

**BÉISBOL DE LAS PEQUEÑAS
LIGAS
FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE
ACCIDENTES
INSTRUCCIONES**
Para los reclamos que sucedieron después de
enero 1 del 2005

Envíe el formulario lleno a:
Little League Baseball, Incorporated
539 US Route 15 Hwy, PO Box 3485
Williamsport, PA 17701-0485
Números de Contacto de Reclamos de Accidentes
Teléfono: 570-327-1674 Fax: 570-326-2951

- Este formulario debe llenarse por los padres (si el demandante es menor de 19 años de edad) y por un oficial de la liga y enviarlo a la Sede de las Pequeñas Ligas durante los 20 días posteriores al accidente. Debe hacerse una fotocopia de este formulario y guardarlo por el demandante/padre. El tratamiento médico/dental inicial debe ser presentado durante los 30 días del accidente de las Pequeñas Ligas.
- Las facturas detalladas incluyendo la descripción del servicio, fecha del servicio, procedimiento y normas de diagnóstico para los servicios/suministros y/o otra documentación médica relacionada al reclamo por beneficios, son proporcionadas durante los 90 días posteriores a la fecha del accidente. En ningún acontecimiento tal prueba será presentada después de 12 meses desde la fecha en que el gasto médico se incurrió.
- Cuando está presente otro seguro, los padres o el demandante deben enviar copias de la Explicación de Beneficios o la Carta/Aviso de Denegación para cada cargo directamente a la Sede de las Pequeñas Ligas, aunque los cargos no excedan el deducible del programa de seguro principal.
- La póliza proporciona beneficios para los gastos médicos elegibles incurridos dentro de las 52 semanas del accidente, sujeto a Exceso de Cobertura y disposiciones de Exclusión del plan.
- Los beneficios médicos/dentales diferidos **limitados** pueden estar disponibles para un tratamiento necesario incurrido después de 52 semanas. Refiérase al folleto de seguros proporcionado por el presidente de la liga, o contacte a la Sede de las Pequeñas Ligas dentro del año en el que fue la lesión.

Nombre de la Liga		Identificación de la Liga	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
PARTE 1			
Nombre de la Persona lesionada/Demandante	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA)	Edad	Sexo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Nombre del Padre/Tutor, si el Demandante es Menor de edad	Teléfono de la Casa (Inc. Código de Área)	Teléfono del Trabajo (Inc. Código de Área)	
<input type="text"/>	(<input type="text"/>) <input type="text"/>	(<input type="text"/>) <input type="text"/>	
Dirección del Demandante	Dirección del Padre/Tutor, si es diferente		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

La Política de Accidentes Máster de las Pequeñas Ligas proporciona beneficios **superiores** a los beneficios de otros programas de seguros sujetos a un deducible de \$50 por lesión. "Otros programas de seguros" incluye seguro personal para la familia, seguro estudiantil a través de una escuela o seguro a través de un empleado, para los empleados y miembros de la familia. Por favor REVISE los cuadros correspondientes más abajo. Si su respuesta es SI, siga la instrucción 3 de más abajo.

¿La Persona/Padre/Tutor lesionado(a) tiene algún seguro a través de:

Plan Corporativo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Plan Estudiantil	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Plan Individual	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Plan Dental	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Fecha del Accidente	Hora del Accidente	Tipo de Lesión
<input type="text"/>	<input type="text"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="text"/>

Describa exactamente como sucedió el accidente, incluyendo la posición de juego al momento del accidente:

Marque todas las respuestas pertinentes en **cada** columna:

<input type="checkbox"/> BÉISBOL	<input type="checkbox"/> CHALLENGER (5-18)	<input type="checkbox"/> JUGADOR	<input type="checkbox"/> PRUEBAS	<input type="checkbox"/> EVENTO ESPECIAL
<input type="checkbox"/> SOFTBOL	<input type="checkbox"/> T.BALL (5-8)	<input type="checkbox"/> ENTRENADOR, DIRIG	<input type="checkbox"/> PRÁCTICA	<input type="checkbox"/> (NO JUEGOS)

