



GOBIERNO DE PUERTO RICO

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN

Secretario | Lcdo. Eliezer Ramos Parés | ramospr@de.pr.gov

15 de noviembre de 2022

Subsecretario asociado, subsecretario de Administración, subsecretario para Asuntos Académicos, secretaria asociada de Educación Especial interina, secretarios auxiliares, directores de divisiones, institutos y oficinas, gerentes y subgerentes, directores ejecutivos, directores de áreas y programas, superintendentes regionales, superintendentes de escuelas, superintendentes auxiliares, facilitadores docentes, directores de escuela y maestros

Lcdo. Eliezer Ramos Parés
Secretario

SEGURO DE ACCIDENTE DE ESTUDIANTES CON LA COMPAÑÍA CHUBB INSURANCE, AÑO ESCOLAR 2022-2023

El Departamento de Educación de Puerto Rico (DEPR) provee una póliza de seguro de accidentes que cubre a todos los estudiantes del sistema de educación pública con la compañía Chubb Insurance, con el número de póliza **(58PR-2762)**.

Con fecha efectiva del **31 de mayo de 2022** hasta el **30 de mayo de 2023**, este seguro cubre a los estudiantes que asisten a los centros de cuidado diurno, así como a los estudiantes del nivel primario y secundario, nivel ocupacional, estudiantes de los institutos tecnológicos, así como a quienes están realizando la práctica en empresas públicas o privadas.

Los estudiantes tendrán una cubierta de dos horas antes de comenzar sus clases y dos horas después de finalizarlas. El seguro ofrece cubierta en las instalaciones escolares y en actividades educativas regulares que apruebe y supervise el DEPR.

Este seguro ofrece cubierta a los estudiantes que estén realizando 40 horas de trabajo en aprendizaje en servicio comunitario y a los que estén participando en los campamentos de verano coordinados por el DEPR.

La escuela completará el formulario de reclamación de gastos médicos por accidente y se lo entregará al padre, madre o encargado para que lo presente en el lugar donde se le ofrecerá atención médica.

El seguro de accidentes provee las siguientes cubiertas:

- | | |
|---------------------------------------|-------------|
| ➤ Muerte accidental o desmembramiento | \$10 000.00 |
| ➤ Reembolso de gastos médicos | 2 500.00 |
| ➤ Deducible (si no tiene plan médico) | 100.00 |

Este seguro incluye gastos hospitalarios, médico-quirúrgicos, enfermería, dentales, ortopédicos, anestesia, rayos x, ambulancia y cualquier otro gasto médico relacionado con el accidente.

La cubierta de gastos médicos por accidentes funciona como exceso del plan primario.

El procedimiento para presentar una reclamación es el siguiente:

1. Notificar el accidente y someter la reclamación de gastos médicos.

El funcionario autorizado en la escuela debe completar la Sección 1 - Información personal y la Sección 2 - Información del accidente del formulario de reclamación, con el sello de la escuela. Luego, deberá:

- a. Entregar el formulario de reclamación al padre o tutor del estudiante accidentado para que lo entregue en el lugar en que le ofrezcan la atención médica. El padre, madre o encargado debe quedarse con copia, en caso de que se lo soliciten para alguna atención médica adicional.



- b. Entregar la Sección 3 – Informe médico al padre, madre o encargado para que el médico lo complete, en caso de que someta una reclamación.

Si el padre, madre o tutor va a someter una reclamación debe enviar (a los correos electrónicos de Chubb **Insurance Company of Puerto Rico**, de santanaqc@de.pr.gov y de maldonadovj@de.pr.gov) la copia del formulario de reclamación, junto con las facturas médicas o los recibos de pago originales, dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente. Debe quedarse con copia de todos los documentos sometidos con la reclamación.

Agradezco el cumplimiento de esta directriz.





Chubb Insurance Company of Puerto Rico
33 Resolución Street, Ste 500
San Juan, PR 00920-2707

P.O. Box 191249
San Juan,
PR 00919-1249

T +1-787-274-4700
F +1-787-758-6989

Formulario de Reclamación de Gastos Médicos por Accidente

Póliza Suplementaria de Accidentes Personales

Nombre de la Institución Asegurada: _____ Número de Póliza: 58PR- _____

Nota Importante al Reclamante: Este formulario debe ser completado en todas sus partes para poder procesar la reclamación. Si el plan médico primario denegó la cubierta, favor de someter la evidencia correspondiente.

Nombre de Persona Autorizada por la Institución: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Sección 1 – Información Personal

Nombre del Participante: _____

Fecha de Nacimiento: Mes _____ Día _____ Año _____

Nombre completo del Padre o Tutor: _____

Dirección Postal: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Indique si el perjudicado posee Plan Médico primario: Sí No, Nombre del Plan Médico: _____

Sección 2 – Información del Accidente

Fecha del Accidente: Mes _____ Día _____ Año _____

Hora del Accidente: _____ Lugar del Accidente: _____

Descripción del Accidente: _____

Ocurrió el accidente en una actividad supervisada o auspiciada por la Institución: Sí No

Firma de la Persona Autorizada y sello oficial de la Institución

Artículo 27.320 – Aviso de la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico

De conformidad con el Artículo 27.320 del Código de Seguros de Puerto Rico: Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (\$5,000) dólares, ni mayor de diez mil (\$10,000) dólares o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.



Atención Proveedores De Servicios Médicos

Nuestro seguro contra accidentes personales es **Suplementario** a cualquier Plan Médico Primario que posea el participante incluyendo cualquier Plan del Gobierno. Usted sólo podrá facturar a Chubb Insurance Company of Puerto Rico los deducibles o excesos de cubierta del Plan Primario. Seguir los pasos antes mencionados acelerará la evaluación de su reclamación y los pagos según los términos y condiciones de la póliza.

Sección 3 – Informe del Médico

Nombre del Médico (en letra de molde): _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico _____

Fecha de atención médica: Mes _____ Día _____ Año _____

Naturaleza de la lesión y diagnóstico: _____

Descripción del tratamiento efectuado: _____

¿Cuándo aparecieron los síntomas por primera vez? _____

Fecha del primer examen médico del perjudicado debido a su presente condición física: _____

Explique si el perjudicado posee algún historial clínico relacionado a la condición actual: _____

¿El paciente fue Hospitalizado? Si No

Si la respuesta es afirmativa:

Fecha de Ingreso: Mes _____ Día _____ Año _____

Fecha de Salida: Mes _____ Día _____ Año _____

Firma del Médico: _____ Núm. de Licencia: _____

