



## 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. Se le ha proporcionado un formulario de reclamación diseñado específicamente para USASA. Utilice solo este formulario. No demore la presentación de este formulario, ya que A-G Administrators debe recibir un formulario de reclamación, con o sin facturas médicas, en un plazo de 12 meses a partir de la fecha del accidente, o su reclamación podría ser denegada por no haberse presentado a tiempo.
2. Se debe iniciar el tratamiento y cubrir los gastos incurridos en un plazo de 90 días a partir de la fecha del accidente. La evidencia de esto, facturas médicas o registros médicos, debe acompañar la reclamación para cumplir con esta disposición de la póliza.
3. El participante o su tutor legal deben completar y firmar la Parte A en su totalidad. El formulario de reclamación debe ser aprobado y verificado por los Oficiales de Verificación de la Asociación Estatal y de la Liga, y luego enviado a la Oficina Nacional.
4. Envíe los formularios de facturación de seguros detallados. \*Estos formularios están disponibles a través de su proveedor de atención médica e incluyen el nombre del paciente, la condición (diagnóstico), el tipo de tratamiento y la fecha en que se incurrió en los gastos. No se aceptan estados de cuenta con "saldo adeudado".
5. Si está cubierto por otro seguro (es decir, plan grupal para empleadores), proporcione a los proveedores médicos involucrados en su atención el otro seguro (es decir, el plan grupal para empleadores) como su pagador principal y la información de seguro de A-G (USASA) como pagador secundario. Si se hace esto, el proveedor médico automáticamente facturará a A-G Administrators con las facturas detalladas correspondientes y proporcionará su formulario de Explicación de Beneficios (EOB). Si no pudo proporcionar esta información a los proveedores médicos antes de que se le facture de manera proporcional, A-G necesitará copias de todas las facturas detalladas que muestren fechas de servicio, códigos de diagnóstico, códigos de procedimiento y los formularios de Explicación de Beneficios (EOB) de su pagador principal. Si los proveedores médicos tienen la información de ambos planes de seguro, su reclamación será procesada de manera más eficiente. *send form to: Jade Beaulieu, Ga Soccer  
jade@georgiasoccer.org*
6. ~~Después de ser firmado por los Oficiales de Verificación de la Asociación Estatal y de la Liga, envíe por correo electrónico, fax o correo su FORMULARIO DE RECLAMACIÓN COMPLETO A:~~ *Georgia Soccer send form to USA SA*  
**United States Adult Soccer Association (USASA)**  
**Attn: National Office/Insurance Department**  
**7000 S. Harlem Avenue**  
**Bridgeview, IL 60455**  
**Correo electrónico: insurance@usasa.com**  
**Fax: 708-496-6879**
7. La Oficina Nacional de USASA reenviará el formulario de reclamación completo a A-G Administrators. Usted, su Oficial de Verificación Estatal y la Oficina Nacional de USASA recibirán una carta de confirmación de reclamación.
8. DESPUÉS de que reciba su Carta de Confirmación, puede comunicarse con A-G Administrators al 800-634-8628.



# ASOCIACIÓN DE FÚTBOL PARA ADULTOS DE ESTADOS UNIDOS (USASA)

7000 S. Harlem Avenue  
Bridgeview, IL 60455

Este resumen de beneficios tiene el objetivo de proporcionar una descripción general de los beneficios por muerte accidental y desmembramiento y en gastos médicos por accidentes adicionales que se encuentran disponibles en virtud de la póliza de seguro emitida a la USASA.

Por favor contacte a su Oficial de Verificación de Organización Designada.

**PERSONAS CUBIERTAS:** Jugadores, entrenadores, árbitros y entrenadores/jugadores para quienes se haya pagado la prima.

**ACTIVIDADES CUBIERTAS:** Se brinda cobertura, conforme a los términos, las condiciones, las limitaciones y las exclusiones de la póliza, por las lesiones que se produzcan como consecuencia de los accidentes cubiertos que tengan lugar mientras la persona cubierta participa como miembro de un equipo en un evento autorizado asociado con la USASA (partido programado, partido de un torneo oficial, sesión de práctica/prueba de aptitud del equipo) o mientras viaja directamente hacia un partido o una sesión de práctica o desde este como miembro de un equipo.

