

**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: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

3. Dirección del Padre: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

4. Teléfono del Hogar ( ) - \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**5) NO PODEMOS PROCESAR SU RECLAMO A MENOS QUE NOS PROPORCIONE UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL ACCIDENTE QUE CAUSO LA HERIDA. (Utilice 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: ¿Cuál 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 OFFICIAL 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 OCURRED 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.**

**2022-2023**  
**Distrito Escolar del Condado de Orange, Florida**  
**Cuidado de niños de Edad Escolar/Día Extendido**  
**Resumen del Seguro de Accidentes**

**NOTA IMPORTANTE PARA PADRES DE ESTUDIANTES DEL CUIDADO DE DIA EXTENDIDO**

Su escuela está muy interesada en proporcionar un ambiente seguro para todos los estudiantes. Sin embargo, los accidentes suceden cada día durante actividades de la escuela. Por lo tanto, el Distrito Escolar del Condado de Orange, Florida ha comprado una póliza de seguro de accidentes a los participantes del programa de Cuidado de niños de Edad Escolar/Día Extendido. Instamos totalmente a todos los padres que lean esta descripción de cobertura en caso de que un accidente ocurra. Esta póliza puede que no pague el 100% de todos los gastos médicos debido a los límites de la póliza escritos abajo.

La póliza asegura a los participantes del programa de Cuidado de niños de Edad Escolar/Día Extendido mientras participen en el programa de Cuidado de niños de Edad Escolar/Día Extendido de OCPS o formen parte de alguna entidad designada por OSCP que provee supervisión directa a los participantes de Cuidado de niños de Edad Escolar/Día Extendido y también a estudiantes de Educación Vocacional basada en la Comunidad que estén supervisados por un empleado designado del Distrito. Los participantes del Cuidado de niños de Edad Escolar/Día Extendido también están protegidos durante viajes de grupo en un autobús escolar o en una camioneta al sitio de un evento escolar cubierto de la escuela y de regreso a la escuela. Viajes en vehículos que no sean propiedad ni operados por la escuela, no están cubiertos.

**La póliza es SEGURO de EXCESO. La póliza no permitirá a nadie obtener ganancia por beneficios duplicados de varias fuentes de seguro.** Cualquier beneficio que podría ser reunido de cualquier otro seguro, PPO, el SEGURO MEDICO GLOBAL u otra fuente disponible de cobertura deben pagar primero antes que los padres puedan obtener beneficios de la póliza de Cuidado de niños de Edad Escolar/Día Extendido del OCPS. Si hay SEGURO MEDICO GLOBAL o cobertura primaria de PPO disponibles por un plan patrocinado por su empleador, usted debe utilizar los doctores, hospitales y otros proveedores de servicio aprobados para el tratamiento de las heridas de su niño. El padre necesita registrar el reclamo con la cobertura primaria disponible. Si usted no sigue las pautas de las redes primarias de su SEGURO MEDICO GLOBAL o PPO, usted será responsable por pagar cualquier cuenta médica no pagada, o costos adicionales que usted pueda contraer que no sean cubiertos por la póliza de Cuidado de niños de Edad Escolar/Día Extendido.

**ACCIDENTES CUBIERTOS:** La póliza provee beneficios para reclamos cubiertos debido a un accidente. Un 'accidente cubierto' es definido como un solo acontecimiento identificable, inesperado, imprevisto y repentino que resulta en una herida accidental cubierta a un participante del programa de Cuidado de niños de Edad Escolar/Día Extendido, independientemente de cualquier otra causa, ocurriendo mientras la póliza de la escuela está vigente. El esfuerzo excesivo prolongado o herida repetida debido a uso excesivo no-accidental, no son considerados un "accidente cubierto".

**CIRUGIA,** como está definida en la póliza, significa (a) una reparación de un desgarro que requiere suturas (b) cualquier operación cortante, o (c) la reducción de una fractura o dislocación; (tratamiento de una fractura no-desplazada no requiriendo reducción, no es considerada un procedimiento quirúrgico).

