



Ante un accidente automovilístico

CONOZCA SUS DERECHOS



Contenido

¿Qué hacer después de un accidente?

Diferentes tipos de Beneficios por Accidente

Beneficios por Accidente con
Independencia de la Culpabilidad

Beneficios para Sustitución de Ingresos

Beneficios para Cuidados y Asistencia
Personal

Beneficios para "No-Asalariados"

Beneficios para Tareas Domésticas y
Mantenimiento del hogar

Beneficios para Cuidados y Asist. Personal

Beneficios para Gastos de Educación

Beneficios para Objetos Personales

Beneficios para Visitantes

Beneficios para Transporte

Beneficios para Funerales y por Defunción

Beneficios médicos y de rehabilitación

Recaudos necesarios

Tabla de Beneficios por Accidente con
Independencia de la culpabilidad

El propósito de este folleto es asistir a personas que han sufrido lesiones en un accidente automovilístico, para que conozcan la legislación sobre indemnizaciones y beneficios de Ontario y brindarles suficiente información que les posibilite iniciar su reclamo ante la compañía de seguros.

Este folleto no es ni pretende ser asesoramiento legal; solamente transmite información general relacionada con temas jurídicos usualmente presentes en los reclamos por beneficios por accidentes.

La asesoría jurídica requiere un conocimiento detallado de sus circunstancias personales y sólo puede obtenerse a través de una entrevista personal con un abogado/a.



¿Qué hacer
después
de un
accidente?

RESUMEN DE BENEFICIOS

¿Qué hacer después de un accidente?

Si usted ha sufrido lesiones graves en un accidente automovilístico, debe dar los siguientes pasos lo antes posible.

- Escriba los nombres, direcciones y números telefónicos de las personas involucradas en el accidente y de los testigos si los hay. Guarde esta información en un lugar seguro.
- Informe a su médico/a de familia que usted ha sufrido una lesión, si es posible dentro de las 24 horas del accidente, para que él/ella pueda obtener su ficha hospitalaria y prepararse para continuar su tratamiento una vez que reciba el alta del hospital.
- Reporte su accidente a la compañía aseguradora con la que tiene asegurado su propio vehículo lo antes posible.
- En caso de que usted no tenga un seguro, repórtelo a la compañía aseguradora del vehículo involucrado en el accidente.
- Reporte el accidente a su empleador o a la institución de enseñanza en la que estudia.

- Si Ud. tiene seguro de discapacidad a través de su trabajo o de una institución de enseñanza, averigüe qué pasos debe dar para informar a la compañía aseguradora acerca de sus lesiones.
- Si la policía no llegó a la escena del accidente, repórtele el accidente también a ellos.
- Si usted necesita ayuda con su cuidado personal ya sea para vestirse, bañarse, para tomar sus medicamentos, para moverse dentro de su casa, etc., pídale al hospital o a su médico/a, que fije una cita para cuidados personales lo antes posible.
- Haga una cita con una oficina legal capacitada en daños personales. La mayoría de las firmas de este tipo ofrecen la primera consulta gratis. Un abogado/a le explicará sus opciones legales.
- Siempre es prudente obtener asesoría legal antes de presentar cualquier declaración jurada o escrita acerca del accidente automovilístico a cualquier compañía de seguros.



BENEFICIOS DISPONIBLES DE ACUERDO A LA LEGISLACIÓN DE ONTARIO

Un accidente automovilístico puede ser muy abrumador. Las víctimas no solamente tienen que enfrentarse con limitaciones físicas y situaciones emocionales difíciles, sino también con circunstancias financieras inesperadas, tales como: la pérdida de ingresos, el alto costo de tratamientos médicos y de rehabilitación, cuidados de enfermería, asistentes personales, etc.

- **SEGURO DE DISCAPACIDAD**
(*Disability Insurance – short/long term disability*)

Si usted tiene un seguro de discapacidad de corto o de largo plazo a través de su trabajo o una póliza privada, debe solicitar los beneficios que le correspondan inmediatamente. Esa póliza de seguro es, legalmente, el “primer pagador”, y el seguro de su vehículo solamente le va a pagar lo que su seguro de discapacidad no le cubra.

- **BENEFICIOS DE ACCIDENTE CON INDEPENDENCIA DE LA CULPABILIDAD**
(*No-Fault Accident Benefits*)

El sistema de Beneficios por Accidente de Ontario tiene el propósito de proveerle acceso rápido a los beneficios esenciales cuando usted está lesionado(a), sin importar quién sea el culpable por el accidente. Por eso se conocen estos beneficios como “*No-Fault Benefits*”.

Estos beneficios tienen el propósito de reducir el impacto del accidente para que usted regrese al trabajo, los estudios, y a la vida social y familiar lo más pronto posible.

● COMPENSACIÓN BASADA EN LA CULPABILIDAD

(Demanda contra terceros)

Además de los beneficios por accidente, usted también puede demandar a las personas responsables del accidente, por las pérdidas que le han causado. Esto es lo que se conoce como una demanda en “Tort”, que busca compensación por su dolor y sufrimiento, pérdidas económicas tales como el déficit entre su pérdida de ingresos y los beneficios por accidentes que reciba, el costo de futuros tratamientos y cuidados médicos, el costo de futuros gastos para obtener asistencia para cuidados personales, y los efectos negativos que sus lesiones puedan tener sobre su capacidad futura de obtener ingresos en el mercado laboral.

