4 de mayo de 2004

Lydia Manón Álvarez Zambrana
Presidenta
Comité de Normas y Procedimientos
Y Revisión de Formularios

Lcda. Eunice E. Amaro Garay
Directora Ejecutiva

Félix A. González Santiago
Director
Departamento de Administración de Propiedades

PROCEDIMIENTO

Le incluyo Procedimiento Interno para el manejo de casos por caídas en los predios de la Agencia, para la evaluación del Comité de Normas y Procedimientos y Revisión de Formularios que usted preside.

El mismo cumple con el propósito de establecer la forma y manera de atender y referir los casos de reclamaciones de visitantes por daños ocasionados por caídas mientras están de visita en los predios de la Agencia o sus Oficinas Regionales.

Este procedimiento fue referido al Departamento de Asuntos Legales para su revisión y visto bueno.

De necesitar más información sobre el mismo favor de referirse al que remite.

Saludos

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles
Departamento de Administración de Propiedades

Procedimiento Interno para el manejo de casos por caídas en los predios de la Agencia.

I. Base Legal

Se aprueba este procedimiento a tenor con las disposiciones de la Secciones 14 y 15 de la ley Núm. 138 de 26 de junio de 1968, según enmendada

II. Propósito y alcances:

El propósito de este procedimiento es establecer la forma y manera de atender y referir casos de reclamaciones de visitantes por daños ocasionados por caídas mientras están de visita en los predios de la Agencia. El mismo deberá ser observado por todas las dependencias de la Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles.

III. Introducción:

En ocasiones la agencia recibe visitas de lesionados, familiares u otras personas que acuden a realizar gestiones o a atender asuntos oficiales. En algunos casos estas personas sufren accidentes que dan margen a reclamaciones por daños como resultado de golpes, contusiones o heridas que ocurren dentro de los predios de la agencia.

La Agencia consciente de esta situación y con la intención de proteger sus activos en casos de reclamaciones y/o demandas por parte de estas personas para cubrir gastos médicos y de otra naturaleza, mantiene una póliza de seguro por daños o responsabilidad pública.

IV. Procedimiento a seguir en casos de lesiones o daños sufridos en la Oficina Central

1. Cuando un lesionado, visitante u otra persona se encuentre realizando gestiones o tratando asuntos oficiales sufra una caída, golpes o daños de naturaleza física, deberá notificarlo

inmediatamente al director o supervisor del depa
surgió el incidente.

2. El director o supervisor del departamento d
incidente notificará de manera inmediata a
Departamento de Administración de Propiedad
mismo al séptimo piso.

3. De ser necesario, el Director de Administración
coordinará con el Departamento de Asunto
prestación de primeros auxilios.

4. En el Departamento de Administración de Pro
entregará un formulario para que la perso
información solicitada en el mismo. Se le entre
del documento e igualmente, se le orientará sob
seguir con cualquier reclamación que tuviere a bi
informará el nombre, dirección y teléfono de
aseguradora que maneja nuestra póliza.

5. La secretaria del Director del Departamento de
de Propiedades enviará copia del Informe a la
retendrá copia para el expediente en la Oficina.

**V. Procedimiento a seguir en casos de lesiones o daños su
Oficina Regional**

1. Cuando un lesionado, visitante u otra persona
realizando gestiones o tratando asuntos oficiales s
golpes o daños de naturaleza física, debe
inmediatamente al director de la Oficina Regiona
donde surgió el incidente.

2. El director de la Oficina Regional o supervisor d
incidente notificará de manera inmediata al
Departamento de Administración de Propiedades.

3. La secretaria del Director Regional le entregará un formulario para que la persona indique la información solicitada en el mismo. Se le entregará el original del documento e igualmente, se le orientará sobre los pasos a seguir con cualquier reclamación que tuviere a bien hacer. Se le informará el nombre, dirección y teléfono de la compañía aseguradora que maneja nuestra póliza.

4. La secretaria del Director Regional enviará copia del Informe de Accidente a la compañía aseguradora, al Departamento de Administración de Propiedades y retendrá copia para el expediente en la Oficina.

VI. Aprobación

Se aprueba este procedimiento interno hoy 15 de diciembre de 2003, y el mismo tendrá vigencia inmediata.

_____

Félix González Santiago
Director, Administración de Propiedades

Visto Bueno

_____

Lcda. Eunice Amaro Garay
Directora Ejecutiva

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles
Departamento de Administración de Propiedades

Envíe esta reclamación a: American Eastern Insurance Company
Ricardo M Steffens Steven A. Paoli
P O Box 363909
San Juan, PR 00936-3909

INFORME DE ACCIDENTE

(Para ser completada por la Persona perjudicada)

Nombre Completo del perjudicado			**Número de Seguro Social**		
Dirección Residencial			**Número de Teléfono**		
Ciudad, Estado o País y Código Postal			**Sexo:**	**Edad:**	
Nombre del Asegurado Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles			**Nombre del Médico o Cirujano que le atendió:**		
Dirección del Asegurado PO Box 364847			**Dirección postal del Médico o Cirujano que le atendió:**		
Ciudad, País y Código Postal: San Juan, PR 00936-4847			**Ciudad, País y Código Postal:**		
Número de la Póliza			**Número de Teléfono:**		
¿Cuando se lesionó?	**Fecha:**	**Hora:** ☐AM ☐PM	**Si estuvo hospitalizado; Nombre del Hospital**		
¿Cuando cesó de trabajar a causa del accidente?	**Fecha**		**Dirección postal del Hospital**		
Si estuvo inhabilitado para trabajar a causa del accidente, indique	**Desde:**	**Hasta:**	**Ciudad, País y Código Postal:**		
¿Fecha aproximada en la cual regresó o regresará a sus labores?	**Fecha:**		**Fechas en que estuvo hospitalizado**	**Desde:**	**Hasta:**

Describa las lesiones sufridas en el accidente:

Describa detalladamente como, cuando y donde ocurrió el accidente (Adjunte hoja aparte de ser necesario)

_____
_____
_____
_____

Por este medio autorizo a cualquier hospital, médico o cualquier otra persona que me ha brindado servicios médicos de cualquier naturaleza a brindar a esta Agencia o a sus representantes toda la información relacionada con cualquier enfermedad o lesión, historial médico, consulta, recetas o tratamiento y copias de todo expediente médico o del hospital.. Una copia fotostática de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.

Compañía:_____

Firma del Perjudicado _____ Fecha_____