

SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES

Seleccione el plan de seguro que lo ayudará a compensar el costo de la atención médica...

- COBERTURA CONTRA ACCIDENTES EN TIEMPO ESCOLAR
- COBERTURA CONTRA ACCIDENTES DE TIEMPO COMPLETO (24 HORAS)
- OPCIÓN DENTAL POR ACCIDENTE (24 HORAS)
- PLAN DE SEGURO PARA LA LIGA VARSITY DE FÚTBOL AMERICANO
- BRINDA COBERTURA PARA ACTIVIDADES DE UIL/ DEPORTES INTERESCOLARES
- COBERTURA PRIMARIA



CONSULTE LOS DETALLES EN EL INTERIOR - Plan Odontológico para Accidentes por un monto de hasta \$5,000 por \$9

Formulario de inscripción adjunto

APROBADO POR SU ESCUELA DE PK A 12.º GRADO



Comercializado por
David Cates
The Brokerage Store
4114 Pond Hill Road • Suite 100
San Antonio, TX 78231
210-366-4800 o 800-366-4810 (línea gratuita)

Y-1745(TX)(2013)

Opciones de primas y cobertura

FORMULARIOS DE PÓLIZAS GH-2200 (TX)

Primas anuales únicas



Cobertura de tiempo escolar de PK a 12.º grado

(no incluye la Cobertura de las actividades de UIL/Cobertura de deportes interescolares)

\$25

Protege al estudiante durante: a) la asistencia a las sesiones escolares normales, b) la participación en actividades extracurriculares patrocinadas y supervisadas por la escuela o la asistencia a estas, c) los traslados directos hacia y desde la escuela durante las sesiones escolares normales y durante el traslado hacia y desde las actividades patrocinadas y supervisadas por la escuela en medios de transporte proporcionados por esta. NO cubre la participación en las actividades de UIL de estudiantes de 7.º grado o superior. La cobertura finaliza el primer día de clases del año siguiente.



Cobertura de tiempo completo de PK a 12.º grado

(no incluye la Cobertura de las actividades de UIL/Cobertura de deportes interescolares)

\$105

Cubre al estudiante las 24 horas del día hasta el comienzo del próximo año escolar. Incluye cobertura en el hogar, la escuela, durante los fines de semana y las vacaciones de verano. NO cubre la participación en las actividades de UIL de estudiantes de 7.º grado o superior.



Cobertura de tiempo escolar de PK a 12.º grado (incluye la Cobertura de las actividades de UIL/Cobertura de deportes interescolares, excepto para la liga Varsity de fútbol americano para 10.º a 12.º grado y de 7.º a 9.º grado si practican o juegan con los de 10.º a 12.º grado)

\$115

Junto con la cobertura de tiempo escolar anteriormente mencionada, la Cobertura de las actividades de UIL protege al estudiante durante la práctica o participación en las actividades de UIL patrocinadas y supervisadas por la escuela, incluido el traslado en medios de transporte proporcionados por dicha escuela para estudiantes de 7.º a 12.º grado. NO brinda cobertura para la liga Varsity de fútbol americano para los estudiantes de 10.º a 12.º grado y de 7.º a 9.º grado si practican o juegan con los de 10.º a 12.º grado. Incluye fútbol americano de primavera y verano exclusivamente patrocinado y supervisado por el Titular de la Póliza, si la cobertura de fútbol americano no se adquirió durante la temporada regular de fútbol americano.



Cobertura de tiempo completo de PK a 12.º grado (incluye la Cobertura de las actividades de UIL/Cobertura de deportes interescolares, excepto para la liga Varsity de fútbol americano para 10.º a 12.º grado y de 7.º a 9.º grado si practican o juegan con los de 10.º a 12.º grado)

\$195

Junto con la cobertura de tiempo completo anteriormente mencionada, la Cobertura de las actividades de UIL protege al estudiante durante la práctica o participación en las actividades de UIL patrocinadas y supervisadas por la escuela, incluido el traslado en medios de transporte proporcionados por dicha escuela para estudiantes de 7.º a 12.º grado. NO brinda cobertura para la liga Varsity de fútbol americano para los estudiantes de 10.º a 12.º grado y de 7.º a 9.º grado si practican o juegan con los de 10.º a 12.º grado. Incluye fútbol americano de primavera y verano exclusivamente patrocinado y supervisado por el Titular de la Póliza, si la cobertura de fútbol americano no se adquirió durante la temporada regular de fútbol americano.