Las reglas legales relacionadas con estas demandas son muy complejas. Por ello, recomendamos buscar la asesoría de un abogado/a. Algunos de los factores básicos para tomar en cuenta son los siguientes:

- Más del 99% de estas demandas son resueltas sin necesidad de ir a juicio.
- Usted puede hacer una demanda aún si es parcialmente responsable por el accidente, pero su compensación será reducida tomando en cuenta su propia responsabilidad.
- En la gran mayoría de los casos la compensación la paga la aseguradora de la persona culpable. Si la persona culpable no tiene seguro, será su propia aseguradora la que pagará parte o toda la compensación que a usted le corresponda.
- Si usted estaba manejando su propio vehículo y éste no estaba asegurado, usted no podrá demandar aunque no hubiera sido culpable del accidente.
- Usted únicamente puede demandar por compensación por dolor y sufrimiento, o por futuros tratamientos, si ha sufrido lesiones graves y permanentes, físicas o psicológicas.



- Aún si usted sufre un daño grave y permanente, los primeros \$39,000.00 (*) de cualquier compensación por su dolor y sufrimiento no le será pagados, a menos que sus lesiones sean valoradas en más de \$121,000.00 (**)

Al igual que en los reclamos de beneficios por accidente, existen estrictos límites de tiempo para comenzar la demanda:

- Dentro de 120 días del accidente, usted debe notificar a la persona o personas causantes del accidente, su intención de demandarlas.
- Los adultos deben presentar su demanda en contra del culpable del accidente dentro de los 2 años de ocurrido el accidente. Para los menores de edad el período para realizar la demanda caduca a los dos años de haber alcanzado la adultez (18 años de edad). Consulte con un abogado/a para asegurarse del período límite en su caso.

Le sugerimos

- Consulte con un/a abogado/a antes de hablar con la compañía de seguros. La mayoría de los profesionales de lesiones personales proveerán la primera consulta gratis.
- Usted no tiene obligación de hablar con las compañías aseguradoras acerca de las otras personas involucradas en el accidente, dado que lo que usted les diga podría afectar su derecho a compensación; si Ud. decide realizar una declaración, es una buena idea contar con la compañía de un/a abogado/a o un/a paralegal.

(*) Este monto del “deducible” aumenta cada año, en enero, cuando el gobierno anuncia el índice de inflación del año anterior.

(**) Este monto es revisado anualmente y sube de acuerdo al índice anual de inflación.



Beneficios
por accidentes
con independencia
de la culpabilidad

(NO-FAULT BENEFITS)

Los Beneficios por Accidente con Independencia de la Culpabilidad están disponibles para la persona lesionada, y también pueden estar disponibles para su cónyuge y el resto de su familia inmediata, si ellos están traumatizados por las lesiones que usted sufrió en el accidente.

Usted puede recibir estos beneficios con independencia de:

- haber sido el culpable del accidente;
- su estatus legal en Canadá;
- haber sufrido un atropello, ser ciclista, ser pasajero, o ser la persona que conducía el vehículo;
- que el accidente haya sucedido en otra provincia de Canadá o en los Estados Unidos;
- que el accidente haya involucrado un automóvil, moto, bicicleta motorizada o bicicleta común.

Estos Beneficios podrían ser denegados si:

- sus lesiones fueron el resultado de un accidente laboral. En este caso usted puede reclamar beneficios por medio del Workers' Safety and Insurance Board, WSIB. (En algunos casos Ud. podrá escoger entre los dos sistemas de beneficios. Consulte con un abogado/a antes de decidir cuál de los sistemas de beneficios es más ventajoso para usted y hacer su reclamo).
- usted viajaba en un vehículo y sabía que el mismo no tenía seguro;
- usted viajaba en un vehículo y sabía que la persona que conducía no tenía licencia o que el vehículo estaba siendo usado sin el permiso de su dueño/a.
- usted hizo o tenía conocimiento de algún engaño hecho a la compañía aseguradora al momento de firmar el contrato del seguro;
- su conducción del vehículo resultó en cargos criminales o usted rehusó hacer una prueba del aliento (a menos que más tarde sea absuelto/a).

Si la compañía aseguradora puede comprobar que esas exclusiones se aplican a su caso, usted no calificará y no recibirá Beneficios de Sustitución de Ingresos, Beneficios de No-asalariado, Beneficios de Educación, Gastos de Visitante o Beneficios de Tareas Domésticas.

Las sumas de dinero en este folleto corresponden a las cantidades mínimas de la póliza. Si usted ha comprado cobertura adicional, las cantidades máximas de los beneficios listados abajo pueden ser mayores. Revise su póliza para determinar qué tipo de cobertura tiene.

UNA NOTA PARA LAS PERSONAS GRAVEMENTE LESIONADAS

Las personas que sufren lesiones muy graves, reconocidas como “catastróficas”, reciben beneficios mucho más abarcativos que las personas que sufren otro tipo de lesiones – lesiones menores y “no-catastróficas”. Usted podría tener derecho a estos beneficios por daños “catastróficos” si sus lesiones involucran:

- lesiones de médula espinal que le causen cuadriplejía o paraplejía;
- la pérdida del uso de un brazo o una pierna;
- una pérdida completa de visión;
- una lesión cerebral, determinada según los criterios de la Escala de Coma de Glasgow;
- discapacidad severa permanente, incluyendo trastornos mentales o conductuales, que resulten en un deterioro del cuerpo entero en un 55% según ciertos criterios médico/legales.

