



CUMBRE DE LÍDERES EDUCATIVOS

DEPARTAMENTO DE
EDUCACIÓN





SECRETARÍA DE SERVICIOS AUXILIARES

Tema: Pólizas y Seguros

Prof.^a Joanelly Maldonado Velázquez
Secretaria Auxiliar



Seguro de Accidentes

Seguro de Propiedad

Seguro de
Responsabilidad Pública

Seguro de Accidentes

- COMPAÑÍA CHUBB
- NÚMERO DE PÓLIZA (58PR-2762)
- EFECTIVO DEL 31 DE MAYO DE 2022 HASTA EL 30 DE MAYO DE 2023

CHUBB Chubb Insurance Company of Puerto Rico P.O. Box 191249
33 Resolución Street, Ste 500 San Juan, PR 00919-1249
San Juan, PR 00920-2707 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, ayude 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.



Seguro de Accidentes

¿Qué cubre el seguro?

- Cubre a todos los estudiantes del DEPR.
- Cubre dos horas antes de comenzar sus clases y dos horas después de finalizarlas.
- Ofrece una cubierta en las instalaciones escolares y en actividades educativas regulares que apruebe y supervise el DEPR.
- La cubierta de gastos médicos por accidentes funciona como exceso del plan primario y en forma de reembolso.
- Incluye muerte accidental- hasta \$10,000; desmembramiento- hasta \$10,000 y Reembolsos de gastos médicos hospitalarios por un máximo de \$2,500.00.

Seguro de Accidentes



Responsabilidades de la escuela

- Notificar el accidente y entregar al padre el formulario.
- Debe completar en el formulario:
 - Sección 1 - Información personal
 - Sección 2 - Información del accidente y colocar el sello de la escuela.
- 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.

Seguro de Accidentes



Responsabilidades del padre, madre o tutor

- El padre, madre o encargado debe quedarse con copia, en caso de que se lo soliciten para alguna atención médica adicional.
- Entregar la hoja de reclamación al médico para que complete la Sección 3.
- Enviar el formulario de reclamación a los siguientes correos electrónicos:
 - *Chubb Insurance Company of Puerto Rico*
 - Secretaría de Servicios Auxiliares
 - [Carmen Santana Quiñones \(santanaqc@de.pr.gov\)](mailto:santanaqc@de.pr.gov)
 - [Profa. Joanelly Maldonado- Secretaria Auxiliar de Servicios Auxiliares \(maldonadovj@de.pr.gov\)](mailto:maldonadovj@de.pr.gov)
- Incluir en la reclamación las facturas médicas o los recibos de pago originales, dentro de los **30** días siguientes a la fecha del accidente.
- Quedarse con copia de todos los documentos sometidos con la reclamación.



Seguro de Responsabilidad Pública

Procedimiento para solicitar el seguro de responsabilidad pública para actividades educativas

- Las escuelas, oficinas, programas o dependencias del Departamento de Educación deberán someter el formulario “*Solicitud de Seguro de Responsabilidad Pública para Actividades Educativas*” al personal designado para cada Oficina Regional Educativa.
- La solicitud debe someterse con 20 días de antelación a la celebración de la actividad.
- Las solicitudes para Internado Ocupacional se canalizarán por medio de la Oficina Ocupacional y Técnica con el director o supervisor del programa.
- El Superintendente de cada ORE es el responsable de aprobar la actividad mediante el visto bueno del formulario de solicitud.

 GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
Secretaría Auxiliar de Servicios Auxiliares

Anexo 1

VB: PARA USO DE LA ORE Y DEL NIVEL CENTRAL

Número de Registro: _____
Nombre: _____
Posición: _____
Fecha de aprobación: _____
Firma superintendente: _____

Nombre de la escuela, oficina o dependencia del Departamento de Educación
Número de código Número de teléfono Correo electrónico

Nombre de la persona que coordina la actividad
Posición Número de teléfono Correo electrónico

Fecha de la actividad Lugar

Tipo de Actividad: Actividad Educativa Graduación Reunión Taller
 Actividad deportiva Adiestramiento Práctica Otro: _____

Breve descripción de la actividad

Nombre de la entidad, localidad o municipio a la cual pertenece la instalación y a la que va dirigida la certificación

Dirección física o postal completa con el código postal del lugar donde se realizará la actividad o práctica
 SI NO

Indique si hay que incluir un asegurado adicional (municipio): ~~Hold Harmless Agreement~~
~~Endorsement~~ Endorsement Hold Harmless Agreement 30 Days Cancellation Clause

Firma del director de la escuela Fecha de solicitud

***Nota Importante: Esta solicitud debe estar autorizada y firmada por el superintendente regional de la oficina regional educativa (ORE), por el superintendente de escuelas o por el superintendente auxiliar designado.

