

## COBERTURA DEL SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES 2014 – 2015

**COBERTURA OPCIONAL CONTRA ACCIDENTES DURANTE EL HORARIO ESCOLAR:** Se ofrece cobertura para las lesiones cubiertas por la póliza que ocurran durante el horario escolar y los días en los cuales funciona la escuela y durante la asistencia o participación en actividades patrocinadas o supervisadas dentro o fuera de las instalaciones de la escuela. Está incluida la participación en: Actividades recreativas de verano patrocinadas por la escuela, las excursiones escolares de un día (sin pernoctar) y las actividades religiosas patrocinadas por la escuela. La cobertura se ofrece para el viaje, durante o después de tales actividades, como miembro de un grupo, en el transporte provisto o contratado por el titular de la póliza y para el viaje directo desde y hacia su hogar y la escuela o el sitio donde se realizará la actividad cubierta por la póliza. No se proporciona cobertura mientras participan en deportes practicados.

**Prima anual:** Oro: \$35.00 Plata: \$18.00 Bronce: \$11.00 Cobre: \$10.00

**COBERTURA OPCIONAL CONTRA ACCIDENTES LAS 24 HORAS:** La cobertura se ofrece las 24 horas del día. Se ofrece cobertura durante los fines de semana y períodos de vacaciones, incluso durante todo el receso de verano. Los estudiantes están protegidos mientras están en su hogar o lejos de este, en cualquier lugar, en cualquier momento, en todas partes. No se proporciona cobertura mientras participan en deportes practicados. **Prima anual:** Oro: \$160.00 Plata: \$88.00 Bronce: \$55.00 Cobre: \$50.00

**COBERTURA DENTAL OPCIONAL LAS 24 HORAS (se puede contratar por separado o con otra cobertura):** La cobertura del seguro tiene vigencia las 24 horas del día. La lesión debe tratarse dentro de los 60 días después de ocurrido el accidente. Los beneficios se pagarán dentro de los 12 meses posteriores a la fecha en que ocurrió la lesión. El monto máximo elegible de gastos a pagar por lesión cubierta es de \$25,000. Además, cuando el dentista certifique que el tratamiento debe diferirse hasta después del Período de beneficios, los beneficios diferidos se pagarán hasta un máximo de \$1,000. El estudiante debe ser tratado por la lesión dental por un dentista legalmente calificado que no sea su familiar inmediato. La cobertura está limitada al tratamiento de los dientes sanos y naturales. **Prima anual: \$8.00**

**PERÍODO DE COBERTURA:** La cobertura opcional contra accidentes durante el horario escolar, la cobertura opcional contra accidentes las 24 horas y la cobertura dental opcional las 24 horas comienzan en la fecha en que se recibe el pago de la prima, pero no antes del inicio de las actividades escolares del año. La cobertura opcional contra accidentes durante el horario escolar finaliza al cierre del período escolar regular de nueve meses, salvo durante las actividades en las que participe el alumno durante el verano y que estén patrocinadas y supervisadas exclusiva y únicamente por la escuela. La cobertura opcional contra accidentes las 24 horas y la cobertura dental finalizan cuando la escuela reinicia sus actividades el siguiente año escolar. La cobertura está disponible conforme al plan durante todo el año escolar según las primas cotizadas (**las primas prorrateadas no están disponibles**).

**CLÁUSULA DE COBERTURA PRIMARIA:** Se pagarán los beneficios por los gastos médicos cubiertos, desde que se incurrió en el gasto del primer dólar. Los beneficios se pagan de manera adicional e independientemente de los pagos de otras compañías aseguradoras contratadas.

**BENEFICIOS MÉDICOS:** Cuando un estudiante recibe tratamiento por parte de un médico o cirujano legalmente calificado (que no sea familiar directo del estudiante ni una persona contratada por la escuela) a causa de una lesión cubierta en la póliza, o es hospitalizado para recibir un tratamiento dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la lesión, la Compañía pagará los beneficios según lo indicado en la Tabla de Beneficios, con sujeción a la cláusula de cobertura primaria completa mencionada anteriormente. Solamente se cubrirán los gastos médicos elegibles en los que incurrió el Asegurado dentro de las 52 semanas a partir de la fecha del accidente. Los beneficios para cualquier accidente no excederán en total el monto máximo establecido en el plan de beneficios médicos contratado. No se cubrirán los gastos en los que se incurra después de un año a partir de la fecha de la lesión, aunque el servicio sea continuo o sea necesario demorarlo pasado un año desde la fecha de la lesión.

**MUERTE ACCIDENTAL, DESMEMBRAMIENTO Y PÉRDIDA DE LA VISTA:** Cuando una lesión cubierta por la póliza resulte en cualquiera de las pérdidas del Asegurado establecidas en la Tabla de Beneficios para muerte accidental, desmembramiento o pérdida de la vista, la Compañía pagará los beneficios establecidos en la tabla para dicha pérdida. La pérdida debe haberse sufrido dentro de los 365 posteriores a la fecha del accidente.

