



INSTRUCCIONES PARA PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES DE PÓLIZAS DE ACCIDENTE DE USASA



**Nota: Esta cobertura es ADICIONAL a otros seguros.
Cerciórese de presentar la información de otros seguros (si está disponible) cuando se le solicite.**

1. Le han proporcionado un formulario de reclamación diseñado específicamente para USASA. Sírvase usar solamente este formulario. No demore la presentación de este formulario: debe recibirse con o sin adjuntos dentro de los 90 días posteriores al accidente o podrán denegarse los beneficios debido a su presentación extemporánea.
2. El participante o su tutor legal deben completar y firmar la Parte A.
3. Un funcionario del equipo local o de la organización de USASA debe completar, firmar y fechar la Parte B.
4. Presente los formularios de facturación para el seguro desglosados.* Su proveedor de servicios médicos debe proporcionarle esos formularios, que deben incluir el nombre del paciente, su condición (diagnóstico), tipo de tratamiento y fecha en que se incurrió en los gastos. No se aceptan estados de cuenta con "Saldo a pagar".
5. Si tiene cobertura médica por otra póliza debe presentar las facturas primero a su aseguradora principal y presentar una copia de la declaración de Explicación de beneficios (EOB) de su aseguradora principal a K&K Insurance Group, Inc. /Specialty Benefits (Beneficios especializados). SI TIENE OTRO SEGURO, K&K Insurance Group, Inc. / Specialty Benefits NO PODRÁ PROCESAR SU RECLAMACIÓN SIN LA EOB DE SU ASEGURADORA PRINCIPAL.
6. Luego se debe enviar el formulario de reclamación y los adjuntos a su funcionario de la Asociación estatal de USASA para su validación. El formulario debe estar firmado en la parte superior por el funcionario de verificación del estado para ser presentado a K&K Insurance Group, Inc. / Specialty Benefits.
7. Su funcionario de verificación del estado enviará el FORMULARIO COMPLETADO por correo electrónico, fax o correo postal a:
K&K Insurance Group, Inc. /Specialty Benefits
Attn: Participant Accident Claims
P.O. Box 2338
Fort Wayne, IN 46801
Correo electrónico: KK_PACLAIMS@KANDKINSURANCE.COM
Fax: 312-381-9077
8. Cuando K&K Insurance Group, Inc./Specialty Benefits reciba el formulario completado, usted y su funcionario de verificación estatal recibirán una Carta de Confirmación de Reclamación.
9. DESPUÉS de que reciba su Carta de Confirmación, puede comunicarse con K&K Insurance Group, Inc./Specialty Benefits al 800-237-2917 Opción 1.

**QUESTIONS AND ANSWERS ABOUT
THE PARTICIPANT ACCIDENT INSURANCE (PAI)
AND THE CLAIM FILING PROCESS**

1. If I get injured playing soccer how do I file a claim?

To file a claim you need a claim form filled out completely and sent in to the State Association so they can verify that you are a registered player in an affiliated league in the state. You must use an updated USASA claim form.

2. What should I send with the claim form?

Try to send at least one bill so that it will start the process and be set up as a working claim. Of course you can always send the claim form in right away. Please double check and make sure the claim form is completely filled out and be sure to sign page 3 of the form.

3. Should I use my State Association as my insurance company for the medical providers I see such as the Doctor of hospital?

No! Your State Association is not the insurance company and if you send your bills are sent directly to the State Association it will delay payment of you bills. With the claim form try to send one bill and the State Association will forward it on to the administrator of the insurance for United States Adult Soccer Association who will in turn complete the process.

4. How soon after I send in the form and a bill should I expect to be contacted?

The Claim will be processed within 2 weeks of receipt by the insurance company after the State Association submits claim to the USASA office. Make sure you have followed the process and the claim form is complete.

5. What do I get as acknowledgement from the insurance company?

Within two weeks of the USASA claims administrator receiving the claim form, you will be sent an acknowledgement letter with a description of benefits. Once the person has received this information they then forward all bills directly to the claims administrator at the address provided. The best way to get things taken care of in a timely fashion is to deal directly with the claims administrator after you have a working claim established.