Si alguna de esas características corresponde a su lesión, o usted cree que la describen bien, consulte la tabla en la página que compara los beneficios de accidente disponibles para las personas que sufren lesiones catastróficas y no catastróficas.

Si la aseguradora no toma una decisión acerca de la naturaleza catastrófica de sus lesiones usted debe solicitarle que lo haga. Esto se hace por medio de un



formulario (el OFC-19) que su médico/a debe completar, dando una opinión confirmatoria acerca de que sus lesiones reúnen esas condiciones. Si la compañía de seguros no está de acuerdo, le referirá a un médico/a de su preferencia para evaluar sus lesiones y llegar a una determinación.

DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS POR ACCIDENTE Y CÓMO RECLAMARLOS

Si usted está planeando reclamar beneficios por accidente, necesitará completar la solicitud para beneficios de accidente (OCF-1) y enviarla a la compañía de seguros dentro de los 30 días posteriores a la recepción de los formularios en blanco.

Sólo necesita completar un formulario de OCF-1. Muchos de los beneficios que se describen a continuación también requieren que se presente un certificado de discapacidad (OCF-3), que debe ser completado por un médico/a.

No necesita un certificado de discapacidad para cada tipo de beneficio – un formulario cubre todos los beneficios.

Periódicamente la aseguradora le solicitará un certificado de discapacidad actualizado para determinar si continúa teniendo derecho a un beneficio. Cuando eso pase usted tendrá 15 días hábiles para devolver un certificado de discapacidad completo y firmado o sus beneficios podrían ser suspendidos.

Le sugerimos

Su médico/a puede cobrarle, a usted o a la compañía de seguros por completar el certificado. Si usted es quien lo paga, envíe la factura a la compañía de seguros con el certificado de discapacidad y ésta deberá reembolsarle el gasto.

¿A DÓNDE ENVÍO MI SOLICITUD DE BENEFICIOS POR ACCIDENTE?

Si usted tiene seguro propio de automóvil o está incluido/a en alguna otra póliza de seguros de automóvil (por ejemplo, la de su cónyuge, su padre o su madre), aunque su vehículo no haya estado involucrado en el accidente, deberá enviar la solicitud de beneficios a la compañía aseguradora.

Si usted no está incluido/a en ninguna póliza de seguro de automóvil, envíe la solicitud a la compañía que asegura el automóvil en el que usted viajaba cuando sucedió el accidente. Si ese vehículo no tuviera seguro, deberá enviar la solicitud a la aseguradora del otro automóvil. Si usted no estaba en un automóvil cuando sucedió el accidente (porque estaba caminando, iba en bicicleta, etc.), deberá enviar la solicitud a la aseguradora del automóvil involucrado en el accidente. Si ninguno de los vehículos involucrados en el accidente estuviera asegurado, la solicitud deberá ser enviada al Fondo de Reclamaciones de Accidentes Automovilísticos de Ontario, (MVAC).

LÍMITES DE TIEMPO

Para acceder a los beneficios por accidente, usted debe actuar rápido, ya que hay límites muy estrictos de tiempo.

1. Dentro de 7 días de ocurrido el accidente, usted debe informar a la compañía de seguros lo ocurrido y que usted resultó lesionado(a).
2. Usted debe completar y enviar la solicitud de beneficios por accidente OCF-1 dentro de los 30 días posteriores a que le haya sido proporcionado por la compañía de seguros. Si usted no respeta ese plazo, la compañía de seguros puede retrasar sus beneficios durante 45 días y



pueden llegar a negarle los beneficios completamente.

3. La compañía de seguros tiene el derecho de obtener toda la información que necesita para determinar a qué beneficios usted califica. Ud. dispondrá de 10 días hábiles para proporcionar la información que haya sido solicitada por la aseguradora; de lo contrario, le podrían suspender o denegar los beneficios.

4. Si su compañía de seguros le niega los beneficios que le corresponden, usted debe solicitar una mediación de la disputa dentro de los dos años posteriores a la negación. Si esta mediación no resuelve la disputa, usted no debe demorar en presentar una solicitud de arbitraje.

Cambios recientes a la ley indican que su compañía de seguros no está obligada a pagar ningún tratamiento o gasto relacionado al accidente, anterior a la solicitud del beneficio correspondiente, por lo que es importante que usted envíe la solicitud para todos los beneficios que necesite, tan pronto como sea posible, antes de empezar el tratamiento o de incurrir en cualquier gasto.



Detalle de los diferentes beneficios

BENEFICIOS PARA SUSTITUCIÓN DE INGRESOS

(Income replacement benefits)

Si sus lesiones le imposibilitan trabajar, puede calificar para recibir los Beneficios de Sustitución de Ingresos (IRB) que compensarán parcialmente su pérdida salarial; califican quienes tuvieran un empleo en el momento del accidente, quienes hubieran trabajado por lo menos 26 de las 52 semanas anteriores al accidente, e incluso quienes al momento del accidente estuvieran recibiendo beneficios del Seguro de Empleo (El).

Califican para recibir los beneficios de sustitución de ingresos toda aquella persona que sufra una discapacidad considerable para realizar las tareas esenciales del o los trabajos que desempeñaba antes del accidente. Si después de 2 años sigue estando incapacitada, calificará para continuar recibiendo estos beneficios únicamente si la incapacidad para desempeñar cualquier trabajo para el que estuviera preparada por su educación, entrenamiento o experiencia, es completa.

