

# COBERTURA DE SEGURO DE ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES 2019 - 2020

**COBERTURA OPCIONAL DE ACCIDENTES DURANTE EL HORARIO ESCOLAR** - Se proporciona cobertura de seguro por lesiones cubiertas que tienen lugar durante el horario y los días en que la escuela está en funcionamiento y durante la asistencia o participación en actividades patrocinadas y supervisadas por la escuela tanto dentro como fuera de las instalaciones escolares. Incluye la participación en: Deportes intercolegiales, a excepción de fútbol americano intercolegial a nivel de escuela secundaria (consulte la Cobertura opcional para fútbol americano a continuación); actividades recreativas de verano patrocinadas por la escuela; excursiones escolares de un día de duración (sin pernoctación) y actividades religiosas patrocinadas por la escuela. Se proporciona cobertura para viajes hacia, desde o durante las actividades, como miembro de un grupo, en el transporte proporcionado u organizado por el titular de la póliza, y al viajar directamente de ida y vuelta entre sus casas y la escuela o el sitio de una actividad cubierta.

Prima anual: Plan "de bajo costo"-\$14.00      Plan "de mediano costo"-\$28.00      Plan "de alto costo"-\$43.00

**COBERTURA OPCIONAL POR ACCIDENTES DURANTE LAS 24 HORAS** - La cobertura del seguro se proporciona durante las 24 horas del día. Proporciona cobertura durante los fines de semana y períodos de vacaciones, incluido todo el verano. Los estudiantes están protegidos mientras están en su casa o fuera de ella en cualquier entorno, en cualquier momento y en cualquier lugar. La cobertura se proporciona para la participación en deportes intercolegiales, a excepción de fútbol americano intercolegial a nivel de escuela secundaria (consulte la opción de Cobertura opcional para fútbol americano a continuación).

Prima anual: Plan "de bajo costo"-\$82.00      Plan "de mediano costo"-\$105.00      Plan "de alto costo"-\$210.00

**COBERTURA OPCIONAL PARA FÚTBOL AMERICANO** - Cubre accidentes que ocurren durante la participación en la práctica o la competencia de fútbol americano intercolegial a nivel de escuela secundaria. Se cubre el viaje cuando se viaja directamente y sin interrupción hacia o desde tal práctica o competencia, como parte de un grupo, en el transporte proporcionado u organizado por el titular de la póliza. Consulte los beneficios y limitaciones que se describen en el interior de este folleto. La cobertura opcional para fútbol americano comienza en la fecha de la recepción de la prima y termina el último día de práctica o competencia. A los estudiantes de noveno grado que juegan SOLAMENTE con otros estudiantes de 9º grado, no se les cobra el adicional para la cobertura de fútbol americano. En caso de contratación, se aplicará su cobertura opcional durante el horario escolar o su cobertura opcional de accidentes las 24 horas.

Prima anual: Plan "de bajo costo"-\$85.00      Plan "de mediano costo"-\$115.00      Plan "de alto costo"-\$215.00

**COBERTURA DENTAL OPCIONAL DURANTE LAS 24 HORAS (puede adquirirse por separado o con otra cobertura)** - La cobertura del seguro está en vigor las 24 horas del día. La lesión debe tratarse en un plazo de 60 días después de que ocurra el accidente. Los beneficios se pagan dentro de los 12 meses después de la fecha de la lesión. Los gastos máximos elegibles a pagar por lesión cubierta no pueden exceder los \$ 25,000. Además, cuando el dentista certifica que el tratamiento debe aplazarse hasta después del período de beneficios, se pagarán beneficios diferidos hasta un máximo de \$1000. El estudiante debe recibir tratamiento por lesión en los dientes, por parte de un dentista legamente calificado, que no sea miembro de la familia inmediata del estudiante. La cobertura se limita al tratamiento de dientes sanos y naturales. Prima anual: \$8.00

**PERÍODO DE COBERTURA** - La cobertura en virtud de la cobertura opcional de accidentes durante el horario escolar, la cobertura opcional de accidente durante las 24 horas y la cobertura dental opcional durante las 24 horas comienza en la fecha de recepción de la prima, pero no antes del inicio del año escolar. La cobertura opcional de accidente durante el horario escolar termina al cierre del período regular escolar de nueve meses, excepto cuando el estudiante asiste a sesiones de clases patrocinadas, única y exclusivamente bajo la supervisión de la escuela durante el verano. La cobertura opcional de accidente durante las 24 horas y la cobertura dental opcional durante las 24 horas terminan cuando la escuela vuelve a abrir para el siguiente año escolar. La cobertura está disponible en virtud del plan durante el año escolar con las primas cotizadas (no hay primas a prorrata disponibles).