Cobertura para la liga Varsity de fútbol americano (de 10.º a 12.º grado y de 7.º a 9.º grado si practican o juegan con los de 10.º a 12.º grado)

\$325

Protege al estudiante durante la práctica o participación en fútbol americano interescolar patrocinado y supervisado por la escuela, incluido el traslado en medios de transporte proporcionados por esta. Incluye fútbol americano de primavera y verano exclusivamente patrocinado y supervisado por el Titular de la Póliza.



Cobertura dental extendida de PK a 12.º grado

\$9

Brinda hasta \$5,000 en beneficios por cualquier accidente de índole dental. Cubre al estudiante las 24 horas del día hasta el comienzo del próximo año escolar. El tratamiento debe comenzar dentro de los 180 días posteriores a la fecha de la lesión y se debe realizar en un plazo de un año a partir de la fecha de la lesión. Sin embargo, si dentro del período de un año posterior a la fecha de la lesión, el dentista tratante del estudiante certifica que el tratamiento y/o reemplazo dental debe extenderse durante más de un año, la póliza pagará el costo estimado de dicha extensión del tratamiento, sin superar el monto de \$200 por cada diente. Los beneficios para prótesis están limitados a \$500 por lesión, incluidos los procedimientos realizados para colocarlas. Las prótesis dentales incluyen, en forma no limitativa, coronas, dentaduras postizas, puentes e implantes. La Cobertura dental extendida no cubre el tratamiento de ortodoncias, enfermedades dentales ni los gastos que superen el límite máximo del beneficio de prótesis dental.

Los beneficios médicos y las exclusiones se aplican a las opciones de cobertura mencionadas anteriormente.

CÓMO INSCRIBIRSE

1. Seleccione la cobertura que desea entre las opciones detalladas anteriormente. Complete el sobre de inscripción e incluya su cheque pagadero a: STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC. o complete el formulario de pago con los datos de su tarjeta de crédito. La prima no puede prorratearse. Escriba el nombre del estudiante en su cheque.
2. También puede inscribirse en línea en el sitio web de Student Assurance Services, Inc.: www.sas-mn.com. El formulario en línea está disponible en "School Look-up" en la sección K-12.
3. Asegúrese de conservar este folleto y una copia del pago de la prima como comprobante del seguro. No recibirá una póliza ni una tarjeta de identificación. La póliza base es emitida a su escuela.

Envíe su pago o el formulario con los datos de la tarjeta de crédito junto con la información de inscripción solicitada a: Student Assurance Services, Inc., P.O. Box 196, Stillwater, MN 55082.

FECHAS DE ENTRADA EN VIGENCIA Y DE VENCIMIENTO

La cobertura entrará en vigencia a partir de la fecha que resulte posterior de las siguientes: la fecha de entrada en vigencia de la póliza base o a las 12:01 a. m. del día posterior a la fecha del matasello postal en el sobre que incluye el formulario de inscripción y el pago de la prima, aplicado por el Servicio Postal de los EE. UU.; o bien, para las inscripciones en línea, a las 12:01 a. m. después de la fecha en la que el administrador del plan reciba la prima correspondiente, pero no antes del 1 de agosto. Todas las Coberturas vencerán en la fecha de vencimiento de la póliza base, que es en la medianoche del 31 de julio, 12:00 a. m., del año escolar actual.

BENEFICIOS MÉDICOS (lo que el Plan de Seguro paga): cuando una lesión cubierta por esta póliza resulta en el tratamiento practicado por un médico autorizado para ejercer dentro de los 180 días posteriores a la fecha de la lesión, la Compañía pagará los cargos usuales y habituales (usual and customary, U&C) ocasionados por concepto de servicios e insumos necesarios, según se menciona a continuación, por los gastos reales incurridos en el plazo de un año a partir de la fecha de la lesión y hasta un Beneficio Médico Máximo de \$25,000 por lesión. Esta póliza pagará los beneficios sin tener en consideración otra cobertura válida. A menos que se especifique lo contrario, todos los montos que se detallan a continuación son por lesión.

A. BENEFICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS..... Todos los montos que se detallan a continuación son por lesión

1. Habitación y comida en el hospital Cargos por habitación semiprivada
2. Cuidados intensivos (en lugar de habitación y comida en el hospital) 1.5 X cargos por habitación semiprivada
3. Servicios hospitalarios varios (todos los cargos excepto habitación y comida) U&C, primer día hasta \$1,000, en adelante hasta \$500 por día; máximo \$5,000
4. Visitas médicas no quirúrgicas (no incluye fisioterapia; día de la cirugía no pagado) U&C, primer día de tratamiento hasta \$50; visitas posteriores hasta \$40; máximo de 10 visitas
5. Tratamiento de fisioterapia (incluye hidromasaje, diatermia, servicio médico de emergencia [Emergency Medical Service, EMS], masaje, manipulación o ajustes de cualquier tipo y/o visitas al consultorio relacionadas con estos) Incluido en el beneficio de Servicios hospitalarios varios
6. Servicios de radiografías y radiología Incluido en el beneficio de Servicios hospitalarios varios hospitalarios varios
7. Personal de enfermería registrado U&C

B. BENEFICIOS QUIRÚRGICOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS

1. Cirugía diurna (cargo del centro), habitación, insumos y todos los demás gastos para cirugía ambulatoria U&C, hasta \$2,000

C. OTROS BENEFICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS

1. Cargos de la sala de emergencias del hospital U&C, hasta \$300
2. Servicios de radiografías y radiología U&C, hasta \$250 en el centro; \$50 por interpretación
3. Tomografías axiales computarizadas, resonancias magnéticas y gammagrafías óseas U&C, hasta \$750 en el centro; \$50 por interpretación
4. Servicios de laboratorio U&C, hasta \$100
5. Visitas médicas no quirúrgicas (día de cirugía no pagado) U&C, hasta \$50 por visita; máximo de 10 visitas
6. Atención médica no quirúrgica en sala de emergencias U&C, hasta \$150
7. Dispositivos ortopédicos (cuando los prescriba un médico con fines curativos) U&C, hasta \$500
8. Vacunas e inyecciones (dentro de un plazo de 24 horas después de una lesión) U&C, hasta \$50
9. Medicamentos prescritos U&C, hasta \$50
10. Tratamiento de fisioterapia (incluye hidromasaje, diatermia, servicio médico de emergencia [Emergency Medical Service, EMS], masaje, manipulación o ajustes de cualquier tipo y/o visitas al consultorio) U&C, hasta \$50 por visita; máximo de 5 visitas
11. Servicio de ambulancia (aérea o terrestre) U&C, hasta \$1,000
12. Reemplazo de anteojos (si también se recibe tratamiento médico por una lesión cubierta) U&C, hasta \$200
13. Equipos médicos duraderos (únicamente posquirúrgico) U&C, hasta \$100

D. OTROS SERVICIOS MÉDICOS

1. Tratamiento dental (en lugar de todos los demás beneficios médicos, incluidas las radiografías de dientes sanos y naturales) U&C, hasta \$200 por diente
2. Atención médica quirúrgica (como paciente hospitalizado o ambulatorio). Solo se permitirá un procedimiento (el que se considere más alto) cuando se lleven a cabo múltiples procedimientos a través de la misma incisión o en sucesión inmediata U&C, hasta \$2,500
3. Cargos del cirujano asistente (paciente hospitalizado o ambulatorio) 25 % de la asignación para cirugía
4. Cargos del anestesiista (paciente hospitalizado o ambulatorio) 25 % de la asignación para cirugía

E. LESIÓN EN VEHÍCULO MOTORIZADO igual que cualquier lesión, hasta \$1,000

F. OTROS BENEFICIOS: la insolación y el agotamiento debido al calor tendrán la misma cobertura que cualquier otro accidente.

G. MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTALES

Los beneficios mencionados a continuación serían pagaderos cuando la lesión cubierta por esta póliza resulte en muerte o desmembramiento accidentales dentro de los 180 días posteriores a la fecha del accidente.

Pérdida de la vida	\$2,000	Pérdida de dos miembros	\$10,000
Pérdida de un ojo	\$2,000	Pérdida de un miembro	\$ 2,000

EXCLUSIONES (lo que el Plan NO paga)

1. Ninguna dolencia, enfermedad, infección (salvo las causadas por una herida o lesión abierta), lo que incluye, de forma no limitativa, el agravamiento de un trastorno congénito, ampollas, dolores de cabeza, hernias de cualquier clase, dolencia mental o física, enfermedad de Ósgood-Schlatter, osteocondritis, osteocondritis disecante, osteomielitis, espondilólisis, deslizamiento de la epífisis capital femoral y ortodoncias.
2. Lesiones para las cuales corresponden los beneficios pagaderos según las leyes de Compensación Laboral o Responsabilidad del Empleador.
3. Toda lesión que involucre un vehículo motorizado de dos o tres ruedas, moto de nieve o cualquier vehículo motorizado o impulsado por motor que no esté diseñado principalmente para su uso en las calles y carreteras públicas, a menos que el asegurado participe en una actividad que patrocine el Titular de la Póliza.
4. Reemplazo de lentes de contacto, audífonos o las prescripciones o exámenes que correspondan a estos.
5. La participación, la práctica o el juego en las actividades de UIL que incluyan viajes hacia o desde el lugar de dicha actividad, práctica o juego, para estudiantes del 7.º grado o superior, a menos que se pague dicha prima.