**RED DE PROVEEDORES PREFERIDOS** es una lista de proveedores de servicios médicos, médicos y los hospitales, que ha concordado aceptar los beneficios de la póliza de Cuidado de niños de Edad Escolar/Día Extendido como pago completo por servicios rendidos. Es la responsabilidad del padre pagar cualquier cargo que no está cubierto por el plan de seguro de la escuela. No todos los médicos y hospitales aceptan los beneficios de la póliza de seguros de la escuela como pago completo por servicios rendidos. Para un listado visite [www.schoolinsuranceofflorida.com](http://www.schoolinsuranceofflorida.com)

**CLAUSULA DE NINGUNA GANANCIA: La póliza es SEGURO de EXCESO.** Esto significa que cualquier pago de beneficio que podría ser reunido de cualquier otro seguro o plan semejante debe pagar primero. (Si una persona falla en seguir las reglas de un PPO o plan de tipo SEGURO MEDICO GLOBAL y pierde beneficios que pudieran haber sido reunidos, estos beneficios serán clasificados como cobrables y los beneficios de la póliza de seguros de escuela serán reducidos por la cantidad que podría haber sido reunida del SEGURO MEDICO GLOBAL o PPO). El pago total por todos los seguros o planes cobrables nunca excederá el gasto médico, razonable y total acumulado.

**LIMITES DE LA PÓLIZA DE CUIDADO DE NIÑOS DE EDAD ESCOLAR/DIA EXTENDIDO**

Los beneficios médicos máximos no excederán \$25,000.00 por herida cubierta. La póliza de Cuidado de niños de Edad Escolar/Día Extendido posiblemente no pagará por todos los gastos médicos relacionados con el accidente. Algunas cuentas pueden exceder los límites de la póliza. Los beneficios máximos de la póliza están enumerados abajo. Para que un reclamo sea considerado elegible para beneficios de la póliza, un estudiante herido debe recibir tratamiento médico por un médico licenciado dentro de 30 días después de la fecha del accidente original cubierto. La póliza pagará por los gastos de tratamiento médico, elegibles y necesarios que son rendidos dentro de 52 semanas después de la fecha de un accidente cubierto sujeto a los siguientes límites de la póliza:

**Beneficios de paciente interno:** Alojamiento diario por un cuarto semi-privado, incluyendo todos los cargos variados, suministros, servicios, sala de operaciones, implantes, etc., la póliza paga hasta \$2,000.00 por día; Mientras en terapia intensiva, incluyendo todos los cargos variados, suministros, servicios, la sala de operaciones, implantes, etc., la póliza paga hasta \$3,000.00 por día.

**Beneficio de Hospital como paciente externo y el cuarto de emergencia o los cargos de localidad quirúrgica "Ambulatoria":** Si cirugía mayor de paciente externo requiere anestesia general, la póliza paga hasta \$6,500.00 para los suministros, servicios e implantes cobrados por un hospital o localidad quirúrgica "Ambulatoria"; La póliza pagará hasta \$500.00 por uso del cuarto de emergencia del hospital. *(El beneficio de cuarto de emergencia aplica a heridas que requieren tratamiento de emergencia dentro de 72 horas del accidente);* **Visitas médicas no quirúrgicas o visitas al Hospital:** Visita no quirúrgica inicial pagable hasta \$68.00; hasta \$56.00 por seguimientos no quirúrgicos necesarios; si una consulta con un especialista es requerida, la póliza pagará hasta \$116.00 por una visita a un especialista.

**Honorarios de cirugía:** Los beneficios para el cirujano primario son pagados basándose en el Manual de Compensación Obrera de la Florida del 2008, Parte A.

**Beneficio del cirujano Asistente:** (Cuando médicamente necesario) se paga hasta 25% del beneficio admisible del cirujano primario.

**Beneficio de la administración de la anestesia:** Se paga hasta 20% del beneficio admisible del cirujano primario.

**Límites de la póliza para radiografías, MRI, CAT, otros escáneres y laboratorio (incluye interpretación y lectura):** Las radiografías: \$250.00; MRI, CAT y otros ESCANERES: \$500.00 en conjunto; gasto de laboratorio: Hasta \$150.00.

**Tratamiento de fisioterapia de paciente externo:** Limitado a 10 visitas por herida cubierta, no exceder \$40.00 por visita.

**Aparatos ortopédicos:** (Cuando se usa para propósitos de rehabilitación): Hasta \$300.00.

**Prescripciones de medicamento:** (Cuando prescrito por un médico para un accidente cubierto): Hasta \$100.00.

**Servicio de ambulancia de emergencia:** Hasta \$500.00 (Aire o tierra).

**Servicios dentales:** (Cantidad pagadera por diente lesionado (incluye radiografías). Hasta \$500.00 por el tratamiento de cada diente lesionado.

