

FORMA DE RECLAMO DE SEGURO DE LA ESCUELA
EL FORMULARIO DE RECLAMO Y AVISO DE HERIDAS TIENE QUE SER ENVIADO A:
 School Insurance of Florida, P.O. Box 784268 Winter Garden, FL 34778-4268

PADRES: Las limitaciones y exclusiones de la póliza están al reverso del folleto que usted lleva a casa. La póliza no paga el 100% de los gastos. Es secundario/sobrante a cualquier seguro primario. Debe presentar el reclamo con su seguro primario primero. Se requiere que un oficial de la escuela llene la parte B, si la herida es relacionada con la escuela. Este formulario no será tramitado o procesado a menos que todas las preguntas sean contestadas y todas las firmas sean colocadas debidamente. Es el deber del reclamador (padre, guardian) de proporcionar a la compañía con todos los recibos, explicación de beneficios del seguro primario, este reclamo e información, dentro de 90 días de la fecha del accidente para establecer el reclamo. No deje este formulario con su médico o hospital para ser enviado. Lo tiene que hacer usted mismo. Envíe esta forma para School Insurance of Florida para establecer un reclamo. No deje esta forma con su médico ni en el hospital.

Parte A: El Padre o Guardian debe llenar y firmar esta parte. (Imprima sus respuestas por favor)

1. Nombre de la Escuela: _____	Condado: _____	Grado: _____
2. Apellido del Estudiante: _____	Nombre: _____	Inicial: _____
3. Dirección del Padre: _____	Ciudad _____	Estado: _____ Código Postal: _____
4. Teléfono del Hogar () - _____	Fecha de Nacimiento _____	

5) NO PODEMOS PROCESAR SU RECLAMO A MENOS QUE NOS PROPORCIONE UNA DESCRIPCION DETALLADA DEL ACCIDENTE QUE CAUSO LA HERIDA. (Utilize el reverso de éste formulario si necesita más espacio.)

6. Fecha de herida: Mes _____ Día _____ Año _____ Tiempo _____ AM o PM Lugar de accidente : _____

7. Parte de su cuerpo que fue herido/lesionado (incluya si es el lado derecho o izquierdo): _____

8. El nombre de cualquier otro seguro que puede proporcionar los beneficios para esta herida. (Si ninguno, indique ninguno. No deje esta línea en blanco). _____ por favor conteste las siguientes preguntas para acelerar nuestro procesamiento: ¿Cual es su deducible o su pago fijo (si cualquiera)? \$ _____ ¿En tiempo de este accidente fue deducible alcanzado? SI NO. Qué porcentaje paga su otro seguro después de que el deducible haya sido satisfecho? \$ _____ (ponga el porcentaje). ¿Comprende que debe proporcionar este reclamo y una declaración de su seguro primario indicando sus beneficios admisibles o su rechazo de pago? SI NO

9. Dirección de la oficina de las demandas de la compañía de seguros en la línea 8: _____

10. Nombre de madre y empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección del empleador de la madre: _____ Numero de telefono _____

11. Nombre de padre y empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección del empleador de la madre: _____ Numero de telefono _____

Las respuestas antedichas son verdaderas y correctas. Autorizo por este medio a cualquier persona o institución enviar cualquier información pedida por la compañía de seguros o su agente, incluyendo la historia y examen físico, el diagnóstico u otra información médica o del seguro. Una copia estática de la foto de esta autorización será considerada como eficaz y válido como la original. **LEY DE LA FLORIDA:** "Cualquiera persona que con conocimiento y con el intento a dañar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, archivar una declaración de demanda que contiene información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un crimen de tercer grado."

12. Firma de el padre o guardian: _____ Fecha: ____/____/____ Imprima nombre: _____

PARTE B: LLENADO POR UN OFFICAL DE ESCUELA PARA TODA HERIDA RELACIONA CON LA ESCUELA
PART B - FILLED OUT BY SCHOOL OFFICIAL FOR ALL SCHOOL RELATED INJURIES.

1. WE CANNOT PROCESS THIS CLAIM UNLESS YOU GIVE US A DETAILED DESCRIPTION OF HOW THE ACCIDENT OCCURRED THAT CAUSED THE INJURY. (Use back of this form if more space is needed.) _____

2. Injury Date: Month _____ Day _____ Year _____ Time _____ AM or PM Part of body injured (include whether right or left) _____

3. At the time of the accident was the student involved in a school sponsored and supervised activity? YES NO
 If Interscholastic sports what sport or what event? Circle one
 FOOTBALL GAME--FOOTBALL PRACTICE -- SOCCER-- VOLLEYBALL-- BASEBALL-- SOFTBALL - TRACK—WRESTLING—BASKETBALL
 FLAG FOOTBALL-- PE CLASS—RUGBY—LACROSSE-- OTHER LIST _____

4. What date has the Athlete returned to play? _____ Under whose supervision (witness)? _____

5. Print Name/Title of School Official _____ School phone Number _____ - _____ - _____

6. **Signature of School Official _____ (Only if injury is School Related) Date of this report: ____/____/____

Please mail this form directly to school insurance of Florida in order to establish a claim.