La compañía de seguros le pagará el 70% del ingreso bruto que usted recibía antes del accidente, hasta un máximo de \$400 por semana, menos los beneficios de discapacidad a los que usted tuviera derecho ya sea que provengan de un seguro de trabajo o privado.

SUGERENCIA

Note que los Beneficios de Sustitución de Ingresos comenzarán una semana después del accidente, si usted no puede volver al trabajo. Mientras tanto, usted puede usar sus días de enfermedad o cualquier pago por enfermedad disponible.

CÓMO SOLICITARLO

Para solicitar los Beneficios de Sustitución de Ingresos, además de la solicitud por Beneficios de Accidente OCF-1 y el Certificado de Discapacidad OCF-3, usted también deberá proporcionar el Formulario de Confirmación de Ingresos OCF-2, completado por su empleador.

Periódicamente, la compañía de seguros le solicitará un certificado de discapacidad actualizado, que usted deberá proporcionar dentro de los 15 días hábiles posteriores a su solicitud. De lo contrario sus beneficios podrían ser suspendidos.

BENEFICIOS PARA CUIDADOS Y ASISTENCIA PERSONAL

(Caregiver benefits)

Estos Beneficios solamente se pagan si usted ha sufrido una lesión “catastrófica”, o si hubiera comprado seguros opcionales que extiendan el pago de beneficios al cuidador/a independientemente de la gravedad de las lesiones.

Usted puede tener derecho a los Beneficios para Cuidados y Asistencia Personal si antes del accidente era el principal responsable de los cuidados de una persona dependiente (como un menor, padres o madres con limitación de autonomía, o hermanos/as con discapacidad), sin goce de sueldo, y después del accidente se ve obligado/a a contratar a alguien que le ayude con el cuidado de esa persona debido a que sus lesiones le impiden realizar la tarea. La compañía de seguros podría cubrirle el costo de esa ayuda hasta un monto de \$250 a la semana y hasta un monto de \$50.00 semanales por cada dependiente adicional.

Para recibir estos beneficios, usted debe haber sido el o la cuidador/a principal de la persona. No podrá recibir un beneficio por cuidados si hubiera recibido una remuneración económica por esos servicios. Eso será considerado un empleo y le corresponderá el Beneficio para Sustitución de Ingresos. Este beneficio está destinado sólo para gastos presentados como resultado del accidente y no para gastos pre-existentes.

Usted tendrá derecho a los Beneficios para Cuidados y Asistencia Personal sólo si ha comprado esa cobertura como beneficio adicional, o si sus lesiones son consideradas catastróficas.

CÓMO SOLICITAR EL BENEFICIO

Para solicitar estos Beneficios, además de la solicitud por beneficios de accidente OCF-1 y el certificado de discapacidad OCF-3 descritos al principio de esta sección, usted debe enviar a la compañía de seguros los recibos de los pagos realizados a las personas que hayan estado a cargo de las tareas de cuidados o asistencia, o facturas por dichos servicios, los que deben incluir detalles de las tareas, las horas trabajadas y la tarifa por hora. Periódicamente, la compañía de seguros le solicitará un certificado de discapacidad actualizado, que usted deberá proporcionar dentro de los 15 días hábiles posteriores a su solicitud; de lo contrario sus beneficios podrían ser suspendidos.



BENEFICIOS PARA NO-ASALARIADOS

(Non earner benefits)

Estos beneficios se aplican a quienes no califican para los Beneficios de Sustitución de Ingresos (IRB's). Por ejemplo, personas desempleadas, estudiantes, amas de casa, etc. Los beneficios para "No-Asalariados" son de \$185 semanales. Solamente están disponibles una vez transcurridas cuatro semanas del accidente y se pagan por un máximo de 2 años, si usted continúa estando completamente incapacitado/a para llevar una vida normal como resultado del accidente. Para calificar y recibir los beneficios se deben tener, por lo menos, 16 años de edad.

Los Beneficios para "No-Asalariados" también se aplican a personas que se hubieran graduado recientemente y no estuvieran empleadas en un trabajo que reflejara su capacitación.

ELEGIR UN TIPO DE BENEFICIO SEMANAL

Ya que no se pueden recibir simultáneamente los Beneficios para Sustitución de Ingresos, los Beneficios para Cuidados y Asistencia Personal y los Beneficios para No-Asalariados, usted debe escoger uno de ellos.

Si califica para más de uno, su aseguradora debe enviarle un formulario en el cual podrá escoger cuál de ellos prefiere recibir. Es muy importante que usted tenga en cuenta que su elección no se puede cambiar. Tendrá 30 días para hacer la elección después de que la aseguradora le haya comunicado su derecho a realizar tal elección.

BENEFICIOS PARA TAREAS DOMÉSTICAS Y GASTOS PARA MANTENIMIENTO DEL HOGAR

(Housekeeping benefits)

La compañía de seguros está obligada a cubrir los costos de pagarle a alguien por hacer las tareas domésticas que usted realizaba antes del accidente, únicamente si sus lesiones son consideradas "catastróficas", si éstas le impiden llevar a cabo sus responsabilidades normales en su hogar, y si usted contrata a alguien para que lo haga por usted. Si se cumplen esas condiciones este beneficio le cubre hasta \$100 por semana. No hay límite de tiempo para recibir este beneficio ya que está disponible de por vida siempre y cuando exista la limitación.

Si sus lesiones no son consideradas "catastróficas" sólo tendrá

derecho a prestaciones para tareas domésticas, si ha comprado cobertura adicional que las incluya.