El beneficio máximo a pagar en virtud de esta cláusula se establece en la Tabla de Beneficios en los puntos Máximos y Período de beneficios: 1) vida 2) ambas manos o ambos pies, o la vista en ambos ojos; 3) pérdida de una mano y un pie; 4) pérdida de una mano y la vista completa en un ojo; 5) pérdida de un pie y la vista completa en un ojo; 6) pérdida de una mano o pie; 7) pérdida de la vista en un ojo; 8) pérdida del pulgar y el índice de la misma mano. Se pagará la mitad del beneficio máximo por la pérdida de una mano, un pie o la vista en un ojo. Pérdida de la mano o el pie significa la amputación total a la altura o arriba de la muñeca o la articulación del tobillo. Pérdida de la vista significa la pérdida completa y permanente de la vista en un ojo. La pérdida de la vista debe ser irre recuperable por medios naturales, quirúrgicos o artificiales. Pérdida del pulgar e índice de la misma mano significa la amputación total a la altura o arriba de las articulaciones metacarpofalángicas de la misma mano (las articulaciones entre los dedos y la mano). Amputación significa la separación total y el desmembramiento de una parte del cuerpo. Si el Asegurado sufre más de una de las pérdidas cubiertas mencionadas anteriormente como resultado del mismo accidente, el monto total que pagará la Compañía será el monto del beneficio máximo. Los beneficios que se paguen en virtud de esta cláusula se pagarán de manera adicional a cualquier otro beneficio proporcionado por la Póliza. Los beneficios de esta cláusula están sujetos al resto de las cláusulas de la Póliza, incluidas las cláusulas de Cobertura y Limitaciones, Máximos y Exclusiones.

**DEFINICIONES:** **Lesión** significa las lesiones físicas sufridas a causa de un accidente. La lesión debe ocurrir mientras la Póliza está vigente y mientras el Asegurado está cubierto por la Póliza. La lesión debe sufrirse de la manera establecida en la primera página de la Póliza, salvo que la Póliza establezca lo contrario en alguna de sus cláusulas. **Accidente** significa un evento repentino, inesperado, imprevisto e identificable que produjo síntomas propios de una lesión en ese momento. El accidente debe ocurrir durante el período en que el Asegurado está cubierto por la Póliza. **Gastos razonables** significa el monto promedio que cobran la mayoría de los proveedores por el tratamiento, los servicios y suministros dentro del área geográfica donde se proporciona el tratamiento, servicio o suministro. Dichos servicios y suministros deben haber sido indicados y aprobados por un médico.

**EXCLUSIONES:** No se pagarán beneficios por servicios profesionales y hospitalarios en los siguientes casos: 1) Lesiones que no sean causadas por un accidente; 2) Tratamiento de hernia, independientemente de la causa, enfermedad de Osgood Schlatter u osteocondritis; 3) Lesiones sufridas por conducir, viajar, subirse o bajarse de un vehículo motorizado recreativo de dos, tres o cuatro ruedas o una moto de nieve; 4) Agravamiento, durante una actividad regularmente programada, de una lesión que el Asegurado sufrió antes de participar en dicha actividad, salvo que la Compañía reciba un descargo de responsabilidad médica por parte del médico del Asegurado; 5) Lesiones sufridas como resultado de una práctica o un juego interescolar de fútbol americano o durante actividades deportivas, salvo que se haya pagado la prima requerida según la cláusula de cobertura de actividades deportivas o fútbol americano; 6) Todo gasto por el cual se deban pagar beneficios en virtud de un Programa de seguro contra accidentes catastróficos de la Asociación estatal de actividades interescolares; 7) Tratamiento realizado por un familiar directo del Asegurado o una persona contratada por la escuela; 8) Lesiones ocasionadas por guerras, actos de guerra, intentos de suicidio o autoinfligidas intencionalmente, esté la persona en su sano juicio o no (en Missouri, mientras esté en su sano juicio); lesiones ocurridas por violar o intentar violar la ley; por participar en una ocupación ilegal; por participar en peleas o reyertas, salvo si se lo hace en defensa propia; por estar legalmente intoxicado o bajo los efectos del alcohol según lo establecido en las leyes del estado en el cual ocurra la lesión; o por estar bajo los efectos de fármacos o narcóticos, salvo que hayan sido administrados o indicados por un médico; 9) Gastos médicos por los cuales el Asegurado tiene derecho a recibir beneficios según (a) la Ley de Indemnización a los Trabajadores; o (b) un contrato de seguro obligatorio del automóvil que cubra a las personas lesionadas independientemente de quién tuvo la culpa del accidente o legislación similar; 10) Gastos en los que se incurra para el tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular y el dolor miofacial asociado; y 11) Gastos en los que se incurra para realizar tratamientos o procedimientos experimentales o en fase de investigación.

