

X _____ <i>Firma de Convalidación de la Asociación Estatal</i>	_____ <i>Nombre en letra imprenta</i>	_____ <i>Fecha</i>
---	--	-----------------------

**Procedimiento de Reclamo: U.S.A.S.A. SPECIAL RISK ACCIDENT CLAIM FORM** Por favor escriba a máquina o en letra imprenta.

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.

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Complete Este Formulario</li> <li>2. Adjunte Todas las Facturas</li> <li>3. Envíe Por Correo A:<br/>Metropolitan D.C. - Virginia Soccer Association, Inc.<br/>2239-A Tacketts Mill Drive<br/>Woodbridge, Virginia 22192</li> </ol> |
|--|



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

<b>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.</b>				
1. <b>Nombre de la persona lesionada (Asegurado):</b> <i>(Nombre completo de modo de su firma legal)</i>	1a. <b>Fecha del Accidente:</b> Mes    Día    Año			
2. <b>Dirección Completa:</b>	<i>(Calle)</i>	<i>(Ciudad)</i>	<i>(Estado)</i>	<i>Código Postal (Zip)</i>
3. <b>Código de área / Teléfono de Casa:</b>	3a. <b>Código de área / Teléfono de Trabajo:</b>			
4. <b>Número de Seguridad Social:</b>	5. <b>Fecha de nacimiento:</b> Mes    Día    Año			
6. <input type="checkbox"/> <b>Hombre</b> <input type="checkbox"/> <b>Mujer</b>	6a. <input type="checkbox"/> <b>Soltero/a</b> <input type="checkbox"/> <b>Casado/a</b> <input type="checkbox"/> <b>Estudiante a tiempo completo</b>			
<p>7. <b>¿Está inscrito actualmente en algún plan de seguro de salud y/o plan de accidentes de fútbol?</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b>    <input type="checkbox"/> <b>NO</b></p> <p>Nombre de la compañía: _____ Nombre del grupo: _____ Número de la póliza: _____</p> <p>Nombre de la compañía: _____ Nombre del grupo: _____ Número de la póliza: _____</p> <p><i>Si su respuesta es Sí, tendrá que enviar primero todas las facturas a ese seguro para su consideración. Si su respuesta es No, véanse las líneas 7a y 7b.</i></p> <p>7a. <i>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 cónyuge (en caso de aplicarse), o de la Oficina del Tesorero si Ud. es estudiante a tiempo completo.</i></p> <p>7b. <i>Si Ud. es auto-empleado o está desempleado y no tiene cobertura bajo ningún plan de seguro de salud, por favor firme a continuación:</i></p> <p><b>Firma del jugador:</b> _____</p>				

<b>PARTE B - Esta Parte DEBE ser completada y luego firmada por un funcionario de su organización local.</b>	
1. <b>Nombre del Equipo</b>	
2. <b>Nombre de la Liga</b>	
3. <b>La lesión ocurrió durante:</b> <input type="checkbox"/> <b>Evento</b> <input type="checkbox"/> <b>Práctica</b> <input type="checkbox"/> <b>Viaje</b> <input type="checkbox"/> <b>Juego</b>	
3a. <b>Nombre del evento:</b>	
3b. <b>La lesión ocurrió en:</b> <input type="checkbox"/> <b>Campo techado</b> <input type="checkbox"/> <b>Campo al aire libre</b>	
4. <b>Describa cómo sucedió el accidente</b>	
5. <b>Tipo de lesión</b>	
6. <b>Nombre y número de teléfono del entrenador, administrador o árbitro presente al momento del accidente.</b>	
7. <b>Firma del testigo:</b> _____	<b>Fecha</b> _____

**Autorización**

*Prescindo de cualquier provisión de la ley al contrario y por la presente autorizo a The Hartford Life Insurance Company 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 The Hartford Life Insurance Company o a sus representantes, toda la información con respecto a cualquier enfermedad u lesión, historia médica, consultación, receta, 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 será considerada tan eficaz como el original.*

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

X _____ <i>Firma del jugador</i>	_____ <i>Nombre en letra imprenta</i>	_____ <i>Fecha</i>
-------------------------------------	--	-----------------------