Para solicitar los Beneficios para Tareas Domésticas y Gastos de Mantenimiento del Hogar, además de la OCF-1 y el certificado de discapacidad descritos al principio de esta sección, usted deberá enviar a la compañía de seguros los recibos de sus pagos por tareas domésticas, o facturas por dichos servicios.

En ambos casos se deberán incluir los detalles de los quehaceres realizados (por ejemplo: pasar la aspiradora), las horas trabajadas, y la tarifa por hora. Periódicamente, la compañía de seguros solicitará un certificado de discapacidad actualizado, que usted deberá proporcionar dentro de los 15 días hábiles posteriores a la solicitud. De no cumplirse este requisito la aseguradora podrá suspender sus beneficios.

BENEFICIOS PARA CUIDADOS Y ASISTENCIA PERSONAL

(Attendant care benefits)

La aseguradora puede ser obligada a pagar por servicios de cuidado y asistencia que usted requiera debido a sus lesiones. Estos servicios pueden ser realizados por la persona de su elección, incluso si forma parte de su propia familia, siempre y cuando esté regularmente empleada en esa ocupación, o si sufre pérdidas económicas al prestarle esos servicios.

Los servicios de cuidado y asistencia personal comprenden la asistencia para el aseo personal, vestirse, tomar los medicamentos, la movilidad, la higiene personal, hacer ejercicio y bañarse.

Los montos que se pueden recibir para cuidados personales dependen de la gravedad de las lesiones.

Para lesiones catastróficas, hay un máximo mensual de \$6,000 con un total máximo de \$ 1,000,000.

Para lesiones “no-catastróficas” hay un máximo mensual de \$3,000, con un máximo de \$65,000 combinado con gastos médicos y de rehabilitación, por un periodo máximo de 5 años para los adultos y hasta la edad de 18 para los menores.

Para solicitar los Beneficios de Cuidado y Asistencia Personal además del OCF-1 descrito al principio de esta sección, usted debe presentar una declaración de necesidad de cuidado y asistencia personal conocido como Formulario 1, que debe ser completado por un/a profesional de la salud.

Después de eso, usted debe enviar a la compañía de seguros



los recibos de sus pagos a la persona que le presta los servicios de cuidado y asistencia personal, o facturas por los servicios, las que deben incluir detalles de los quehaceres realizados por la persona, las horas que trabajaba y el salario.

Periódicamente, la compañía de seguros le solicitará una declaración de necesidad de cuidado y asistencia personal (Formulario 1) actualizada, que usted deberá proporcionar dentro de los 15 días hábiles posteriores a la solicitud. De no hacerlo, la aseguradora podría llegar a suspender sus beneficios.

SUGERENCIA IMPORTANTE

Con frecuencia, el momento en el cual los Beneficios de Cuidados y Asistencia Personal son más requeridos, es el inmediatamente posterior al accidente, pero su aseguradora no estará obligada a cubrir los gastos en los que usted incurra antes de realizar una evaluación de las necesidades de cuidados y asistencia personal. Por lo tanto es importante presentar un Formulario 1 al seguro lo más pronto posible. El seguro cubrirá también el costo razonable por el llenado del Formulario 1.

BENEFICIOS PARA GASTOS DE EDUCACIÓN

Education Benefits

Si usted es estudiante, y sus lesiones le han impedido continuar sus estudios primarios, secundarios, post-secundarios o continuos, este beneficio le compensará por aquellos gastos de educación en los que hubiera incurrido antes del accidente. Estos beneficios cubren costos como la matrícula, libros, equipo, alojamiento y comida hasta un máximo de \$15.000. A ese monto se le pueden sumar los Beneficios de “No Asalariado” al que el/la estudiante podría tener derecho como se ha descrito en la sección correspondiente.

CÓMO APLICAR

Para solicitar los Beneficios para Gastos de Educación, además del OCF-1 y el certificado de incapacidad OCF-3 descriptos al principio de esta sección, usted deberá presentar los comprobantes de los gastos por los cuales está reclamando indemnización. La compañía de seguros puede también requerir una carta de la institución de enseñanza a la que asiste, certificados, o registros de asistencia.

BENEFICIOS PARA OBJETOS PERSONALES (ROPA, ETC)

XXXXXXXXXX Benefits

Si en el accidente se dañaron sus prendas de vestir o dispositivos médicos (como anteojos o audífonos), la compañía de seguros debe pagar o sustituir estas pérdidas.

El daño o pérdida de objetos personales como joyas debe ser reclamado a su póliza de seguros personal o a la de su hogar, aunque la mayor parte de las pólizas de hogar tienen una exclusión para los artículos dañados en un accidente automovilístico. Si este fuera el caso con su póliza, este tipo de daño puede ser compensado a través de la demanda por daños a terceros (Tort).

CÓMO APLICAR

Para solicitar estos beneficios, además del OCF-1 descrito al principio de esta sección, usted deberá presentar recibos de los artículos dañados (si los tiene) o un presupuesto del costo estimado para reemplazarlos.

BENEFICIOS PARA GASTOS DE VISITANTE

Visitor expenses Benefits

Los miembros de su familia pueden reclamar los gastos por visitarle durante su tratamiento o recuperación. Esto podría incluir gastos tales como boletos de avión, hospedaje, transporte, comida y estacionamiento en el hospital.

Para solicitar este beneficio, además del OCF-1 descrito al principio de esta sección, deberá presentar recibos por los gastos reclamados, la prueba de la relación entre el miembro de su familia y usted, y una explicación del motivo del gasto.