6. Who should I deal with about my claim?

If you have sent in the completed USASA claim form to your State Association so they can verify that you are a registered player; from that point forward you will deal directly with the claims administrator. You will receive correspondence from them instructing you where to send the remaining bills and an explanation of your benefits as well as names and numbers of people you can contact if you have questions or concerns about your claim and a claim number you can use as a reference when contacting them.

7. Is the soccer insurance secondary insurance?

Yes. So when you go to the hospital or doctor you should give your own insurance as the primary insurance and the soccer insurance as secondary insurance. If you do not have any other type of insurance then the soccer insurance does become your primary insurance.

8. Should I contact the insurance company right when I get injured?

No. There is no need to contact the insurance company until you establish a working claim. To establish a working claim you need to fill out an official claim form so the State Association can verify that you are a registered player. Your State Association then forwards the information on to the USASA office which in turn sends the claim on to the claims administrator who then starts a working claim. Part of that process includes contacting you with claim information, a benefit summary and a contact person and address so you can send further bills directly to the USASA claims administrator.

9. Do I need to contact my State Association about my claim?

No. Your State Association is not the insurance company and does not get information about your individual claim. It is best to contact the claims administrator after you have a working claim established for all your claim questions.

10. Is there a time limit to file a claim?

Yes. You have 90 days from the date of the accident to file a claim.

11. Where can I find a claim form?

If for some reason you cannot obtain a claim form from your league or the State Association you can download one from the USASA web page.

Other Helpful information:

Once the completed form is received by K&K Insurance Group, Inc./Specialty Benefits the injured player will be mailed a claims acknowledgement letter within 48 business hours.

After you have received the Acknowledgement Letter, you then may contact K&K Insurance Group, Inc./Specialty Benefits at 1-800-237-2917 Option 1.

K&K Insurance Group

Policy # 36SB204969



UNITED STATES ADULT SOCCER ASSOCIATION (USASA)

7000 S. Harlem Avenue
Bridgeview, IL 60455



Esta declaración tiene como finalidad brindar una descripción general de los beneficios en exceso del plan disponibles en virtud de la Política de Accidentes de Participantes. Comuníquese con el oficial de verificación de su estado para obtener más información.

PERSONA ASEGURADA: Participantes incluidos jugadores, entrenadores, árbitros, entrenadores/jugadores para quienes se ha pagado la prima.

ACTIVIDADES CUBIERTAS Esta póliza cubre lesiones resultantes de un accidente que ocurra durante el periodo de cobertura del deporte para el equipo de la persona asegurada mientras la persona esté participando como miembro de un Equipo en un evento afiliado autorizado por USASA (partido programado, partido de un torneo oficial, sesión de práctica/prueba); o viajando directamente hacia o desde un partido o sesión de práctica en calidad de miembro del equipo.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DEL PLAN DE ACCIDENTES – 2017-2018

Beneficio de gastos médicos por accidente (piezas dentales sanas y naturales únicamente)	beneficio máximo \$5,000
Monto deducible	límite máximo odontológico \$1,000
Beneficio por muerte accidental	\$400 de todos los gastos elegibles
Beneficio por desmembramiento accidental	suma principal \$5,000
Gasto por alojamiento y pensión hospitalaria (pacientes internados)	suma principal \$5,000
Gastos varios hospitalarios (pacientes internados)	máximo \$300 por día
Gastos varios hospitalarios (paciente ambulatorio)	máximo \$1,000 por internación
Atención de emergencia hospitalaria	\$250 por admisión
Honorarios del médico (no quirúrgico)	máximo \$350 por lesión
Honorarios de cirujano (paciente internado o ambulatorio)	límite máximo \$35 por visita, 10 visitas por lesión
Honorarios de cirujano asistente	Permitido al 50% del monto usual, razonable y acostumbrado (UCR, por sus siglas en inglés)
Anestesiista	Permitido al 25% del UCR del cirujano
Gasto por terapia física o quiropráctica	Permitido al 25% del UCR del cirujano
Radiografías (paciente ambulatorio o internado) incluidas imágenes diagnósticas, resonancia magnética, tomografía computarizada o procedimientos similares	máximo \$25 por visita, límite de 15 visitas por lesión
Gasto de ambulancia	máximo \$150 por lesión
Aparatos ortopédicos o férulas necesarios como resultado de una lesión cubierta, NO para prevención de lesiones	máximo \$150 por lesión
	máximo \$400 por lesión

EXCLUSIONES

Exclusiones generales Las siguientes exclusiones se aplican a todos los Beneficios y Anexos aplicables, excepto que se establezca específicamente lo contrario.