LA PÓLIZA CONTIENE UNA CLÁUSULA QUE LIMITA LA COBERTURA A CARGOS USUALES Y HABITUALES. ESTA LIMITACIÓN PODRÍA RESULTAR EN GASTOS ADICIONALES PARA EL ASEGURADO.

¿POR QUÉ MI ESTUDIANTE DEBE ESTAR CUBIERTO POR ESTE SEGURO?

Como un servicio para sus estudiantes, su escuela ofrece la oportunidad de inscribirse en un plan de seguro estudiantil contra accidentes administrado por Student Assurance Services, Inc. La participación en este plan es voluntaria. Este folleto describe varias opciones de cobertura y primas. Analice todo el folleto antes de tomar la decisión de adquirir este seguro o comuníquese directamente con nosotros para hacernos preguntas.

¿POR QUÉ LA ESCUELA PARTICIPA EN ESTA OFERTA?

Los estudiantes son especialmente susceptibles a las lesiones accidentales. Este plan ayudará a brindar cobertura para los gastos que no están cubiertos por su cobertura familiar médica o dental.

¿QUÉ CLASE DE SEGURO ES ESTE?

Este es un seguro contra lesiones corporales accidentales que se produzcan durante el plazo de vigencia de la cobertura. Las enfermedades como infecciones en los oídos o dolores de garganta no están cubiertas.

¿QUIÉN DEBERÍA CONSIDERAR LA CONTRATACIÓN DE ESTE SEGURO?

1. Todas las familias que no cuentan con otra cobertura de salud.
2. Familias que cuentan con otra cobertura médica o dental que tiene deducibles o copagos. Puede beneficiarse porque nuestra póliza no incluye deducibles ni copagos.

CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

1. Informe lesiones relacionadas con la escuela inmediatamente a la oficina escolar.
2. Obtenga un formulario de reclamación en la escuela.
3. Siga TODAS las instrucciones del formulario de reclamación, adjunte todas las facturas detalladas y envíe todo a:
STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC.
P.O. BOX 196 • STILLWATER, MN 55082-0196
4. Las preguntas referentes a las reclamaciones se responderán de inmediato llamando al (800) 328-2739 o al (651) 439-7098. El personal de reclamaciones está disponible de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. hora del centro, de lunes a viernes.

NOTA: El estudiante debe haber sido tratado por un médico autorizado para ejercer dentro de los 180 días posteriores a la fecha de la lesión. La evidencia de la reclamación debe enviarse dentro de los 90 días posteriores a la fecha del accidente o dentro de un período razonable después de este, el cual no deberá exceder de un año. Las facturas pormenorizadas deben enviarse dentro de los 90 días posteriores a la fecha del tratamiento o dentro de un período razonable después de este, el cual no deberá exceder de un año. Somos responsables únicamente por los gastos incurridos dentro de un año.

Aquí se ofrece una breve descripción de algunas de las características importantes de la póliza de seguro. No es la póliza de seguro en sí ni la representa. La explicación completa de los beneficios, las excepciones y las limitaciones se incluyen en el Formulario de la Póliza de Seguro Grupal por Accidente GH-2200 (y todas las especificaciones por estado) y los adjuntos que correspondan; y en la Cobertura dental extendida GHE-2201 (y todas las especificaciones por estado). Esta póliza es un seguro de accidentes a plazo y no es renovable. Es posible que este producto no se encuentre disponible en todos los estados y esté sujeto a regulaciones específicas de cada estado. La póliza base es emitida a su distrito escolar/escuela.

**¿TIENE PREGUNTAS?
LLÁMENOS DE MANERA GRATUITA AL
(800) 366-4810 O AL (210) 366-4800**



ESTA PÓLIZA NO TIENE EL OBJETIVO DE PROPORCIONAR BENEFICIOS PARA UN PROBLEMA MÉDICO EXISTENTE. No se cubrirá una nueva lesión si el asegurado ha recibido tratamiento dentro de un período de 180 días antes de la fecha de entrada en vigencia de la póliza.