BENEFICIOS PARA GASTOS DE TRANSPORTE

Si necesita tratamiento médico fuera de la ciudad, o a una distancia de más de 25 km de su domicilio, la compañía aseguradora deberá reembolsarle el costo del transporte para cada cita, por cualquier distancia mayor de 50 km. Esto incluye gastos en gasolina, transporte público o taxis.

Si tiene una lesión catastrófica, la compañía aseguradora debe pagarle por todo el transporte para asistir a las citas médicas.



CÓMO APLICAR

Para solicitar estos beneficios, además del OCF1 descrito al principio de esta sección, usted debe presentar un registro de sus viajes que incluya la fecha, con quién fue la cita, y la distancia de ida y vuelta recorrida. Si conduce un vehículo o es conducido por una persona de su amistad o parte de su familia, existe una tarifa fija por kilometraje por lo que los recibos no serán necesarios. Tampoco se requieren recibos si utiliza transporte público. Sin embargo, si usted necesita utilizar un taxi, deberá presentar recibos con los detalles del viaje.

BENEFICIOS PARA GASTOS DE FUNERAL Y POR DEFUNCIÓN

(Death Benefits)

Si usted ha perdido un familiar directo (padre, madre, hijo, hija, o cónyuge) en un accidente automovilístico, tiene derecho a estos beneficios. La aseguradora pagará el costo del funeral hasta un máximo de \$6.000.

Los beneficios por defunción, para el caso del cónyuge (lo que incluye compañero/a de vida (common-law spouse) o pareja del mismo género), es generalmente de \$25.000. Para el caso de padres, madres, o hijos dependientes el beneficio por defunción es de \$ 10.000 para cada uno.

Si la persona fallecida no tenía cónyuge, los \$25.000 de beneficio serán divididos entre los dependientes existentes. Cónyuges anteriores que tuvieran derecho a pagos de manutención (spousal support) también reciben un beneficio de \$10.000.

Estos beneficios pueden proveer un aporte importante dado el impacto económico inmediato que tiene haber perdido un ser querido. La aseguradora debe pagarlos dentro de los 30 días posteriores a haber recibido la solicitud.

Para solicitar estos beneficios, además del OCF-1 descrito al principio de esta sección, usted deberá presentar una Solicitud para Beneficios por Defunción y Funeral junto al certificado de defunción, prueba de su relación familiar con la persona fallecida, y recibos de los gastos de funeral.

BENEFICIOS MÉDICOS Y DE REHABILITACIÓN

Medical and Rehabilitation Benefits

Su compañía de seguros de automóvil debe pagar una amplia gama de gastos médicos y de rehabilitación que no son cubiertos por el OHIP, siempre que éstos sean razonables y necesarios para el tratamiento de las lesiones sufridas en el accidente.

La aseguradora debe cubrir tratamientos que sean razonables para aliviar el dolor, reducir o eliminar la incapacidad y ayudarlo a reintegrarse a la familia, el empleo y la comunidad.

Estos beneficios pueden cubrir no solamente tratamientos médicos como fisioterapia, tratamientos quiroprácticos y masajes, sino también las modificaciones necesarias en su lugar de trabajo, vehículo y casa, la evaluación y consejería psicológica, la consejería familiar, y la rehabilitación y capacitación vocacional, si estos servicios fueran necesarios en su caso.

El total de pagos disponible para Beneficios Médicos y de Rehabilitación depende de la clasificación de la gravedad de su lesión.

Si sus lesiones son clasificadas como menores (Minor Injury), el máximo disponible para gastos médicos y de rehabilitación es de \$3.500.

- Si sus lesiones son más graves que una “lesión menor”, como en el caso de una fractura o concusión, o si usted sufre de alguna otra condición de salud que limite su recuperación total, deberá presentar documentación médica contundente que respalde el reclamo para que no sean incluídas en la categoría de lesiones menores sino que sean aceptadas como “lesiones no-catastróficas”.
- Si sus lesiones son clasificadas como “no-catastróficas” entonces el límite será de \$65.000, para el combinado de gastos médicos, rehabilitación y cuidados personales.
- Si usted está cubierta/o bajo una póliza de seguros que incluye beneficios opcionales podría tener un límite superior para gastos médicos y de rehabilitación. Para esto se debe revisar su póliza de seguros.



- Si sus lesiones son clasificadas como “catastróficas” entonces su límite de gastos médicos y de rehabilitación será de \$1.000.000.

La compañía de seguros no está obligada a pagar por tratamientos o servicios que se le hayan prestado antes de haber recibido un plan de tratamiento, a menos que los gastos sean por servicios de emergencia (como la ambulancia que le llevó al hospital desde el lugar del accidente).

La ley establece los honorarios máximos que la aseguradora está obligada a pagar por el tratamiento. Si el proveedor de su tratamiento cobra más de lo que permiten las directrices, usted podría ser responsable por la diferencia. Consulte con sus proveedores de servicios para asegurarse de que no le cobrarán más de lo permitido.

Considere cuidadosamente esto a la hora de elegir un centro de rehabilitación: Si más de un centro está igualmente calificado para darle el tratamiento, elija el más cercano. Algunos de dichos centros proporcionan transporte.

CÓMO SOLICITAR EL BENEFICIO

Para solicitar este beneficio, además del OCF-1 y el Certificado de Discapacidad descriptos al principio de esta sección, su proveedor de tratamientos o servicios debe presentar un “Plan de Tratamiento” (Treatment Plan) firmado por usted, que describa qué servicios y tratamientos recibirá. La aseguradora debe aprobar el Plan antes de que comience a ser ejecutado.