1. Lesiones o Siniestros:
 - a. causados por un acto de guerra, declarada o no declarada, civil o internacional, o cualquier conflicto armado sustancial entre fuerzas organizadas de naturaleza militar (que no incluye actos de terrorismo);
 - b. causados mientras el Asegurado esté prestando servicio activo de tiempo completo (más de 31 días) en cualquiera de la Fuerzas Armadas;
 - c. causados por participar en una revuelta o disturbio violento;
 - d. que sean resultado de que Asegurado haya cometido o intentado cometer un delito, o haya realizado cualquier acto ilegal u ocupación ilegal, o cometido o provocado un acto ilegal;
 - e. que sean resultado de que el Asegurado haya estado bajo la influencia de cualquier droga, narcótico, sustancia tóxica o química (excepto que la haya recetado un Médico y se haya tomado de acuerdo con las instrucciones del Médico) de acuerdo a la definición de la ley de la jurisdicción en que sucedió la Lesión Accidental. No es necesaria la condena para determinar que se ha estado "bajo la influencia"; o
 - f. que se ha autoinfligido intencionalmente, incluido el suicidio o intento de suicidio, estando o no en su sano juicio.
2. Una Lesión o Siniestro resultante de un viaje o vuelo (incluidas las instancias de subir, bajar, entrar o salir) en cualquier aeronave con la excepción de que se haga como pasajero que paga un pasaje en una aeronave comercial, o como pasajero en una aeronave contratada como chárter por el Titular de Póliza, siempre y cuando dicha aeronave cuente con un certificado válido y vigente de aeronavegabilidad y sea operada por un piloto licenciado o certificado, y que dicha aeronave se esté utilizando para el exclusivo propósito de transporte y dicho viaje se identifique como Actividad Cubierta en el Programa de Beneficios.
3. Cualquier Accidente en que el Asegurado sea el operador y no posea una licencia vigente y válida de operador de vehículo motorizado (excepto en un Programa de Educación Vial).
4. Un Accidente que ocurra durante: (a) la participación en actividades peligrosas, incluidos deportes de moto de nieve, vehículos todo terreno o rodados similares, moto de agua, caída libre, buceo, buceo libre, aladeltismo, espeleología, puentismo ("bungee"), paracaidismo o escalada de montañas; (b) el viaje, conducción o prueba en un vehículo motorizado utilizado en una carrera o competencia de velocidad, deporte, trabajo de exhibición o prueba de conducción. Para los fines de esta estipulación, Vehículo Motorizado significa cualquier vehículo o medio de transporte autopropulsado, incluidos, entre otros, automóviles, camiones, motocicletas, vehículos todo terreno, carros de golf, patinetes motorizados, cortadoras de césped, equipos pesados de excavación, embarcaciones y motos de agua. Vehículo Motorizado no incluye una silla de ruedas motorizada Necesaria por Razones Médicas, excepto que dicha actividad esté incluida específicamente como Actividad Cubierta en el Programa de Beneficios.
5. Tratamiento, diagnóstico o cuidado preventivo médico o quirúrgico por cualquier Enfermedad, excepto el tratamiento de infección piogénica resultante de una Lesión Accidental o una infección bacteriana resultante de la ingestión Accidental de sustancias contaminadas.
6. Cualquier Disfunción Cardíaca o Circulatoria, sea o no conocida o diagnosticada, excepto que de otra manera se cubra en virtud de la Póliza o excepto que la causa inmediata de dicha disfunción sea un traumatismo externo.

Exclusiones adicionales para el Beneficio de Gastos Médicos por Accidente y cualquier Anexo aplicable.

