

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
RESUMEN DEL SEGURO PARA ESCUELAS TECNICAS VOCACIONALES DEL
CONDADO DE ORANGE
NOTA IMPORTANTE A PADRES DE ESTUDIANTES TECNICOS VOCACIONALES**

Uno de los objetivos de la Junta Escolar del condado de Orange es proveer un ambiente seguro para todos los estudiantes. Sin embargo, los accidentes suceden cada día durante actividades de la escuela. Las escuelas vocacionales de la Florida no están requeridas por ley a comprar un seguro de protección de accidentes para sus estudiantes. Sin embargo, como un servicio público para la comunidad, la Junta Escolar del condado de Orange compra una póliza de seguro contra accidentes para asistir a las familias con algunos gastos médicos que resulten de un accidente relacionado con la escuela. Esta póliza no puede pagar el 100% de todos los gastos médicos debido a los límites de la póliza. La información que sigue resume las provisiones de la póliza para Escuelas Técnicas Vocacionales.

Esta póliza asegura a los estudiantes de las Escuelas Técnicas Vocacionales que hayan pagado por la prima del seguro, mientras se encuentran en actividades supervisadas en su salón de clase, dentro del término escolar regular. La actividad o clase tiene que ser exclusivamente planificada, patrocinada y financiada por OCPS. Los estudiantes de la Escuela Técnica Vocacional también están protegidos durante viajes en autobús escolar o camioneta desde la escuela hasta la actividad cubierta y de regreso a la escuela. Viajes en vehículos que no son operados por OCPS no están cubiertos.

La póliza es SEGURO de EXCESO. La póliza no permitirá ninguna ganancia por reunir 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 de cobertura disponible deben pagar primero antes que los padres puedan obtener beneficios de la póliza de OCPS Escuela Técnica Vocacional. Si hay cobertura primaria de SEGURO MEDICO GLOBAL o PPO disponibles a través de su empleador, usted debe utilizar los médicos, hospitales y otros proveedores del SEGURO MEDICO GLOBAL o PPO para el tratamiento de las heridas de su estudiante. El padre o representante legal debe hacer el reclamo con cualquier cobertura primaria disponible. Si usted no sigue las pautas de la red de su SEGURO MEDICO GLOBAL ni PPO primario, usted será responsable por pagar cualquier cuenta médica no pagada, o costos adicionales que usted pueda contraer que no son cubiertos por la póliza de las Escuelas Técnicas Vocacionales de Orange.

LIMITES DE LA PÓLIZA DE ESCUELAS TECNICAS VOCACIONALES

Los beneficios médicos **máximos no excederán \$10,000.00** por herida cubierta. La póliza quizás no pagará por todos los gastos médicos relacionados con el accidente de la Escuela Técnica Vocacional. 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 médicos de los tratamientos que son elegibles y necesarios y que son rendidos dentro de 52 semanas después de la fecha de un accidente cubierto basándose en los siguientes límites de la póliza:

Beneficios de paciente interno: Para el cuarto semi-privado diario y alojamiento, 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 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 para el uso de 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);*

Consultas de servicios del médico no quirúrgicas: La visita no quirúrgica inicial paga 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 sea 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.

Beneficios 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; el gasto de laboratorio: Hasta \$150.00.

Tratamiento de fisioterapia como 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.

ACCIDENTES CUBIERTOS: La póliza proporciona 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 personal a un participante de una Escuela Técnica Vocacional, independiente de todas las otras causas, 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 esta definido 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 hospitales, que han concordado en aceptar los beneficios de la póliza de la escuela como pago completo por los servicios rendidos. Es la responsabilidad del padre de pagar cualquier cargo que no sea 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 los servicios rendidos. Para un listado visite nuestra página de internet www.schoolinsuranceofflorida.com.

CLAUSULA DE NINGUNA GANANCIA: La póliza es SEGURO de EXCESO. Esto significa que cualquier pago de beneficio que podría ser obtenido 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 la escuela serán reducidos por la cantidad que pudiera 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 contraído.

EL SEGURO CONTRA ACCIDENTES NO CUBRE:

- 1) Cualquier herida no causada únicamente por la participación en una clase de Escuela Técnica Vocacional, planificada y patrocinada por OCPS y mientras bajo la supervisión directa de una autoridad calificada de OCPS.
- 2) La herida causada por o mientras bajo la influencia del alcohol o drogas al menos que sean prescritas por un médico licenciado.
- 3) El tratamiento realizado por cualquier empleado de las escuelas o por cualquier miembro de la familia de la persona cubierta.
- 4) Una herida causada por participación en cualquier deporte.
- 5) La existencia o la agravación de una enfermedad física o mental, condición o enfermedad, contagioso, congénito, secundario o adquirido en origen. Las condiciones o la agravación de condiciones que originaron antes de la fecha de vigencia de la póliza de la escuela no son cubiertas.
- 6) 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.
- 7) Herida que ocurre durante viaje entre la escuela y la casa de una persona cubierta.
- 8) 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 de asociaciones patrocinadas o fideicomiso, es excluido expresamente de la cobertura.
- 9) 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.
- 10) 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 de la escuela técnica vocacional. Las instrucciones aparecen en el formulario de reclamo. El supervisor de la escuela técnica debe llenar completamente el área de la escuela, la fecha y firmar el formulario. Es la responsabilidad total del padre de asegurarse que el formulario de reclamo este 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 cobertura primaria. Es la responsabilidad total del padre de hacer el reclamo con cualquier otro seguro disponible o fuente válida de cobertura y luego proporcionar a *School Insurance of Florida* con evidencia de que el seguro primario ha pagado. Los beneficios de la póliza 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 las facturas 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 asegurarse de 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 los beneficios 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 ó 800-432-6915
Fax: 407-798-0296
www.schoolinsuranceofflorida.com