La compañía aseguradora debe responder dentro de dos semanas después de que un Plan de Tratamiento le sea presentado.

COSTO DE LAS EVALUACIONES

Su compañía de seguros también está obligada a pagar los costos de cualquier “Certificado de Discapacidad”, “Plan

de Tratamiento” o “Formulario 1” que usted necesite obtener para demostrar su derecho a beneficios por parte de la compañía. No obstante, para que le paguen el costo de las evaluaciones o informes médicos, usted deberá obtener la aprobación previa de la aseguradora.

Para solicitar la aprobación del costo de un informe o evaluación, debe presentar un formulario OCF-18 (Aplicación para la Aprobación de una Evaluación). La aseguradora debe responder a su petición dentro de los 10 días hábiles de presentada.

EXÁMENES MÉDICOS POR PARTE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Exámenes del asegurador (Exámenes de la Sección 44)

La compañía aseguradora se puede rehusar a pagar un beneficio que usted haya solicitado (excepto los Beneficios por Gastos de Funeral y por Defunción) si no obtiene un informe médico de un profesional escogido por la compañía. Si la compañía requiere que usted asista a un examen agendado por ellos y usted no asiste, no estará obligada a pagarle el beneficio.

No obstante, usted estará obligado a asistir solamente cuando la compañía aseguradora le hubiera avisado de la cita en la forma estipulada. La aseguradora está obligada a explicarle con qué beneficio está relacionado el examen, y debe tratarse de un beneficio que usted haya solicitado. La fecha y hora del examen deben ser al menos 5 días después de que usted reciba la carta de notificación, a menos que esté de acuerdo con una reducción de ese plazo.

Si la fecha y hora no le convienen, la aseguradora tiene la obligación de cambiarlas de modo de contemplar su conveniencia, pero dentro de las 2 semanas posteriores a que usted reciba la carta de notificación. Cuando usted reciba la notificación, debe enviarle al doctor que se encargará del examen toda la información o documentación que posea concerniente a su salud.

La aseguradora tiene la obligación de entregarle una copia del informe médico dentro de los diez días posteriores a haber recibido el reporte.



¿QUÉ PASA SI LA ASEGURADORA SE NIEGA A PAGAR?

Si la aseguradora se niega a pagar un beneficio que usted ha solicitado – normalmente esto sucede después de que la compañía ha recibido un informe de su propio médico que sugiere que el gasto no es razonable o necesario, o que usted no satisface los requisitos pertinentes de discapacidad – estará obligada a darle las razones por su decisión. Si usted cree que la compañía de seguros está equivocada, puede solicitar una resolución de disputa al tribunal correspondiente, en este caso el LAT (Licensing and Appeals Tribunal), dentro de dos años de la decisión de la aseguradora, para que refiera el asunto a una audiencia que ayude a resolver la disputa.

En este proceso la compañía aseguradora contratará un abogado para que lo/la represente. Si el asunto es importante para usted o la cantidad de dinero en disputa es considerable, usted también debería consultar y contratar un abogado/a.

Le sugerimos

Si usted tiene seguro de salud por medio de una póliza privada por su empleo, recuerde que éste es el “primer pagador” para servicios médicos. Usted debe reclamar gastos de tratamiento por medio de ese seguro, y la compañía aseguradora de automóviles pagará solamente aquellos costos que dicha póliza no cubra.

Usted es la persona que tiene la última palabra en la decisión de quién le proveerá los servicios médicos que necesita. Consulte con su médico/a, trabajador/a social o quien coordine su alta del hospital.

Asegúrese que quienes la tratan o proveen servicios, conozcan los procedimientos del sistema de Beneficios por Accidentes, y sepan los pasos a seguir para que su tratamiento sea pagado y para que le informen inmediatamente si la aseguradora le niega cobertura.



Apéndice

BENEFICIOS	DESCRIPCIÓN	BENEFICIOS DISPONIBLES
<p>BENEFICIOS MÉDICOS Y DE REHABILITACIÓN</p>	<p>La aseguradora debe cubrir tratamientos que sean razonables para aliviar el dolor, reducir o eliminar la incapacidad y asistirle en el reintegro a la familia, el empleo y la comunidad.</p> <p>Este beneficio puede cubrir no solamente tratamientos médicos (fisioterapia, tratamientos quiroprácticos, masajes etc.), sino también las modificaciones necesarias en su lugar de trabajo, vehículo y casa, evaluación y consejería psicológica, consejería familiar, rehabilitación y capacitación vocacional, si estos servicios fueran necesarios en su caso.</p>	<p>Si sus lesiones son clasificadas como menores (Minor Injury), el máximo para gastos médicos y de rehabilitación será de \$3.500.</p> <p>Si sus lesiones son clasificadas como “no-catastróficas” su límite será de \$65.000, para el combinado de gastos médicos, cuidados personales y rehabilitación. Estarán disponibles por 5 años si la persona lesionada es mayor de 18 años al momento del accidente, de lo contrario estarán disponibles hasta la edad de 28 años.</p> <p>Si sus lesiones son clasificadas como “catastróficas” su límite de gastos médicos y de rehabilitación incluyendo el de cuidados personales será de \$1.000.000.</p>
<p>BENEFICIOS DE CUIDADO Y ASISTENCIA PERSONAL <i>(Attendant Care)</i></p>	<p>Pago por servicios de cuidado y asistencia personal que usted requiera debido a sus lesiones. (Aseo, higiene personal, ayuda para vestir, toma de medicamentos, ejercicios, etc.</p>	<p>Para lesiones “no-catastróficas” hay un máximo mensual de \$3000 para cubrir gastos de cuidado y asistencia personal con un máximo de \$65.000 combinado con gastos médicos y de rehabilitación, por un período máximo de 5 años para adultos y hasta la edad de 28 para menores.</p> <p>Para lesiones catastróficas, hay un máximo mensual de \$6.000 con un total máximo de \$ 1 millón. (Incluyendo gastos médicos y de rehabilitación).</p>
<p>COSTOS DE FUNERALES Y DE DEFUNCION <i>(Death Benefit)</i></p>	<p>La aseguradora podría ser responsable de cubrir los gastos funerales.</p> <p>La aseguradora podría también pagar beneficios por defunción.</p>	<p>Los beneficios de defunción disponibles son de \$25.000 para el/la cónyuge sobreviviente. Si la persona fallecida no fuese casada los \$25.000 se dividirán equitativamente entre los sobrevivientes. También se pagarán \$10.000 adicionales a cada dependiente. Si el fallecido/a fuera dependiente se le pagarán \$10.000 a la persona de la cual dependiera.</p>

BENEFICIOS	DESCRIPCIÓN	BENEFICIOS DISPONIBLES
BENEFICIOS DE SUSTITUCION DE INGRESOS <i>(Income Replacement Benefits)</i>	Pagable durante el tiempo en que la persona lesionada sufra una incapacidad considerable para realizar las tareas esenciales de su(s) trabajo(s)	La compañía de seguros le pagará el 70% del ingreso bruto que usted tenía antes del accidente, hasta un máximo de \$400 por semana, menos los beneficios de discapacidad a los que usted tenga derecho por un seguro de trabajo o un seguro privado. Si después de dos años la persona sigue estando incapacitada, calificará para continuar recibiendo este beneficio únicamente si está completamente incapacitada.
BENEFICIOS DE NO-ASALARIADO <i>(Non-earner Benefits)</i>	Estos beneficios se aplican a las personas que no califican para los Beneficios de Sustitución de Ingresos (IRB's) como lo son los desempleados, estudiantes o amas de casa, etc.	La cantidad disponible es de \$185 semanales, disponible después de la 4ª semana. Pagable después de los 18 años por un máximo de 104 semanas.
BENEFICIOS PARA CUIDADOR/A <i>(Caregiver Benefits)</i>	Estos beneficios solamente se pagan si la persona ha sufrido una lesión "catastrófica", o si el asegurado/a había comprado beneficios opcionales que extienden el pago de beneficios al cuidador/a independientemente de la gravedad de las lesiones.	Usted puede tener derecho estos beneficios si antes del accidente era principal responsable de los cuidados de un dependiente, como niño, padres ancianos o hermanos discapacitados, sin goce de sueldo, y después del accidente se ve obligado/a a contratar a alguien que le ayude con el cuidado de esa o esas personas debido a que sus lesiones le impiden cuidar de ellas. La compañía de seguros podría cubrirle el costo de esa ayuda hasta un monto de \$250 a la semana y hasta un monto de \$50 semanales por cada dependiente adicional.
BENEFICIOS PARA TAREAS DOMÉSTICAS Y GASTOS PARA MANTENIMIENTO DEL HOGAR <i>(Housekeeping Benefits)</i>	Solamente se pagan si la persona ha sufrido una lesión "catastrófica", o si el asegurado/a había comprado beneficios opcionales.	Si la persona ha sufrido una lesión "catastrófica", o si el asegurado/a había comprado beneficios opcionales, el beneficio disponible es de \$100 semanales.

NOTA: EL LISTADO CORRESPONDE A BENEFICIOS DISPONIBLES PARA ACCIDENTES SUCEDIDOS DESPUES DE JUNIO 1, 2016

GLOSARIO O CONTINUACIÓN DE LA TABLA?

TOME RECAUDOS PARA FACILITAR TODOS LOS TRÁMITES QUE DEBERÁ REALIZAR



Las siguientes sugerencias le ayudarán a proteger sus intereses, guardar el historial de sus gastos y facilitar su reclamo de beneficios y compensación.

- Mantenga un registro de los nombres y números telefónicos de todos los profesionales de la salud (doctores, especialistas, terapeutas, etc.), involucrados en su cuidado médico después del accidente.
- Guarde los recibos de todos sus gastos relacionados con las lesiones que sufrió en el accidente. Si es posible, guarde copias de los recibos enviados a la compañía aseguradora para su reembolso. Si no es posible copiarlos, guarde un registro detallado de todos los gastos que usted haya enviado a cada compañía aseguradora, y cuándo y cuál fue la respuesta que recibió de parte de ellas. Esto le ayudará a mantener un registro de lo que se le debe.
- Mantenga un registro del tiempo que su familia o personas allegadas dedican a cuidarlo/a, hacer las tareas domésticas o ayudarle en la casa a causa de sus lesiones. Tome nota de quiénes lo hacen, qué tareas realizan, y el tiempo que les toma.
- Usted puede hacer todo esto en hojas separadas o en un diario o agenda, que también puede usar para anotar cómo se siente cada día. Si el accidente no fue completamente su culpa, escriba “Para Mi Abogado” en la portada del diario para proteger su privacidad más adelante.

AVISO