1. Gastos Incurridos por servicios o tratamientos prestados por un Médico, Enfermero u otro Proveedor que sea empleado o contratado por (a) el Titular de la Póliza, o sus subsidiarias o filiales; (b) el Asegurado o Miembro de la Familia del Asegurado.
2. Gastos Incurridos por cargos que el Asegurado no tendría que pagar si no tuviera seguro o por los que no se aplica cargo alguno.
3. Gastos Incurridos por cargos en exceso de Cargos Razonables.
4. Aquella parte de los gastos médicos pagaderos por cualquier Póliza de seguro del automóvil sin tener en cuenta la culpa.
5. Gastos Incurridos por cualquier tratamiento considerado experimental por la Asociación Médica Americana (American Medical Association, AMA) o la Asociación Odontológica Americana (American Dental Association, ADA).
6. Gastos Incurridos para examen, prescripción, compra o adaptación de lentes, lentes de contacto o audífonos, excepto que la Lesión haya afectado a la visión o audición, o que resulte necesario reemplazar lentes, lentes de contacto o audífonos preexistentes como resultado de una Lesión cubierta.
7. Gastos Incurridos por compra, reparación o reemplazo de dentaduras, puentes, implantes dentales, aparatos de ortodoncia u otros dispositivos odontológicos, coronas, fundas, incrustaciones intracoronarias o extracoronarias, obturaciones u otros tratamientos de dientes o encías, excepto para reparación o reemplazo como resultado de una Lesión hasta el monto Máximo Odontológico indicado en el Programa de Beneficios.
8. Gastos Incurridos por elementos de comodidad o practicidad personal, incluidos, entre otros, cargos telefónicos del hospital, alquileres de televisión o comidas para visitas.
9. Gastos Incurridos por o en conexión con Asistencia de Custodia, excepto que se especifique lo contrario en el Programa de Beneficios.
10. Gastos Incurridos por supervisión de un anestesista.
11. Gastos Incurridos por Equipos Médicos Duraderos en exceso del precio de compra.
12. Gastos Incurridos por reparaciones y reemplazos posteriores de dispositivos prostéticos y de férulas y aparatos ortopédicos.
13. Gastos Incurridos por cualquier afección cubierta por cualquier Ley de Indemnización por Accidentes para Trabajadores (Workers' Compensation Act), Ley de Enfermedad Ocupacional Occupational Disease law) u otra ley similar.

NOTIFICACIÓN ESPECIAL: Esta es solo una referencia muy general sobre la(s) cobertura(s) provistas por la(s) póliza(s) de seguro y no pretende describir todos los diversos detalles relacionados con la póliza de seguro. Las coberturas reales se describen en detalle en la póliza y siempre quedan sujetas a todos los términos, estipulaciones, condiciones y exclusiones contenidos en la misma. No debe basarse solo en este resumen general, sino que debe consultar el texto de la póliza propiamente dicha para obtener una descripción completa y detalles de la cobertura.

Firma del funcionario de verificación de la asociación estatal/Afiliado Nacional:

Fecha:

**PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN: U.S.A.S.A. – FORMULARIO DE RECLAMACIÓN ESPECIAL
POR ACCIDENTE DE RIESGO Imprima o escriba a máquina.**

1. El participante (o tutor legal si es menor de 18 años) debe completar este formulario en su totalidad o podría serle devuelto de parte de la asociación estatal de U.S.A.S.A./Afiliado Nacional.
2. **No se demore en la presentación de este formulario.** Este formulario debe recibirse, con o sin adjuntos, dentro de los 90 días a partir de la fecha del accidente; de lo contrario, los beneficios podrían denegarse debido a una presentación fuera de término. Debe completarse en su totalidad. Responda cada sección.
3. Una vez que haya completado el formulario de reclamación, adjunte todas las facturas detalladas con la correspondiente explicación de beneficios de su aseguradora principal que haya recibido hasta la fecha. El formulario completo debe enviarse a la oficina de la asociación estatal de U.S.A.S.A./Afiliado Nacional para su validación.
4. Una vez que la asociación estatal de U.S.A.S.A. haya validado su reclamación, **la reenviarán a la oficina nacional de U.S.A.S.A.** para su revisión previa y reenvío a la compañía de seguros. La compañía de seguros le informará cualquier dato adicional que pudieran necesitar para procesar su reclamación.



**SPECIALTY
BENEFITS, INC.**
an affiliate of K&K Insurance Group, Inc.



**U.S.A.S.A. -
FORMULARIO DE
RECLAMACIÓN
ESPECIAL POR
ACCIDENTE DE
RIESGO**

1. COMPLETE ESTE FORMULARIO.
2. ADJUNTE TODAS LAS FACTURAS.
3. ENVÍE POR CORREO A: El funcionario de verificación estatal/
Afiliado Nacional indicado más adelante:

**SI LA PARTE A y LA PARTE B NO SE HAN RESPONDIDO POR COMPLETO,
ESTA RECLAMACIÓN NO PUEDE PROCESARSE Y SERÁ DEVUELTA.**

PARTE A – Esta sección DEBE completarse, fecharse y firmarse por parte de la Persona Lesionada o su Tutor en caso de que la Persona Lesionada sea menor de 18 años de edad o sea, de lo contrario, dependiente.