#### **CONSERVE ESTA DESCRIPCIÓN PARA SUS REGISTROS**

Esto no es una póliza sino una breve descripción de los beneficios ofrecidos conforme a la póliza maestra emitida a favor de la escuela. Consulte la póliza maestra para más información. **AVISO IMPORTANTE: ESTA PÓLIZA NO OFRECE COBERTURA POR ENFERMEDAD. El fin de este folleto es destacar los puntos más importantes de esta póliza de seguro. Toda la información contenida en este folleto está sujeta a las cláusulas del Formulario COL-11 de la Póliza, suscritas por Gerber Life Insurance Company (la Compañía). En caso de surgir algún conflicto entre este folleto y la Póliza, prevalecerá la Póliza. Consulte la Póliza Maestra para obtener información detallada para cada uno de los estados.**

#### **CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN**

Las reclamaciones deberán notificarse por escrito a la Compañía dentro de los 90 días posteriores a que se produzca o comience una pérdida cubierta por esta póliza, o tan pronto como sea razonablemente posible después de que se produzca o comience tal pérdida. Toda notificación que reciba la Compañía por parte del Asegurado Designado o en nombre de este, y que contenga suficiente información para identificar al Asegurado Designado, será considerada como la notificación para la Compañía. La Compañía deberá recibir en el domicilio indicado una prueba escrita de la pérdida, dentro de los 90 días posteriores a la fecha en que se produjo tal pérdida.

En caso de ocurrir un accidente, los estudiantes deben: 1) Asegurarse de recibir tratamiento en el centro médico de su elección más cercano; 2) Pedir un recibo (si se realizó el pago de alguna factura) y una copia detallada de los cargos realizados por el proveedor de servicios médicos y enviar las copias de las facturas detalladas junto con el formulario **original** de reclamación por accidente estudiantil, completo y **firmado**, a la oficina de reclamaciones. Toda la correspondencia deberá dirigirse a: WEB-TPA, P.O. Box 2415, Grapevine, TX 76099-2415; y 3) **Llamar al 1-866-975-9468** en caso de tener alguna pregunta sobre las reclamaciones.

**SUSCRITO POR:**  
**Gerber Life Insurance Company**  
**White Plains, NY 10605**

**AGENTE DE MERCADOTECNIA:**  
**The Young Group, Inc.**  
**256 West Millbrook Road**  
**Raleigh, NC 27609**  
**(888) 574-6288**

