



**ACUERDO DE EXENCION DE RESPONSABILIDAD**

EN CASO DE ACCIDENTES PARA TRABAJADORES VOLUNTARIOS

VOLUNTEER WORKER HOLD HARMLESS AGREEMENT

*Favor de volver la forma de parroquia/escuela/organización eclesíastico*

Parroquia/Escuela/Entidad: \_\_\_\_\_  
(Incluye la Arquidiócesis de Denver)

Datos del Voluntario: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Información médica

Seguro Médico: \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Los trabajadores voluntarios que donan su tiempo de forma regular están cubiertos por una Póliza de Accidentes para heridas o daños que ocurran mientras estén realizando su trabajo voluntario. Esta póliza paga por los gastos médicos no cubiertos por su propia póliza de Salud y Accidente (por ejemplo, gastos deductibles o co-pagados). Nuestra póliza puede pagar también las cantidades sobrantes de los gastos no cubiertas por la propia póliza del voluntario. Las reclamaciones deben ser remitidas primero a su propia compañía de seguro. Si no tienen otra compañía, esta póliza paga hasta un máximo de 2,500 dólares en concepto de facturas médicas. No paga por el salario perdido o discapacidad permanente. Los voluntarios no están cubiertos por la póliza de compensación de los trabajadores en ningún momento.

Debido a muchas heridas serias sufridas por voluntarios mientras se encontraban realizando trabajos de construcción y remodelación del edificio, es posible que no se utilicen voluntarios para este tipo de trabajos. Por favor, lea la siguiente información y después fírmela y ponga la fecha al final de la página.

He examinado detenidamente la información expuesta en la parte superior. Estoy de acuerdo con ella y prometo abstenerme de reclamar a la parroquia/escuela/entidad ni a la Arquidiócesis de Denver por los gastos médicos, salarios perdidos, costos permanentes de discapacidad, o beneficios por heridas o muerte causados como resultado de un accidente mientras realizo actividad es de trabajo voluntario.

Entiendo que soy responsable por todas las facturas médicas si resulto herido mientras realizo trabajo voluntario. Si resulto herido, deberé ser llevado al médico u hospital especificado arriba. En caso de emergencia seré trasladado a la adecuada instalación médica más cercana.

Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Atestiguado por el Pastor o Supervisor: \_\_\_\_\_