1. Nombre de la Persona Lesionada (Asegurado): *Nombre/Apellido*

1a. Fecha del accidente: *Mes/Día/Año*

2. Dirección postal completa: *Calle/Ciudad/Estado/Código Postal*

3. Teléfono particular, incluido código de área:

3a. Teléfono laboral, incluido código de área:

3b. Dirección de correo electrónico:

4. ¿La persona lesionada es beneficiaria de Medicare/Medicaid? Sí No

4a. En caso afirmativo, proporcione el número de seguro social o el número de ID de salud: _____

5. Fecha de nacimiento: *Mes/Día/Año*

6. Masculino Femenino

6a. Soltero Casado Estudiante de tiempo completo

7. ¿Actualmente está inscrito en algún seguro de salud y/o algún otro plan de accidentes de fútbol? Sí No

En caso afirmativo, en principio debe presentar todas las facturas para su consideración. En caso negativo, diríjase a las líneas 7a y 7b.

Nombre de la empresa: _____ Nombre del grupo: _____ Número de póliza: _____

Nombre de la empresa: _____ Nombre del grupo: _____ Número de póliza: _____

7a. Si no está inscrito en ningún plan de seguro de salud, debe presentar una verificación por escrito de su empleador o del empleador de su cónyuge (si corresponde) o de la oficina del administrador si usted es estudiante universitario de tiempo completo.

7b. Si es trabajador independiente o está desempleado y no tiene ninguna cobertura bajo ningún plan de seguro de salud, firme a continuación.

Firma del Jugador: _____

PARTE B - Esta sección DEBE completarse en su totalidad y firmarse por parte de un funcionario de su organización local.

1. Nombre del equipo:

1a. Nombre de la liga:

2. Asociación estatal/Afiliado Nacional:

Georgia

2a. Región:

III

3. Lesión ocurrida en un/a: Juego Práctica Viaje Otro evento

4. Nombre y tipo de evento:

4a. Lesión ocurrida en: Un campo en interiores Un campo en exteriores

5. Describa cómo ocurrió el accidente (ejemplo: haber sido derribado desde atrás, trastabillé y caí, colisión contra un jugador, etc.):

6. Tipo de lesión (ejemplo: brazo fracturado, esguince de tobillo, tabique fracturado, etc.):

6a. Parte del cuerpo lesionada (ejemplo: tobillo, rodilla, hombro, cabeza, etc.):

7. Nombre y número telefónico del entrenador, administrador o árbitro presente al momento del accidente:

8. *Por el presente, certifico que las declaraciones arriba manifestadas por mí en el presente formulario son verdaderas a mi mejor saber y entender. Estoy al tanto de que si cualquiera de las declaraciones antedichas en este formulario manifestadas por mí fueran deliberadamente falsas, puedo estar sujeto a sanciones, que pueden incluir la acusación ante un tribunal.*

Firma del funcionario de verificación de la Liga: NO

Título: _____

Firma del funcionario de verificación de U.S.A.S.A.: NO

Título: _____

AUTORIZACIÓN

Renuncio a cualquier disposición legal en contrario y por el presente autorizo a K&K Insurance Group, Inc./Specialty Benefits o sus representantes a suministrar a cualquier hospital, médico u otra persona que me hubiese atendido, y a mi aseguradora, toda y cualquier información relativa a la lesión accidental por la cual reclamo beneficios de seguro.

Renuncio a cualquier disposición legal en contrario y por el presente autorizo a cualquier hospital, médico u otra persona que me hubiese atendido y a mi aseguradora o empleador a suministrar a K&K Insurance Group, Inc./Specialty Benefits o sus representantes toda y cualquier información relativa a cualquier enfermedad o lesión, historia clínica, consultas, prescripciones o tratamientos y copias de todos los registros hospitalarios, médicos o del seguro con inclusión, sin limitaciones, de información relativa a otras coberturas de seguro. Acuerdo que una copia de la presente autorización tendrá tanta validez como el original.