## **EL SEGURO DE ACCIDENTES DE CUIDADO DE NIÑOS DE EDAD ESCOLAR/DIA EXTENDIDO NO CUBRE:**

- 1) Herida causada por o mientras bajo la influencia de alcohol o drogas al menos que sean prescritas por un médico licenciado.
- 2) El tratamiento realizado por cualquier empleado de la escuela o por cualquier miembro de la familia de la persona cubierta.
- 3) Una herida causada por la participación en cualquier liga o deporte organizado no patrocinado por la escuela.
- 4) La existencia o el agravamiento de una enfermedad física o mental, condición o enfermedad, contagioso, congénito, secundario o adquirido en origen. Las condiciones o el agravamiento de condiciones que originaron antes de la fecha de vigencia de la póliza de la escuela no son cubiertas.
- 5) Cualquier forma de enfermedad, o dolencia incluyendo aunque no limitada a las siguientes: enfermedad de Perthes, enfermedad de Osgood-Schlatter, Osteomielitis, Osteochondritis, Osteogenesis Imperfecta, fractura de epífisis femoral superior, Tromboflebitis, reacciones histéricas, o condiciones similares, furúnculos, pie de atleta, impétigo o infección cutánea similar, erupciones, reacciones ante plantas venenosas, verrugas, ampollas, callos, calambres, contracción muscular, alergias o reacciones alérgicas, uñas encarnadas, apendicitis, hernia de cualquier tipo, causadas de cualquier modo; otras infecciones que no sean el resultado de dicha lesión, desprendimiento de retina o gastos de tratamiento para condiciones semejantes no debido a una herida accidental. Una hernia en cualquier forma, a pesar de causa. Enfermedad mental o gasto psiquiátrico de evaluación o tratamiento.
- 6) Herida que ocurre durante viaje entre la escuela y la casa de una persona cubierta.
- 7) El gasto que resulta por la participación en actividades para las cuales los beneficios serían pagaderos, en ausencia de este seguro, bajo cualquier escuela secundaria o póliza de accidentes catástrofes de deportes o de asociaciones patrocinadas o fideicomiso, es excluido expresamente de la cobertura.
- 8) El gasto de herida de automóvil es pagadero hasta \$2,000.00 sólo después de que todo otro seguro de automóvil y otras fuentes primarias de seguro han pagado.
- 9) Cualquier gasto por beneficio que no esté listado en la lista de beneficios de la póliza.

## **COMO HACER UN RECLAMO**

- 1) Obtenga un formulario de reclamo en la oficina del director. Las instrucciones aparecen en el formulario de reclamo. La escuela debe llenar completamente el área de la escuela, firmar y poner la fecha en el formulario. Es la responsabilidad total del padre asegurarse que el formulario de reclamo esté completo y emitido a School Insurance of Florida dentro de 90 días después de la fecha del accidente. Los reclamos no serán pagados si son recibidos después de 90 días de la fecha del accidente.
- 2) La póliza de la escuela no pagará por ningún gasto que puede ser obtenido de cualquier otra forma válida de seguro o de cobertura primaria. Es la responsabilidad total del padre de hacer el reclamo con cualquier otro seguro disponible o fuente válida de cobertura y entonces proporcionar a *School Insurance of Florida* con evidencia de qué el seguro primario ha pagado. Los beneficios de la póliza de deportes no pueden ser pagados basándose en declaraciones de "cuentas debidas". Cuando su reclamo ha sido procesado por su seguro primario, envíe una copia de la explicación de beneficios (EOB) recibidos y todos los originales o copias de cuentas detalladas y el formulario de reclamo a *School Insurance of Florida*.

**Nota Importante:** Por favor no deje el formulario de reclamo en el hospital ni en la oficina del doctor. Es la responsabilidad del padre de asegurarse que el accidente del estudiante sea reportado a School Insurance of Florida no más tardar de 90 días después de la fecha del accidente para tener derecho a beneficios de la póliza. El certificado de seguro resume las provisiones y los beneficios de la póliza #09-0138-2023 (archivo de # LRS-9642-0921-FL). Cualquier diferencia entre la póliza y el certificado se resolverá de acuerdo con las disposiciones de la póliza.

## **SI USTED TIENE UN RECLAMO O PREGUNTAS CONTACTE A SCHOOL INSURANCE OF FLORIDA**

No llame a la escuela. Las escuelas no mantienen registros de reclamos y no podrán contestar preguntas de los reclamos.

## **LOS RECLAMOS DEBEN SER EMITIDOS DENTRO DE 90 DÍAS DE LA FECHA DEL ACCIDENTE A:**

SCHOOL INSURANCE OF FLORIDA  
P.O. BOX 784268  
WINTER GARDEN, FL 34778  
Teléfono local: 407-798-0290 o 800-432-6915  
Fax: 407-798-0296  
[www.schoolinsuranceofflorida.com](http://www.schoolinsuranceofflorida.com)