**TABLA DE BENEFICIOS (Cobertura de lesiones por accidente solamente)**

| <b>Beneficio máximo:</b>  | <b>ORO</b>   | <b>PLATA</b>                   | <b>BRONCE</b>                  | <b>COBRE</b>              |
|---|--|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| Opción durante el horario escolar   | \$100,000  | \$75,000                       | \$50,000                       | \$25,000                  |
| Opción las 24 horas   | \$100,000  | \$75,000                       | \$50,000                       | \$25,000                  |
| Lesiones que involucran vehículos motorizados   | \$ 10,000  | \$10,000                       | \$10,000                       | \$10,000                  |
| Beneficio por muerte/doble desmembramiento  | \$ 10,000  | \$10,000                       | \$10,000                       | \$ 2,500                  |
| Desmembramiento único   | \$ 5,000   | \$ 5,000                       | \$ 5,000                       | \$ 2,500                  |
| <b>Período de pérdida para recibir los beneficios médicos</b>   | El tratamiento debe comenzar dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que ocurrió la lesión |                                |                                |                           |
| <b>Período para los beneficios médicos, por muerte accidental y desmembramiento/pérdida de la vista</b>   | 1 año  | 1 año                          | 1 año                          | 1 año                     |
| <b>Aplicabilidad de la cobertura en exceso</b>  | Primaria   | Primaria                       | Primaria                       | Primaria                  |
| <b>Servicios del hospital/centro médico - Hospitalización</b>   |  |                                |                                |                           |
| Habitación y alimentos en el hospital (tarifa de habitación semi privada)   | 100% GR*   | 100% GR*                       | 80% GR* / \$200 máximo**       | \$200 máximo**            |
| Terapia intensiva del hospital  | 100% GR*   | 100% GR*                       | 80% GR* / \$200 máximo**       | \$400 máximo**            |
| Servicios varios para pacientes hospitalizados  | \$10,000 máximo  | \$7,500 máximo                 | \$5,000 máximo                 | \$1,000 máximo            |
| <b>Servicios del hospital/centro médico - Ambulatorio</b>   |  |                                |                                |                           |
| Servicios ambulatorios varios del hospital (Excepto los servicios del médico y las radiografías, que se pagarán según lo definido a continuación) | \$750 máximo   | 80% GR* a \$500 máximo         | \$250 máximo                   | \$150 máximo              |
| Centro quirúrgico ambulatorio independiente   | \$2,000 máximo   | 80% GR* a \$1,000 máximo       | \$500 máximo                   | \$250 máximo              |
| Médico de la sala de emergencias del hospital   | \$75 máximo  | \$50 máximo                    | \$50 máximo                    | \$50 máximo               |
| Sala de emergencias del hospital  | \$500 máximo   | 80% GR* a \$350 máximo         | 80% GR* a \$150 máximo         | \$100 máximo              |
| <b>Servicios del médico</b>   |  |                                |                                |                           |
| Quirúrgicos   | 80% GR* a \$3,000 máximo   | 80% GR* a \$2,000 máximo       | 80% GR* a \$1,000 máximo       | 50% GR* a \$1,000 máximo  |
| Cirujano auxiliar   | 25% de benef. quirúrgicos  | 25% de benef. quirúrgicos      | 25% de benef. Quirúrgicos      | 25% de benef. quirúrgicos |
| Anestesiólogo   | 25% de benef. quirúrgicos  | 25% de benef. quirúrgicos      | 25% de benef. Quirúrgicos      | 25% de benef. quirúrgicos |
| Tratamiento médico no quirúrgico (con excepción de lo indicado a continuación)  | \$60 por día   | \$500 máximo                   | \$25 por día                   | \$20 por día              |
| Tratamiento médico ambulatorio relacionado con terapia física o manipulación de la columna vertebral  | \$75/consulta / 5 cons. máximo   | \$40/consulta / 5 cons. máximo | \$25/consulta / 5 cons. Máximo | \$20/consulta / 5 cons.   |
| Máximo  |  |                                |                                |                           |
| <b>Otros servicios</b>  |  |                                |                                |                           |
| Servicios de enfermera matriculada  | 100% GR*   | 100% GR*                       | 80% GR*                        | 100% GR*                  |
| Recetas – ambulatorio   | 100% GR*   | 100% GR*                       | 80% GR*                        | 80% GR*                   |
| Radiografías, con informe - ambulatorio   | \$300 máximo   | \$250 máximo                   | \$200 máximo                   | \$100 máximo              |
| Diagnóstico por imágenes (resonancias magnéticas, tomografías computarizadas), con informe - ambulatorio  | \$1,000 máximo   | \$750 máximo                   | \$300 máximo                   | \$200 máximo              |
| Ambulancia terrestre  | \$500 máximo   | \$400 máximo                   | \$200 máximo                   | \$200 máximo              |
| Ambulancia aérea  | \$1,500 máximo   | \$1,000 máximo                 | \$400 máximo                   | \$250 máximo              |
| Equipo médico duradero (incluidos soportes y aparatos ortopédicos)  | \$500 máximo   | \$300 máximo                   | \$150 máximo                   | \$75 máximo               |
| Reemplazo de anteojos, audífonos, lentes de contacto, si además se recibe tratamiento médico para la lesión cubierta.                             | \$700 máximo   | \$500 máximo                   | \$150 máximo                   | \$200 máximo              |
| Tratamiento dental para los dientes sanos y naturales a causa de una lesión cubierta por la póliza  | \$2,000 máximo   | \$1,500 máximo                 | \$1,000 máximo                 | \$500 máximo              |

\*GR significa Gastos razonables

\*\*Por día

GER\_0414 PNOSPORTS

**Para solicitar la cobertura, suscríbese por Internet utilizando una tarjeta de crédito en [www.k12specialmarkets.com](http://www.k12specialmarkets.com) o recorte el formulario por la línea de puntos, complételo y envíelo por correo, junto con el cheque o la orden de pago, a la dirección indicada como "Sírvese devolver a": que se encuentra abajo.**

Sírvese devolver a: The Young Group, Inc.  
256 West Millbrook Road  
Raleigh, NC 27609

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN 2014 – 2015 (completar a máquina o con letra de molde)**

Apellido del estudiante \_\_\_\_\_ Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

N° de teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Sistema escolar \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

Marque la opción elegida:

Oro  Horario escolar \$35.00  
Plata  Horario escolar \$18.00  
Bronce  Horario escolar \$11.00  
Cobre  Horario escolar \$10.00

Contra accidentes las 24 horas \$160.00  
 Contra accidentes las 24 horas \$ 88.00  
 Contra accidentes las 24 horas \$ 55.00  
 Contra accidentes las 24 horas \$ 50.00

Dental las 24 horas \$8.00  
 Dental las 24 horas \$8.00  
 Dental las 24 horas \$8.00  
 Dental las 24 horas \$8.00

**Cheques a la orden de: Gerber Life Insurance Company**

Total adjunto: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre o tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_