Para los residentes de todos los estados, EXCEPTO California, Colorado, Florida, Kentucky, Maine, Maryland, Nueva Jersey, Nueva York, Oregon, Pennsylvania, Puerto Rico, Tennessee, Virginia y Washington: Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro comete un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.

Para los residentes de California: Para su protección, las leyes de California exigen que aparezca lo siguiente en este formulario: Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida comete un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión del estado.

Para los residentes de Colorado: Es ilegal proporcionar a sabiendas información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el fin de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación del seguro y daños civiles. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que a sabiendas proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos a un asegurado o reclamante con el fin de defraudar o intentar defraudar al asegurado o reclamante con respecto a un pago del seguro o indemnización pagadera del producto del seguro será denunciado ante la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

Para los residentes de Florida: Toda persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora presente un escrito de pretensiones o una solicitud con información falsa, incompleta o engañosa comete un delito grave de tercer grado.

Para los residentes de Kentucky: Toda persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona presente un escrito de pretensiones o una solicitud de seguro con información esencialmente falsa, u oculte, con el fin de engañar, información sobre cualquier hecho importante relacionado, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito.

Para los residentes de Maryland: Toda persona que a sabiendas o intencionalmente presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas o intencionalmente presente información falsa en una solicitud de seguro comete un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.

Para los residentes de Maine, Tennessee, Virginia y Washington: Constituye un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a

una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios del seguro.

Para los residentes de Nueva Jersey: Toda persona que a sabiendas presente un escrito de pretensiones con información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles. Toda persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud de una póliza de seguro está sujeta a sanciones civiles y penales.

Para los residentes de Nueva York: Toda persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguro o escrito de pretensiones con información esencialmente falsa, u oculte, con el fin de engañar, información sobre cualquier hecho importante relacionado, comete un acto fraudulento de seguro, que es un delito, y también estará sujeta a una sanción civil que no supere los cinco mil dólares y el valor establecido de la reclamación por dicha violación.

Para los residentes de Oregon: Toda persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguro o escrito de pretensiones con información esencialmente falsa, u oculte, con el fin de engañar, información sobre cualquier hecho importante relacionado, en el cual confió el asegurador, está sujeta a la denegación y/o la reducción del beneficio del seguro y puede estar sujeta a las sanciones civiles disponibles.

Para los residentes de Pennsylvania: Toda persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguro o escrito de pretensiones con información esencialmente falsa, u oculte, con el fin de engañar, información sobre cualquier hecho importante relacionado, comete un acto fraudulento de seguro, que es un delito y supedita a esa persona a sanciones penales y civiles.

Para los residentes de Puerto Rico: Toda persona que a sabiendas y con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro, o presente, ayude o facilite la presentación de una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida o cualquier otro beneficio, o presente más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, comete un delito grave y, ante la condena, será sancionada por cada violación con una multa no menor a los cinco mil dólares (\$5,000) y no más de diez mil dólares (\$10,000), o un período fijo de encarcelamiento de tres (3) años, o ambas sanciones. En caso de haber circunstancias agravantes, la sanción establecida puede incrementarse al máximo de cinco (5) años; en caso de haber circunstancias extenuantes, se puede reducir a un mínimo de dos (2) años.

Por el presente, certifico que las declaraciones arriba manifestadas por mí en el presente formulario son verdaderas a mi mejor saber y entender. Estoy al tanto de que si cualquiera de las declaraciones antedichas en este formulario manifestadas por mí fueran deliberadamente falsas, puedo estar sujeto a sanciones, que pueden incluir la acusación ante un tribunal.

Firma del Jugador:

YES!!

Firma del Entrenador, Administrador o Árbitro:

Fecha:

Fecha:

DESPUÉS de que reciba su carta de ratificación, puede ponerse en contacto con K&K Insurance Group, Inc./Specialty Benefits al 1-800-237-2917, opción 1, si tiene alguna consulta sobre su reclamación.

**K&K Insurance Group, Inc./Specialty Benefits, Attn: PA Claims, P.O. Box 2338, Fort Wayne, IN 46801
Correo electrónico: KK_PAclaims@kandkinsurance.com • Fax: 312-381-9077**

