBRE) \_\_\_\_\_ (SEGUNDO NOMBRE) \_\_\_\_\_
- Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- Sexo:  Masculino  Femenino
- Dirección Particular: (CALLE) \_\_\_\_\_  
(CIUDAD) \_\_\_\_\_ (ESTADO) \_\_\_\_\_ (CÓDIGO POSTAL) \_\_\_\_\_
- Tipo de Reclamante:  Jugador  Entrenador/Entrenador Adjunto  Otro: \_\_\_\_\_
- Fecha del Accidente: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- Descripción de la lesión (indique IZQUIERDO o DERECHO; por ejemplo. Pierna izquierda): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 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
- Describir cómo se sostuvo lesiones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Nombre del campo/facilidad donde ocurrió el accidente: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN II INFORMACIÓN ESTADÍSTICA**

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

**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



**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: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono particular: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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 CERTIFICACIÓN/AUTORIZACIÓN PARA HACER PÚBLICO LA INFORMACIÓN**

Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede ser sujeta a multas y reclusión en la prisión estatal.

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 K&K Insurance 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  
Administrador de siniestros: K&K Insurance Group  
1-800-237-2917

**APPLICABLE IN ALABAMA**

Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or who knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to restitution fines or confinement in prison, or any combination thereof.

**APPLICABLE IN ALASKA**

A person who knowingly and with intent to injure, defraud, or deceive an insurance company files a claim containing false, incomplete, or misleading information may be prosecuted under state law.

**APPLICABLE IN ARIZONA**

For your protection, Arizona law requires the following statement to appear on this form. Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss is subject to criminal and civil penalties.

**APPLICABLE IN ARKANSAS,  
DELAWARE, KENTUCKY, LOUISIANA,  
MAINE, MICHIGAN, NEW JERSEY,  
NEW MEXICO, NEW YORK, NORTH  
DAKOTA, PENNSYLVANIA, RHODE  
ISLAND, SOUTH DAKOTA,  
TENNESSEE, TEXAS, VIRGINIA, AND  
WEST VIRGINIA**

Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or another person, files a statement of claim containing any materially false information, or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact, material thereto, commits a fraudulent insurance act, which is a crime, subject to criminal prosecution and [NY: substantial] civil penalties. In LA, ME, TN, and VA, insurance benefits may also be denied.

**APPLICABLE IN CALIFORNIA**

For your protection, California law requires the following to appear on this form: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.

**APPLICABLE IN COLORADO**

It is unlawful to knowingly provide false, incomplete, or misleading facts or information to an insurance company for the purpose of defrauding or attempting to defraud the company. Penalties may include imprisonment, fines, denial of insurance, and civil damages. Any insurance company or agent of an insurance company who knowingly provides false, incomplete, or misleading facts or information to a policy holder or claimant for the purpose of defrauding or attempting to

defraud the policy holder or claimant with regard to a settlement or award payable from insurance proceeds shall be reported to the Colorado Division of Insurance within the Department of Regulatory Agencies.

**APPLICABLE IN THE DISTRICT OF COLUMBIA**

Warning: It is a crime to provide false or misleading information to an insurer for the purpose of defrauding the insurer or any other person. Penalties include imprisonment and/or fines. In addition, an insurer may deny insurance benefits, if false information materially related to a claim was provided by the applicant.

**APPLICABLE IN FLORIDA**

Pursuant to S. 817.234, Florida Statutes, any person who, with the intent to injure, defraud, or deceive any insurer or insured, prepares, presents, or causes to be presented a proof of loss or estimate of cost or repair of damaged property in support of a claim under an insurance policy knowing that the proof of loss or estimate of claim or repairs contains any false, incomplete, or misleading information concerning any fact or thing material to the claim commits a felony of the third degree, punishable as provided in S. 775.082, S. 775.083, or S. 775.084, Florida Statutes.

**APPLICABLE IN HAWAII**

For your protection, Hawaii law requires you to be informed that presenting a fraudulent claim for payment of a loss or benefit is a crime punishable by fines or imprisonment, or both.

**APPLICABLE IN IDAHO**

Any person who knowingly and with the intent to injure, defraud, or deceive any insurance company files a statement of claim containing any false, incomplete or misleading information is guilty of a felony.

**APPLICABLE IN INDIANA**

A person who knowingly and with intent to defraud an insurer files a statement of claim containing any false, incomplete, or misleading information commits a felony.

**APPLICABLE IN KANSAS**

Any person who, knowingly and with intent to defraud, presents, causes to be presented or prepares with knowledge or belief that it will be presented to or by an insurer, purported insurer, broker or any agent thereof, any written, electronic, electronic impulse, facsimile, magnetic, oral, or telephonic communication or statement as part of, or in support of, an application for the issuance of, or the rating of an insurance policy for personal

or commercial insurance, or a claim for payment or other benefit pursuant to an insurance policy for commercial or personal insurance which such person knows to contain materially false information concerning any fact material thereto; or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act.

**APPLICABLE IN MARYLAND**

Any person who knowingly or willfully presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or who knowingly or willfully presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.

**APPLICABLE IN MINNESOTA**

A person who files a claim with intent to defraud or helps commit a fraud against an insurer is guilty of a crime.

**APPLICABLE IN NEVADA**

Pursuant to NRS 686A.291, any person who knowingly and willfully files a statement of claim that contains any false, incomplete or misleading information concerning a material fact is guilty of a felony.

**APPLICABLE IN NEW HAMPSHIRE**

Any person who, with purpose to injure, defraud or deceive any insurance company, files a statement of claim containing any false, incomplete or misleading information is subject to prosecution and punishment for insurance fraud, as provided in RSA 638:20.

**APPLICABLE IN OHIO**

Any person who, with intent to defraud or knowing that he/she is facilitating a fraud against an insurer, submits an application or files a claim containing a false or deceptive statement is guilty of insurance fraud.

**APPLICABLE IN OKLAHOMA**

WARNING: Any person who knowingly and with intent to injure, defraud or deceive any insurer, makes any claim for the proceeds of an insurance policy containing any false, incomplete or misleading information is guilty of a felony.

**APPLICABLE IN WASHINGTON**

It is a crime to knowingly provide false, incomplete, or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines and denial of insurance benefits.

FRAUD CLAIMS (2016/04)

**Dear Participant:** If you have an appointment with a doctor as the result of a sport related injury, please show this document to the doctor's insurance secretary. You should be identified as a member of the following preferred provider networks and/or their affiliates.

**Dear Doctor or Provider:** This document indicates that this patient is a participant in the following preferred provider networks and/or their affiliates:

