

**FORMULARIO DE RECLAMO DEL 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, guardián) de proporcionar a la compañía con todas las facturas, 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 u hospital para ser enviado.** Lo tiene que hacer usted mismo. Envíe este formulario a School Insurance of Florida para hacer un reclamo. **No deje este formulario con su médico ni en el hospital.**

**Parte A: El PADRE O GUARDIAN DEBE LLENAR Y FIRMAR ESTA PARTE.** (Imprima su 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.** (Utilice el reverso de éste formulario si necesita más espacio.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Fecha de la herida: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ AM o PM Lugar de accidente: \_\_\_\_\_

7. Parte del 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 proceso: ¿Cual es su deducible o su pago fijo (si cualquiera)?-

\$ \_\_\_\_\_ ¿Al momento del este accidente, fue el 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 la madre y empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador de la madre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

11. Nombre del padre y empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador del padre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

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 de esta autorización será considerada como eficaz y válida como la original. **LEY DE LA FLORIDA:** "Cualquier persona que con conocimiento y con el intento a dañar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, hacer una declaración de reclamos que contiene información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un crimen de tercer grado."

12. Firma del padre o guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**PARTE B: DEBE SER LLENADO POR UN OFICIAL DE LA ESCUELA POR TODAS LAS HERIDA RELACIONADAS 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Instructions to file a claim: 1)** You must file your claim with your other (Primary) insurance company first. Other insurance includes HMO's, PPO's BC/BS, United, Employer Benefits, HSA's or Tri-care. This is secondary, excess coverage. When your claim has been processed by your primary insurance; mail a copy of the explanation of benefits (EOB's), the itemized bills to School Insurance of Florida. We cannot accept a balance due statement. **2)** A completed School Insurance of Florida Claim Form must be submitted within 90 days from the date of the incident. If the condition is school related or happened at school Part B must be completed. If the condition did not happen at school complete Part A and mail directly to School Insurance of Florida. **3)** The plan administrator mailing address is: School Insurance of Florida P.O. Box 784268 Winter Garden, FL. 34778-4268 Telephone: 1-800-432-6915. **Instrucciones: 1)** Usted debe hacer su reclamo con su compañía de seguro primario antes que con nosotros. Otro seguro incluye HMO, PPO, BC/BS, United, Beneficios de Empleados, HSA o Tri-care. Este es un seguro secundario, cobertura de exceso. Cuando su reclamo haya sido procesado por su seguro primario, envíe por correo a School Insurance of Florida copia de la explicación de los beneficios y facturas detalladas. No podemos aceptar estados de cuenta por pagar. **2)** El formulario de reclamo debe ser completado y enviado a School Insurance of Florida dentro de los 90 días después del accidente. Si la condición es relacionada a la escuela o sucedió en la escuela, la Parte B debe ser completada. Si la condición no sucedió en la escuela, complete la Parte A y envíe el formulario directamente a School Insurance of Florida. **3)** La dirección del Administrador de este plan es: School Insurance of Florida P.O. Box 784268 Winter Garden, FL 34778-4268 Teléfono: 1-800-432-6915.

**2019-2020 Distrito Escolar del Condado Hillsborough  
Información Importante para Padres de Estudiantes Atletas**

**Estimados Padres:**

El Distrito Escolar del Condado de Hillsborough está muy interesado en proporcionar un ambiente seguro para todos los estudiantes atletas. Sin embargo, los accidentes suceden durante prácticas y juegos atléticos autorizados por el Distrito/FHSAA. Para asegurar que todos los atletas tengan acceso al seguro contra accidentes básico, el distrito escolar del condado de Hillsborough requiere a todos los padres a pagar una cuota por la participación en deportes que incluye acceso básico al seguro contra accidentes de deportes. El plan de seguro contra accidentes de deportes no está diseñado para reemplazar pólizas de seguros familiares. **Si usted tiene otro seguro primario, la póliza de la escuela puede ayudar a pagar algunos de los gastos como deducibles, co-pagos y los gastos dentales que no son cubiertos por su póliza de seguro familiar. La póliza no pagará el 100% de todos los gastos médicos.** La póliza está vigente durante las prácticas y los juegos deportivos autorizados por el Distrito/aprobados por la Asociación Atlética de las Escuelas Secundarias de Florida (FHSAA), por sus siglas en Inglés, supervisados directamente por un empleado del Distrito Escolar del Condado de Hillsborough. La cobertura de la póliza de la escuela empezará el 20 de Mayo, 2019 y terminará el día del último juego oficial de la temporada de deportes o el 19 de Mayo, 2020, cualquiera sea primero. Esta póliza incluye actividades autorizadas por el Distrito/FHSAA como está definido abajo y condicionamiento de verano 2019 como es definido en este formulario y por la FHSAA (Asociación Atlética de las Escuelas Secundarias de Florida). No se provee cobertura para club deportivos, gimnasio abierto, campamentos de deportes en verano, ligas privadas, ligas de verano, prácticas de verano, juegos de verano o ejercicios de verano; o cualquier actividad deportiva que no esté sancionada por la FHSAA o no esté en este formulario.

**Por favor visite [WWW.HCPSAthleticProtection.com](http://WWW.HCPSAthleticProtection.com) para más información o para inscribirse para la cobertura.**

**Este es un cargo no reembolsable, los reembolsos no son permitidos.**

**RESUMEN DE LOS BENEFICIOS Y LIMITACIONES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES**

Si un estudiante elegible es lesionado accidentalmente durante una actividad cubierta, la lesión debe ser tratada por un médico licenciado dentro de (30) días después de la fecha en que ocurrió la lesión. La póliza pagará hasta \$25,000.00 en conjunto por beneficios médicos específicos, incurridos dentro de un año de la fecha de la lesión cubierta sujeta a los siguientes límites de la póliza:

**Visitas al doctor / consultas:** Paga hasta \$45 por el primer día de atención y hasta \$30 por cada visita de seguimiento.

**Cargos por cirugía:** Paga los beneficios como están enumerados en el Tabulario de Compensación Obrera de la Florida (Sección A edición 2007).

**Cargos por anestesia:** Paga los beneficios que están enumerados en el Tabulario de Compensación Obrera de la Florida (2007). No cubre cargos de CRNA.

**Cargos por paciente interno:** Paga hasta \$750 por día para el hospital en un cuarto semi-privado y todos los cargos de hospital. (Excepto artículos de conveniencia personal, T.V., teléfono, etc.).

**Cuidados intensivos:** Paga hasta \$1000 por día de confinamiento en cuidados intensivos.

**Servicio licenciado de ambulancia:** Paga hasta \$500 por el viaje inicial a la facilidad médica más cercana (por aire o tierra).

**NOTA IMPORTANTE:** La póliza del distrito de las escuelas del condado de Hillsborough NO es “Seguro Primario” y no está diseñado para reemplazar una póliza de seguro familiar. La póliza del distrito está diseñada para proporcionar ‘cobertura secundaria o en exceso’. Esto significa que la póliza de accidente de estudiante no pagará ningún gasto que podría ser cubierto por otro seguro familiar o un SEGURO MEDICO GLOBAL o PPO. **La póliza del seguro contra accidentes no garantiza 100% del reembolso para todos los gastos médicos incurridos.** El plan tiene limitaciones y exclusiones. El distrito escolar del condado de Hillsborough no asume responsabilidad por el pago de los gastos médicos que no son cubiertos por la póliza del distrito escolar del condado de Hillsborough, ni por beneficios que podrían ser recibidos de otras fuentes de cobertura o seguro. Usted debe contactar a su seguro primario para obtener beneficios antes de hacer el reclamo para beneficios con la póliza escolar.

**CONDICIONAMIENTO FUERA DE TEMPORADA Y DE VERANO** – Este seguro proveerá cobertura durante el condicionamiento de verano y condicionamiento fuera de temporada como es definido por el FHSAA. Condicionamiento es definido como: “Entrenamiento de Pesas”, el cual es el uso de pesas y aparatos estacionarios. “Condicionamiento Cardiovascular” el cual es entrenamiento de distancia e intervalo. “Pliométricos” el cual es el uso de programas de condicionamiento pre-establecidos. “Condicionamiento” NO ES la enseñanza de técnicas específicas del deporte, ni prácticas, y **TAMPOCO** envuelve el uso de equipos específicos de deporte (ejemplo: bloques, obstáculos, rebotores, pelotas, máquinas de pelotas, bates, pelotas de futbol, raquetas, etc.). **No se provee cobertura para club deportivos, gimnasio abierto, campamentos de deportes en verano, ligas privadas, ligas de verano, prácticas de verano, juegos de verano o ejercicios de verano; o cualquier deporte que no esté sancionado por la FHSAA o no esté en este formulario.**

**COMO MATRICULARSE:** Puede inscribirse en nuestra página de Internet [WWW.HCPSAthleticProtection.com](http://WWW.HCPSAthleticProtection.com) o revisar las opciones de cobertura que se encuentran abajo y seleccionar el grupo que desea. Complete la aplicación y envíela con su giro postal a su entrenador de la escuela o la oficina del Director Atlético. Haga su Giro Postal a nombre de School Insurance of Florida. No hay descuentos por inscripciones. Retenga la parte superior de este formulario para sus registros. **Este es un cargo no reembolsable. Su número de póliza es 09-0132-2020.**

**Grupo A 2019 Futbol Americano Escuela Secundaria y/o 2020 Lacrosse: \$60.00** – Temporada 2019 de Futbol Americano del Distrito Escolar de Hillsborough y sesiones de Práctica de Primavera 2020, como están sancionadas por la FHSAA. La cobertura de Futbol Americano expira después del último juego oficial 2019 o la ultima práctica sancionada por la FHSAA, cualquiera sea primero. La cobertura también se extiende a los jugadores de Lacrosse durante la temporada sancionada de la FHSAA 2020 y para los deportes mencionados en el Grupo B y Grupo C. Esta cobertura se extenderá para las prácticas de futbol de la FHSAA en primavera.

**Grupo B Juegos Interescolares de Escuela Secundaria: \$40.00** – Patrocinados por el Distrito Escolar del Condado de Hillsborough: Soccer, Volleyball, Baseball, Softball, Lucha, Baloncesto mientras estén en instalaciones escolares, como es sancionado por la FHSAA. También provee cobertura para los deportes del Grupo C.

**Grupo C Juegos Interescolares de Escuela Secundaria: \$30.00** – Patrocinados por el Distrito Escolar del Condado de Hillsborough: Porristas, Golf, Cross Country, Pista (Track), Tennis, Natación, Futbol de banderas para niñas, Unidades Auxiliares de la Banda de Marcha, Entrenadores de Equipo / directores, mientras están en instalaciones escolares y en eventos que sean sancionados por la FHSAA.

**Deportes de Escuela Intermedia: \$25.00** – Patrocinados por el Distrito Escolar del Condado de Hillsborough: Pista (Track/Field), Soccer, Volleyball, Baloncesto, Futbol de Banderas para niños/ niñas, Entrenadores de Equipo / Directores de las escuelas intermedias. La póliza expira después del último juego de la temporada.

**Participantes de JROTC: \$30.00** – Provee cobertura para actividades de JROTC que son exclusivamente organizadas y patrocinadas por el Distrito Escolar del Condado Hillsborough (SDHC) y supervisadas por un instructor designado de JROTC durante el término escolar regular. La cobertura es también provista para los deportes listados arriba en el Grupo C. (Vea la parte de atrás de este formulario para información más específica).

**Banda de Marcha y Unidades de Banderas: \$5.00** – Provee cobertura para las actividades de la banda de marcha y unidades correspondientes que son exclusivamente programadas, organizadas y patrocinadas por el Distrito Escolar del Condado Hillsborough y supervisadas por un instructor del distrito escolar durante el término escolar corriente.

**RESUMEN DEL SEGURO ESCOLAR DEL CONDADO DE HILLSBOROUGH 2020-2020**  
**Underwritten by Reliance Standard Life Insurance, 1100 East Woodfield Road, Two Woodfield Lake, Schaumburg, IL.**

**SEGURO DE EXCESO**

El Certificado del Seguro resume las disposiciones y beneficios de la póliza. Esta póliza no pagará el 100% de todos los gastos médicos incurridos. Se aplican los límites y exclusiones de la póliza. Los beneficios de la póliza son pagaderos, y están sujetos a los límites especificados a continuación, por lesión física accidental resultado de un accidente de deporte cubierto. La compañía pagará el costo razonable de los gastos médicos elegibles cubiertos que no excedan los beneficios máximos enumerados en la póliza (resumidos en este formulario). El beneficio máximo pagadero para cualquier accidente cubierto es de \$25,000.00. **El primer tratamiento médico por un dentista o médico con licencia para un accidente cubierto debe obtenerse dentro de los treinta (30) días de la fecha original de la lesión a fin de ser elegible para los beneficios de la póliza.** La compañía pagará los gastos médicos cubiertos para tratamiento y atención suministrados dentro de las **52 semanas**, a partir de la fecha de un accidente cubierto.

**DEFINICIONES DE LA PÓLIZA: “Accidente cubierto”** se refiere a una lesión física del asegurado que resulta directa e independientemente de otras causas de un accidente cubierto que ocurre mientras la póliza está vigente. Las lesiones intencionalmente provocadas causadas por demasiado ejercicio prolongado, estrés o esfuerzo, o proceso de enfermedad o agravamiento de una condición existente están expresamente excluidas de la cobertura bajo la póliza de accidente. La frase **“Gastos cubiertos”** se refiere a gastos razonables que no excedan los gastos habituales; que no excedan el monto máximo de beneficio pagadero por servicios especificados más adelante; servicios y suministros que no estén excluidos de la cobertura; y servicios y suministros que son necesarios desde el punto de vista médico para el tratamiento del accidente cubierto. **“Condición pre-existente”** se refiere a cualquier condición física para la cual la existencia de síntomas haría que una persona normalmente prudente buscara atención o asesoramiento médico. La condición física incluye cualquier complicación o remanente de una enfermedad anterior o condición sobre la cual la persona fue asesorada o tratada durante los seis (6) meses antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del asegurado bajo esta póliza. **“Hospital”** se refiere a un hospital autorizado o debidamente acreditado que está abierto en todo momento y funciona fundamentalmente y en forma permanente para el tratamiento y cirugía de personas enfermas y lesionadas como internados bajo la supervisión de uno (1) o más médicos legalmente calificados, disponibles en todo momento, con servicios permanentes de enfermería durante las veinticuatro (24) horas por enfermeras matriculadas de turno o de guardia. **“Hospital”** no significa un lugar que es fundamentalmente una clínica, hospital particular, casa de reposo o de descanso, o una institución especializada o que trata fundamentalmente trastornos mentales o nerviosos, a alcohólicos o a drogadictos. **“Cobertura de accidente dentro de la escuela”** se aplica mientras una persona cubierta este asistiendo a un deporte interescolar o práctica o competencia, que esté sancionado y planificado por la escuela, en el local de escuela o lejos de local de escuela, durante las horas y en los días que estén en sesión; tomando parte en actividades, excepto como un espectador, que son exclusivamente financiadas, patrocinadas, supervisadas y planificadas por la escuela en el local de escuela o lejos de local de escuela, durante o después de horas de clase; viajando directamente y sin interrupción a o de un juego y la escuela para sesiones regulares de escuela o tal tiempo de viaje, de un alumno cubierto. Términos y provisiones adicionales aplican, los cuales son indicados en la Póliza Comprensiva Magistral de Seguro contra accidentes publicada al distrito de la escuela y en el archivo para su revisión. **“Efectos de otra cobertura”** se refiere a que la cobertura de seguro ofrecida bajo la póliza deberá **“EXCEDER”** cualquier otro seguro o planes cobrables, incluyendo aunque no limitada al Programa de Incentivo de Práctica (Practice Incentive Program) (P.I.P. por su sigla en Inglés) y pagos auto-médicos, Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMOs, por su sigla en Inglés) u Organizaciones de Prestadores Preferidos (PPOs, por su sigla en Inglés), sujeta a los límites estipulados en la póliza. Se reservan los derechos de subrogación de terceros. Los pagos totales por todos los planes de seguro, incluyendo HMOs y PPOs no deberán exceder nunca el total de los gastos médicos incurridos. **“Cobertura de JROTC o Banda”** La póliza provee seguro básico para estudiantes registrados en JROTC o Banda del Distrito Escolar del Condado Hillsborough (SDHC) durante las actividades de JROTC o Banda que son exclusivamente programadas, organizadas y patrocinadas por SDHC y supervisadas por un instructor designado de JROTC durante el término escolar regular. Si un estudiante registrado en JROTC o Banda es lesionado durante una actividad que es completamente o parcialmente organizada, programada y/o controlada por un tercero, otro que no sea el Distrito Escolar del Condado Hillsborough, la cobertura de la póliza no está en efecto para ese estudiante durante esa actividad. Lesiones que ocurren durante clases o actividades del día escolar regular o actividades como clase de educación física, clase de taller, hora de almuerzo o caminando hacia o desde las clases no son cubiertas por esta póliza.

**EXCLUSIONES- Lo que no cubre la póliza:**

1. Cualquier tipo de deporte organizado o campamento, club deportivo, artes marciales o escuelas de boxeo que no son sancionados por el FHSAA o el Distrito Escolar.
2. Daños a dientes que no estén enteros, sanos, vitales y naturales o puentes dentales existentes, coronas, restauraciones o frenillos; procedimientos o servicios de ortodoncia Tratamiento por lesión o función del diente causado ya sea por descomposición, infección o falla de una restauración dental.
3. 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 atención psiquiátrica.
4. Cualquier forma de enfermedad, o dolencia incluyendo, aunque no limitada a las siguientes: Enfermedad de Perthes, Enfermedad de Osgood-Schlatter, Osteomielitis, Osteocondritis, Osteogenesis Imperfecta, fractura de epífisis femoral superior, Tromboflebitis, reacciones histéricas, o condiciones similares (salvo que se adquiera, la Opción de Beneficio por Enfermedad Hospitalaria).
5. Cualquier forma de pelea o riña o ataque con propósito criminal o cuando el asegurado se vea involucrado en una actividad ilegal.
6. Servicios o tratamientos prestados como una parte del servicio de la escuela miembro de un hospital, médico, o persona empleada o comprometida por el miembro, o por una persona relacionada con el asegurado ya sea por sangre o matrimonio.
7. Viajando, montado, al ser chocado, remolcado, abordando u operando cualquier vehículo a motor. Los gastos médicos elegibles no cobrables de otra cobertura válida se abonarán hasta \$2,000.00.
8. Guerra o cualquier acto de guerra (ataques sorpresivos por aire, tierra o mar se considerarán actos de guerra), desobediencia civil, conspiración o insurrección.
9. El uso o mientras está bajo la influencia de las drogas salvo que se hayan administrado según prescripción médica.
10. La existencia o agravamiento de debilidad física o mental, condición o enfermedad, ya sea infecciosa, congénita, secundaria o adquirida en origen. Condiciones o el agravamiento de condiciones originadas antes de la fecha de entrada en vigencia del Asegurado.
11. El gasto que resulta de tomar parte en actividades por la cual beneficio serían pagados, en ausencia de este seguro, bajo cualquiera high school o póliza de accidente catástrofe asociación-patrocinado o el fideicomiso son excluidos expresamente del alcance.
12. Medicamentos, drogas, inyecciones, insumos varios y medicamentos, salvo aquéllos administrados durante la hospitalización o cuando la persona se atiende en una sala de emergencias.
13. Ninguna herida que no es un resultado directo de la práctica o el juego interescolar aprobado de la escuela del Condado de Hillsborough durante el término regular de la escuela.

**FECHAS DE EFECTIVIDAD Y TERMINACION DE LA COBERTURA:** La cobertura entra en vigencia el primer día de condicionamiento de verano como es designado por el Distrito Escolar del Condado de Hillsborough o el primer día de práctica para la temporada FHSAA 2019-2020, como es sancionado por la Asociación Atlética de las Escuelas Secundarias de Florida (FHSAA). La cobertura termina después del último juego oficial o práctica sancionada por la FHSAA, o Mayo 20 de 2020, cualquiera sea primero. Para matriculaciones tardías, recibidas después del primer día de práctica o condicionamiento, la cobertura entra en vigencia en la fecha en que el pago es recibido por el entrenador o la compañía de seguros.

**COMO REALIZAR UN RECLAMO:** Inmediatamente, reporte cualquier accidente de deportes al Entrenador o la Oficina de la Escuela. Obtenga el reporte de accidente de la escuela y un formulario de reclamos. Información adicional relacionada a los reclamos, puede ser encontrada en nuestra página web [WWW.HCPSAthleticProtection.com](http://WWW.HCPSAthleticProtection.com). Complete el formulario y envíelo con el reporte de accidentes de la escuela a [School Insurance of Florida, P.O. Box 784268, Winter Garden, FL 34788-4268](mailto:School Insurance of Florida, P.O. Box 784268, Winter Garden, FL 34788-4268). Para el estado de un reclamo y/o elegibilidad, puede llamar al 1-800-432-6915. Por favor recuerde, si usted tiene algún otro tipo de cobertura como seguro médico a través de su empleador, HMO, PPO, Blue Cross, etc., usted debe notificarle a ellos primero.

**SI TIENE PREGUNTAS EN RELACION A ESTA POLIZA, POR FAVOR NO CONTACTE A LA ESCUELA. Contacte a la agencia que se encarga de los reclamos y pagos: SCHOOL INSURANCE OF FLORIDA. 1-800-432-6915.** El certificado del seguro resume las disposiciones y beneficios de la póliza #09-0132-2020 (formulario archivado #LRS-8985-0100-FL). Cualquier diferencia entre la póliza y el certificado se resolverá de acuerdo con las disposiciones de la póliza. Sólo los estudiantes con horario completo, matriculados en el Distrito Escolar de Condado de Hillsborough tienen derecho a recibir beneficios bajo esta póliza.

**LA LEY DE LA FLORIDA ESTABLECE QUE:** *Cualquier persona que astutamente y con intención para herir, defraudar o engañar cualquier compañía de seguros, realice una declaración de reclamo o una forma de matriculación que contienen cualquier información falsa o incompleta o engañosa es culpable de un crimen grave de tercer grado.*