<input type="checkbox"/>	CHALLENGER	<input type="checkbox"/>	MENORES	(7-12)	<input type="checkbox"/>	ENTE	<input type="checkbox"/>	JUEGO	<input type="checkbox"/>	JUEGO(S)
<input type="checkbox"/>	TAD (2 ^{DA}	<input type="checkbox"/>	PEQUEÑAS	(9-12)	<input type="checkbox"/>	ÁRBITRO	<input type="checkbox"/>	PROGRAMADO	<input type="checkbox"/>	ESPECIAL(ES)
<input type="checkbox"/>	TEMPORADA)	<input type="checkbox"/>	LIGAS	(13-14)	<input type="checkbox"/>	VOLUNTARIO	<input type="checkbox"/>	VIAJE A	<input type="checkbox"/>	(Presente una
		<input type="checkbox"/>	JUNIOR	(14-16)	<input type="checkbox"/>	AGENTE DEL	<input type="checkbox"/>	VIAJE DESDE	<input type="checkbox"/>	aprobación de las
		<input type="checkbox"/>	SENIOR	(16-18)	<input type="checkbox"/>	JUGADOR	<input type="checkbox"/>	TORNEO	<input type="checkbox"/>	Pequeñas Ligas
		<input type="checkbox"/>	GRANDES		<input type="checkbox"/>	ANOTADOR OFICIAL	<input type="checkbox"/>	OTRO (describa)	<input type="checkbox"/>	Incorporated)
		<input type="checkbox"/>	LIGAS		<input type="checkbox"/>	OFICIAL DE				
					<input type="checkbox"/>	SEGURIDAD				
					<input type="checkbox"/>	TRABAJADOR				
					<input type="checkbox"/>	VOLUNTARIO				

Por la presente certifico que he leído las respuestas a todas las partes de este formulario y estoy en pleno conocimiento y confianza que la información contenida es completa y correcta como reconocida por la presente.

Comprendo que es un crimen para cualquier persona intentar intencionadamente el estafar o facilitar a sabiendas un fraude contra una aseguradora presentando una solicitud o llenando una demanda que contenga una declaración(es) falsa(s) o engañosa(s). Vea la sección de Observaciones en el dorso del formulario.

Por la presente autorizo a cualquier médico, hospital u otra instalación relacionada médicamente, compañía de seguros u otra organización, institución o persona que tenga cualquier testimonio o conocimiento sobre mí, y/o el demandante beneficiario, o nuestra salud, el revelar, cuando sea requerido a hacerlo por las Pequeñas Ligas y/o la Compañía Nacional de Seguros de Incendios de la Unión de Pittsburgh, Pa., una Compañía de AIG, o su representante, cualquier o toda esta información. Una fotocopia de esta autorización deberá considerarse como válida y efectiva como la original.

Fecha Firma del Demandante/Padre/Tutor (En el caso de una familia de dos padres, ambos padres deben firmar este formulario.)

Fecha Firma del Demandante/Padre/Tutor

Para los Residentes de California:

Cualquier persona que a sabiendas presenta un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un crimen y puede ser sujeto a multas y prisión en una cárcel del estado.

Para los Residentes de Nueva York:

Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros u otra persona, llena una solicitud de seguros o una declaración de demanda que contenga cualquier información sustancialmente falsa, o que encubra para propósito de engañar, información concerniente a cualquier hecho material de ello, comete un acto de seguro fraudulento, lo cual es un crimen, y también será sujeto a una pena civil que no exceda de cinco mil dólares y el valor estipulado de la demanda de cada violación.

Para los Residentes de Pensilvania:

Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros u otra persona, llena una solicitud de seguros o una declaración de reclamo que contenga cualquier información sustancialmente falsa, o que encubra para propósito de engañar, información concerniente a cualquier hecho material de ello, comete un acto de seguro fraudulento, lo cual es un crimen y sujeto a que tal personal a penas civiles y criminales.

Para los Residentes de todos los Otros Estados:

Cualquier persona que a sabiendas presenta una demanda falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o a sabiendas presenta información falsa en una solicitud de seguros es culpable de un crimen y puede ser sujeto a multas y prisión en la cárcel.

PARTE 2 – DECLARACIÓN DE LA LIGA (Otro que no sea Padre o Demandante)

Nombre de la Liga	Nombre de la Persona/Demandante Lesionado	Identificación de la Liga Número
Nombre del Oficial de la Liga		Posición en la Liga
Dirección del Oficial de la Liga		Números de Teléfono (Inc. Códigos de Área)
		Residencia: ()
		Trabajo: ()
		Fax: ()
¿Fue testigo del accidente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Proporcione nombres y direcciones de cualquiera de los testigos conocidos al informe presentado.		

Marque los casilleros para los artículos de más abajo. Debe seleccionarse al menos un artículo de cada columna.