## BENEFICIOS, LIMITACIONES Y EXCLUSIONES POR ACCIDENTES DEL PLAN: 2020

Se aplican límites a los beneficios por persona cubierta por accidente cubierto.

Beneficio en gastos médicos por accidentes	Beneficio máximo de \$5,000
Período de beneficios	52 semanas
Período válido en que se incurre en el primer gasto	Plazo de 90 días desde el accidente cubierto
Monto deducible	\$400
Gasto en estadía y comidas en el hospital (pacientes internados)	Monto máximo de \$300 por día
Diversos servicios hospitalarios (pacientes internados)	Monto máximo de \$1,000
Diversos servicios hospitalarios (pacientes ambulatorios)	Monto máximo de \$250
Centro médico ambulatorio (pacientes ambulatorios)	50 % del monto habitual
Tratamiento en sala de urgencias	Monto máximo de \$350
Servicios médicos (no quirúrgicos; pacientes internados o ambulatorios)	Monto máximo de \$35 por consulta, hasta 10 consultas
Beneficio por cirugías (pacientes internados o ambulatorios)	50 % del monto habitual
Gasto por cirujano auxiliar	25 % del beneficio por cirugías
Anestesiista	25 % del beneficio por cirugías
Fisioterapia (pacientes ambulatorios)	\$25 por consulta, hasta 15 consultas
Radiografías, diagnóstico por imágenes, RM o tomografías computarizadas (pacientes ambulatorios)	Beneficio máximo de \$150
Análisis de laboratorio	Beneficio máximo de \$100
Servicios de ambulancia	Beneficio máximo de \$150
Beneficio de medicamentos con receta	Beneficio máximo de \$100
Beneficio por servicios dentales (dientes naturales sanos únicamente)	Beneficio máximo de \$1,000
Alquiler de equipo médico	Monto máximo de \$400
Beneficio por muerte accidental	\$10,000 (incluida la muerte por insuficiencia cardíaca)
Beneficio por desmembramiento accidental	Beneficio máximo de \$10,000
Beneficio por parálisis accidental	Beneficio máximo de \$10,000
Limitación de responsabilidad total	Beneficio máximo de \$500,000

**Los beneficios en gastos médicos por accidentes solo se pagan luego de que se hayan proporcionado los beneficios del seguro de salud principal de una persona cubierta.**

Información de contacto de la USASA

Nick Schmitt

nscmitt@usasa.com

Los beneficios no se pagarán por ninguna lesión cubierta o siniestro cubierto que se haya producido directa o indirectamente, total o parcialmente, como consecuencia de alguna de las siguientes opciones:

1. Una lesión autoinfligida intencionalmente, suicidio o cualquier intento de esto mientras la persona esté sana o tenga un desequilibrio mental.
2. Comisión o intento de comisión de un delito o de una actividad ilegal.
3. Realización o participación activa en una revuelta o sublevación.
4. Puentismo, paracaidismo, paracaidismo acrobático, paranavegación, vuelo en ala delta.
5. Guerra o acto de guerra declarado o no.
6. Vuelo, ascenso o descenso de un avión o de cualquier aeronave diseñada para volar sobre la superficie de la Tierra, excepto cuando se realice como pasajero que paga un boleto en una aerolínea comercial con vuelos regulares o aerolínea con vuelos chárter.
7. Viaje en un vehículo todoterreno que no necesite un permiso como vehículo motorizado.
8. Participación en una carrera motorizada o en un concurso de velocidad.
9. Un accidente si la persona cubierta es quien opera un vehículo motorizado y no tiene una licencia válida para operar vehículos motorizados, excepto cuando participe en un programa para aprender a conducir.
10. Enfermedad, afección, dolencia corporal o mental, infección por bacteria o virus o el tratamiento médico o quirúrgico de esta, excepto cuando la infección por bacteria sea consecuencia de una lesión accidental o de la ingesta accidental de alimentos contaminados.
11. Viaje o actividad fuera de Estados Unidos o Canadá, a menos que se cuente con la aprobación de la empresa.
12. El estado de embriaguez de la persona cubierta según lo determinen las leyes de la jurisdicción en la que tuvo lugar el accidente cubierto.
13. La inhalación o el consumo voluntario de cualquier narcótico, droga, veneno, gas o emanación tóxica, a menos que un médico lo indique o se tome según sus indicaciones y de acuerdo con la dosis indicada.
14. Las lesiones sujetas a indemnización en virtud de la ley de indemnización laboral o de cualquier ley similar.