SOBRE DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES

Llene la información de inscripción en la porción desprendible, seleccione la cobertura deseada y envíela con la prima correspondiente o complete la información de la tarjeta de crédito lo más pronto posible.

NOTA: Puede contratar este seguro en cualquier momento entre la fecha de entrada en vigencia y de vencimiento de la póliza base para las actividades autorizadas de UIL que comiencen y terminen durante el año escolar actual.

RECUERDE LLENAR TODA LA INFORMACIÓN REQUERIDA Y ENVIARLA JUNTO CON SU PRIMA O INFORMACIÓN DE PAGO CON SU TARJETA DE CRÉDITO A:
 Student Assurance Services, Inc.
 P.O. Box 196
 Stillwater, MN 55082-0196

A fin de que la cobertura entre en vigencia, envíe este formulario de inscripción completado lo más pronto posible.

FECHA DE RECEPCIÓN _____

SOBRE DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES		PLANES DE COBERTURA	Primas anuales únicas
<p>SECURITYLIFE INSURANCE COMPANY OF AMERICA MINNETONKA, MINNESOTA</p> <p>↑ APELLIDO DEL ESTUDIANTE↑ (una letra en cada casilla)</p> <p>NOMBRE DEL ESTUDIANTE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE <i>Escriba en letra de molde</i></p> <p>Dirección _____ (Calle)</p> <p>_____ (Ciudad) (Estado) (Código postal)</p> <p>Dirección de correo electrónico _____</p> <p>Nombre de la escuela _____</p> <p>Nombre del distrito _____</p> <p>Edad del estudiante _____ Grado _____ Teléfono _____</p> <p>X _____ GHA-2203 (GEN) (Firma del padre, la madre o el tutor legal) (Fecha)</p>		Cobertura de tiempo escolar (no incluye la Cobertura de las actividades de UIL/Cobertura de deportes interescolares)	<input type="checkbox"/> \$ 25
		Cobertura de tiempo completo (no incluye la Cobertura de las actividades de UIL/Cobertura de deportes interescolares)	<input type="checkbox"/> \$105
		Cobertura de tiempo escolar (incluye la Cobertura de las actividades de UIL/Cobertura de deportes interescolares, no incluye fútbol americano de la liga Varsity)	<input type="checkbox"/> \$115
		Cobertura de tiempo completo (incluye la Cobertura de las actividades de UIL/Cobertura de deportes interescolares, no incluye fútbol americano de la liga Varsity)	<input type="checkbox"/> \$195
		Cobertura para la liga Varsity de fútbol americano (de 10.º a 12.º grado y de 7.º a 9.º grado si practican o juegan con los de 10.º a 12.º grado)	<input type="checkbox"/> \$325
		Cobertura dental extendida (De PK a 12.º grado)	<input type="checkbox"/> \$ 9
	NO ENVÍE EFECTIVO		TOTAL DE LA PRIMA

Extienda los cheques a nombre de: **STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC.**
 *Escriba el nombre del estudiante en el anverso del cheque. **NO ES REEMBOLSABLE**
NOTA: Para solicitar el Seguro Estudiantil contra Accidentes, complete este formulario de inscripción o inscribáse en línea en "School Look-up" en la sección K-12 de: www.sas-mn.com

Y-1745(TX)(2013)

PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO DEL SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES

INDIQUE LA PRIMA SELECCIONADA Y COMPLETE LA INFORMACIÓN SOLICITADA DE INSCRIPCIÓN AL DORSO DE ESTE FORMULARIO.
Se agrega un Cargo por Procesamiento de \$5.00 a TODAS las transacciones realizadas con tarjeta de crédito

Cargar \$ _____ + \$5.00 de Cargo por Procesamiento = \$ _____ a la siguiente tarjeta de crédito: VISA®, MasterCard® o Discover®

Número de tarjeta de crédito	Código de seguridad (al dorso de la tarjeta, 3 dígitos)	Fecha de vencimiento de la tarjeta	La facturación de la tarjeta de crédito indicará:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	(Mes) (Año)	"Student Assurance Services, Inc."

Nombre del titular en letra de imprenta _____ Fecha ____ / ____ / ____

Firma del titular _____

Dirección del titular _____
 (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Número de teléfono (_____) _____ - _____

GHA-2203 (GEN) Y-1745(TX)(2013)