POSICIÓN CUANDO FUE LESIONADO	LESIÓN	PARTE DEL CUERPO	CAUSA DE LA LESIÓN
<input type="checkbox"/> 01 1ST	<input type="checkbox"/> 01 ESCORIACIÓN	<input type="checkbox"/> 01 ABDOMEN	<input type="checkbox"/> 01 BOLA BATEADA
<input type="checkbox"/> 02 2ND	<input type="checkbox"/> 02 MORDEDURA	<input type="checkbox"/> 02 TOBILLO	<input type="checkbox"/> 02 BATEO
<input type="checkbox"/> 03 3RD	<input type="checkbox"/> 03 CONMOSIÓN	<input type="checkbox"/> 03 BRAZO	<input type="checkbox"/> 03 ATRAPADA
<input type="checkbox"/> 04 BATEADOR	<input type="checkbox"/> 04 CONTUSIÓN	<input type="checkbox"/> 04 ESPALDA	<input type="checkbox"/> 04 CHOQUE
<input type="checkbox"/> 05 BANCO	<input type="checkbox"/> 05 DENTAL	<input type="checkbox"/> 05 PECHO	<input type="checkbox"/> 05 CHOQUE CON CERCA
<input type="checkbox"/> 06 BULPEN	<input type="checkbox"/> 06 DISLOCACIÓN	<input type="checkbox"/> 06 OREJA	<input type="checkbox"/> 06 CAÍDA
<input type="checkbox"/> 07 RECEPTOR	<input type="checkbox"/> 07 DESMEMBRAMIENTO	<input type="checkbox"/> 07 CODO	<input type="checkbox"/> 07 GOLPE POR UN BATE
<input type="checkbox"/> 08 ENTRENADOR	<input type="checkbox"/> 08 EPÍFISIS	<input type="checkbox"/> 08 OJO	<input type="checkbox"/> 08 JUEGOS BRUSCOS
<input type="checkbox"/> 09 CAJA DEL INSTRUCTOR	<input type="checkbox"/> 09 MUERTE	<input type="checkbox"/> 09 CARA	<input type="checkbox"/> 09 PELOTA LANZADA
<input type="checkbox"/> 10 DOGAO	<input type="checkbox"/> 10 FRACTURA	<input type="checkbox"/> 10 MUERTE	<input type="checkbox"/> 10 CORRER
<input type="checkbox"/> 11 DIRIGENTE	<input type="checkbox"/> 11 HEMATOMA	<input type="checkbox"/> 11 PIE	<input type="checkbox"/> 11 OBJETO AFILADO
<input type="checkbox"/> 12 ESPERA	<input type="checkbox"/> 12 HEMORRAGIA	<input type="checkbox"/> 12 MANO	<input type="checkbox"/> 12 DESLIZAMIENTO
<input type="checkbox"/> 13 JARDIN EXTERIOR	<input type="checkbox"/> 13 LACERACIÓN	<input type="checkbox"/> 13 CABEZA	<input type="checkbox"/> 13 AGUANTE
<input type="checkbox"/> 14 LANZADOR	<input type="checkbox"/> 14 PERFORACIÓN	<input type="checkbox"/> 14 CADERA	<input type="checkbox"/> 14 LANZAMIENTO
<input type="checkbox"/> 15 CORREDOR	<input type="checkbox"/> 15 HERNIA	<input type="checkbox"/> 15 RODILLA	<input type="checkbox"/> 15 PELOTA LANZADA
<input type="checkbox"/> 16 ANOTADOR	<input type="checkbox"/> 16 TORCEDURA	<input type="checkbox"/> 16 PIERNA	<input type="checkbox"/> 16 OTRO
<input type="checkbox"/> 17 CAMPOCORTO	<input type="checkbox"/> 17 INSOLACIÓN	<input type="checkbox"/> 17 LABIOS	<input type="checkbox"/> 17 DESCONOCIDO
<input type="checkbox"/> 18 DESDE/HACIA EL JUEGO	<input type="checkbox"/> 18 OTRO	<input type="checkbox"/> 18 BOCA	
<input type="checkbox"/> 19 ÁRBITRO	<input type="checkbox"/> 19 DESCONOCIDO	<input type="checkbox"/> 19 CUELLO	
<input type="checkbox"/> 20 OTRO	<input type="checkbox"/> 20 PARÁLISIS/PARAPLÉGIO	<input type="checkbox"/> 20 NARIZ	
<input type="checkbox"/> 21 DESCONOCIDO	<input type="checkbox"/> 21 CO	<input type="checkbox"/> 21 HOMBRO	

22 PRE
CALENTAMIENTO

22 COSTADO
 23 DIENTES
 24 TESTÍCULO
 25 MUÑECA
 26 DESCONOCI
DO
 27 DEDO

¿Su liga utiliza bases de escapada en: TODOS ALGUNOS NINGUNO de sus campos.

¿Su liga utiliza cascos de bateo con protectores de cara sujetos? SI NO

Si su respuesta es SI, son Obligatorios u Opcionales ¿En qué niveles son utilizados?

Por la presente certifico que el demandante arriba mencionado fue lesionado mientras fue cubierto por la Póliza de Seguros de Accidentes de Béisbol de las Pequeñas Ligas en el momento del accidente reportado. También certifico que la información contenida en la Notificación del Demandante es veraz y correcta como lo he declarado a mí entender.

Fecha Firma del Oficial de la Liga