Los beneficios no se pagan en los siguientes casos:

15. Servicios o tratamiento brindados por un médico, personal de enfermería o cualquier persona con las siguientes características:
  - a. La persona está empleada o contratada por el titular de la póliza.
  - b. La persona vive en la vivienda de la persona cubierta.
  - c. La persona es padre, madre, hermano, cónyuge o hijo de la persona cubierta.
16. Cualquier estadía en un hospital o días de estadía en un hospital que no constituyan el tratamiento adecuado para la afección y el lugar.
17. Un siniestro cubierto de la persona cubierta en los siguientes casos:
  - a. La persona conducía un automóvil de pasajeros privado en el momento en que se produjo el accidente cubierto que dio lugar al siniestro cubierto.
  - b. La persona se encontraba en estado de embriaguez según cómo la ley de la jurisdicción en la que tuvo lugar el accidente cubierto defina este término.

Ninguna de las siguientes opciones se considerará gastos cubiertos:

1. Sangre, plasma sanguíneo o almacenamiento de sangre, excepto los gastos de un hospital por el procesamiento o la administración de la sangre.
2. Cirugía estética o atención o tratamiento cuyo fin sea solo estético, o las complicaciones que surgieran a partir de estos. Esta exclusión no se aplica a lo siguiente:
  - a. una cirugía estética que se realice como consecuencia de un accidente si el tratamiento inicial de la persona cubierta se comienza en el plazo de los 12 meses a partir de la fecha del accidente;
  - b. una reconstrucción que sea consecuencia o posterior a una cirugía realizada como resultado de un accidente cubierto.
3. Cualquier tratamiento, cirugía, tratamiento de salud o examen optativo o de rutina.
4. Examen o indicación para anteojos, lentes de contacto o audífonos, o la compra de estos.
5. Tratamiento en cualquier organismo de administración de veteranos, federal o estatal, a menos que haya una obligación legal de pago.
6. Servicios o tratamiento que brinden aquellas personas que normalmente no cobren por sus servicios, a menos que haya una obligación legal de pago.
7. Cura de reposo o asistencia de apoyo.
8. Reparación o reemplazo de dentaduras postizas existentes, dentaduras postizas parciales, ortodoncia fija o puentes bucales.
9. Servicios personales, como televisión o telefonía, o transporte.
10. Gastos pagaderos por una póliza de seguro para automóviles sin tener en cuenta la culpabilidad.
11. Servicios o tratamiento que brinde una enfermería operada por el titular de la póliza.
12. Tratamiento de lesiones que se producen a lo largo del tiempo, como ampollas, codo de tenista, entre otros, que son la consecuencia normal y previsible de la participación en la actividad cubierta.
13. Tratamiento o servicios proporcionados por personal de enfermería privado.
14. Tratamiento de hernias de cualquier tipo.
15. Tratamiento de lesiones que sean consecuencia de una afección conocida por la persona cubierta en la fecha del accidente cubierto, a menos que hayamos recibido una autorización médica por escrito del médico.

QBE Insurance Corporation asegura la póliza n.º UBH00002. Este resumen no es un contrato. Todos los términos y las condiciones de cobertura, incluidos las fechas de entrada en vigencia, los beneficios, las limitaciones y las exclusiones, se establecen en la póliza. En la medida en que haya discrepancias entre las descripciones en este folleto y los términos, las condiciones, las limitaciones y las exclusiones de la póliza, la póliza prevalecerá. Las pólizas que QBE emite quedarán sujetas a las leyes de la jurisdicción en la que se emitieron.

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.



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



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

**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, dirijase 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:

2a. Región:

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: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Firma del funcionario de verificación de U.S.A.S.A.: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN

Renuncio a cualquier disposición legal en contrario y por el presente autorizo a A-G Administrators 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 A-G Administrators 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:

Fecha:

Firma del Entrenador, Administrador o Árbitro:

Fecha:

***DESPUÉS de que reciba su carta de ratificación, puede ponerse en contacto con A-G Administrators al 800.634.8628, si tiene alguna consulta sobre su reclamación.***

A-G Administrators, LLC: PO Box 979: Valley Forge, PA 19482  
Email: Claims@agadm.com • Fax: 610.933.4122