SELLO



Seguro de Responsabilidad Pública



La compañía de seguros no tiene incluidas, en su cubierta, las siguientes actividades:

- Bicicletadas
- Cabalgatas
- Juegos inflables
- Excursiones – No Educativas
- Actividades en balnearios o piscinas
- Actividades de índole social o confraternización
- Actividades con fines de lucro
- Graduaciones que no estén autorizadas dentro de las fechas establecidas por el Secretario de Educación no podrán solicitar el seguro. A menos que medio una autorización del Secretario.
- Solamente se tramitarán solicitudes de seguro para cursos de natación que incluyan la propuesta y sus debidas autorizaciones y proyectos de destrezas acuáticas adaptadas del programa de Educación Física.



Seguro de Responsabilidad Pública



Funciones de la ORE :

- Verificar que la solicitud esté cumplimentada en todas sus partes.
- Cotejar que la solicitud esté firmada por el director de escuela y tenga el sello.
- Verificar que el tipo de actividad solicitada sea una de las autorizadas por el Departamento de Educación y que tenga una breve descripción.
- Garantizar que la solicitud esté cumplimentada en todas sus partes y tenga el visto bueno del Superintendente Regional o persona designada.
- Solicitar el endoso de la compañía de seguro.
- Registrar la información en el documento titulado *Registro de solicitudes autorizadas* y asignar a la solicitud un número de registro por año natural comenzando con el número 001 y el número del año (ejemplo: 001-2022).
- Una vez recibido el endoso por la aseguradora guardar una copia y entregar el original al director de escuela.
- Entregar una copia del registro de solicitudes autorizadas (anejo 3) a la Secretaría de Servicios Auxiliares antes del 31 de mayo del 2023 mediante los siguientes correos electrónicos.
 - Prof.^a Joanelly Maldonado Velázquez (maldonadovj@de.pr.gov).
 - Sra. Carmen Santana Quiñones (santanaqc@de.pr.gov).



Seguro de Responsabilidad Pública

PERSONAL ASIGNADO POR ORE



Oficina Regional Educativa	Nombre del personal designado	Correo electrónico
Arecibo	Sandra Liz Aguilar Centeno	aguilarcsl@de.pr.gov
Bayamón	Omayra Vázquez González	vazquezgo@de.pr.gov
Caguas	Manuel Gorritz Ayala	gorritzam@de.pr.gov
Humacao	Yamille Colón Rivera	colonry@de.pr.gov
Mayagüez	José Felipe Pérez Almodóvar	perezaj@de.pr.gov
Ponce	Milagros Rodríguez Guzmán	rodriguezgm@de.pr.gov
San Juan	Madeline Toro Rodriguez -	tororm@de.pr.gov
Nivel Central	Carmen J. Santana Quiñones	santanaqc@de.pr.gov

Seguro de Propiedad

- **CUBIERTAS**

- ✓ Fuegos
- ✓ Huracanes
- ✓ Terremotos



Seguro de Propiedad

Director Escolar

- Tomar fotos antes y después del incidente
- Justificar el acontecimiento a través del formulario titulado “Notificación de pérdida de propiedad”.
- Enviar el formulario a la Secretaría de Servicios Auxiliares

Secretaría de Servicios Auxiliares

- Se encarga de realiza la reclamación al seguro de propiedad y a las agencias pertinentes.





NOTIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE PROPIEDAD



INFORMACION GENERAL			
Número asegurado:			
Dirección:			
		Pueblo:	Código de área:
Persona de contacto:	Teléfono:	Celular:	

INFORMACION POLIZA	
Número de póliza:	Copias de seguros:

INFORMACION PERDIDA			
Fecha de pérdida:	Hora:	Tipo de pérdida:	Estimado:
/ /	AM PM		
Lugar de la pérdida:			
Descripción:			
Recobrado por:			
Firma:		Fecha:	



Seguro de Propiedad





CUMBRE DE LÍDERES EDUCATIVOS

DEPARTAMENTO DE
EDUCACIÓN