<b>PLAN DE BENEFICIOS</b>			
Cobertura de lesiones por accidentes únicamente			
Beneficio máximo:	Plan "de bajo costo"	Plan "de mediano costo"	Plan "de alto costo"
Opción horario escolar	\$25,000	\$50,000	\$100,000
Opción 24 horas	\$25,000	\$50,000	\$100,000
Opción fútbol americano	\$25,000	\$50,000	\$100,000
Lesiones que involucran vehículos de motor	\$10,000	\$10,000	\$ 10,000
Beneficio por muerte/pérdida de dos miembros	\$10,000	\$20,000	\$ 20,000
Pérdida de un miembro	\$5000	\$10,000	\$10,000
Período de pérdida de los beneficios médicos	El tratamiento debe comenzar en un plazo de 60 días tras la fecha de la lesión		
Período de beneficios para beneficios médicos y AD&D/pérdida de la vista	1 año	1 año	1 año
Aplicabilidad de exceso de cobertura	Exceso total	Exceso total	Exceso total
<b>Servicios hospitalarios/en instalaciones de salud - como paciente internado</b>			
Ingreso y comidas en hospital (tarifa de sala semiprivada)	65% GR*	75% GR*	80% GR* Servicios
hospitalarios varios para pacientes internados	65% GR*	75% GR*	80% GR*
<b>Servicios hospitalarios/en instalaciones de salud - como paciente ambulatorio</b>			
Centro quirúrgico ambulatorio independiente	65% GR* a \$500 como máximo	75% GR* a \$800 como máximo	80% GR* a \$1500 como máximo
Servicios hospitalarios varios para pacientes ambulatorios (a excepción de los servicios de médicos y radiografías que se pagan de la forma que se estipula a continuación)	65% GR* a \$500 como máximo	75% GR* a \$800 como máximo	80% GR* a \$1500 como máximo
Sala de emergencia del hospital	65% GR* a \$500 como máximo	75% GR* a \$800 como máximo	80% GR* a \$1500 como máximo
<b>Servicios del médico</b>			
Quirúrgicos	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Asistente de cirujano	25% de los beneficios quirúrgicos	25% de los beneficios quirúrgicos	25% de los beneficios quirúrgicos
Anestesiólogo	25% de los beneficios quirúrgicos	25% de los beneficios quirúrgicos	25% de los beneficios quirúrgicos
Tratamiento ambulatorio del médico en relación con la fisioterapia y/o la manipulación espinal	65% GR*/\$25 por visita/5 visitas como máximo	75% GR*/\$30 por visita/7 visitas como máximo	80% GR*/\$40 por visita/8 visitas como máximo
El tratamiento del médico no quirúrgico (con excepción de lo anterior)	65% GR*	75% GR*	80% GR*
<b>Otros servicios</b>			
Servicios de enfermeras profesionales tituladas	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Recetas - paciente ambulatorio	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Análisis de laboratorio - paciente ambulatorio	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Radiografías, incluye la interpretación - paciente ambulatorio	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Servicio de diagnóstico por imágenes (Imágenes por resonancia magnética, tomografía axial computarizada, etc.) - incluye interpretación	65% GR	75% GR*	80% GR*
Ambulancia terrestre	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Equipo médico duradero (incluye aparatos y dispositivos de asistencia ortopédicos)	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Tratamiento dental para dientes sanos y naturales debido a una lesión incluida en la cobertura	65% GR* a \$500 como máximo	75% GR* a \$800 como máximo	80% GR* a \$1500 como máximo
Reemplazo de anteojos, audífonos, lentes de contacto si también se recibe tratamiento médico para la lesión cubierta.	\$150 como máximo	\$500 como máximo	\$700 como máximo
*GR significa Gastos razonables			GER_0514 EFTB(0009)

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN 2019 - 2020 (complete en letra de imprenta o a máquina)**

Apellidos del estudiante _____	Nombre del estudiante _____	Inicial seg. nombre del estudiante _____	Grado _____
Dirección _____	Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____
Número de teléfono _____	Fecha de nacimiento _____		
Sistema escolar _____	Nombre de la escuela _____		

Marque su selección:

Plan "de bajo costo"	<input type="checkbox"/>	Horario escolar \$14.00	<input type="checkbox"/>	Accidente las 24 horas \$ 82.00	<input type="checkbox"/>	Fútbol americano \$ 85.00	<input type="checkbox"/>	Dental las 24 horas \$ 8.00
Plan "de mediano costo"	<input type="checkbox"/>	Horario escolar \$28.00	<input type="checkbox"/>	Accidente las 24 horas \$105.00	<input type="checkbox"/>	Fútbol americano \$115.00	<input type="checkbox"/>	Dental las 24 horas \$ 8.00
Plan "de alto costo"	<input type="checkbox"/>	Horario escolar \$43.00	<input type="checkbox"/>	Accidente las 24 horas \$210.00	<input type="checkbox"/>	Fútbol americano \$215.00	<input type="checkbox"/>	Dental las 24 horas \$ 8.00

Emita el cheque pagadero a nombre de Gerber Life Insurance Company

Total que se adjunta: \_\_\_\_\_

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

**DISPOSICIÓN POR EXCESO DE COBERTURA** La compañía pagará los gastos razonables que no son reembolsables por ningún otro plan. La compañía determinará el monto de los beneficios proporcionados por otros planes sin hacer referencia a ningún tipo de coordinación de beneficios, la no duplicación de beneficios o disposiciones similares. El monto de otros planes incluye cualquier importe al que el asegurado tiene derecho, ya sea que se presente o no una reclamación por los beneficios. Este seguro general de accidentes para estudiantes es secundario a todas las demás pólizas. Esta disposición no se aplicará si el total de los gastos razonables incurridos por beneficios de servicios hospitalarios y profesionales son inferiores a la cantidad indicada en la aplicabilidad del plan de beneficios bajo exceso de cobertura.

**BENEFICIOS MÉDICOS** Cuando una lesión con cobertura que sufrió un estudiante dio lugar a 1) tratamiento por un médico legalmente calificado o un cirujano (que no sea un familiar inmediato o persona contratada por la escuela) o 2) ingreso en el hospital, y el tratamiento comienza en un plazo de 60 días a partir de la fecha de la lesión, la compañía pagará el beneficio tal como se establece en el plan de beneficios, sujeto a la disposición por exceso de cobertura que se detalla arriba. Solo tienen cobertura los gastos médicos elegibles en que incurra el asegurado, en un plazo de 52 semanas a partir de la fecha del accidente. Los beneficios para cualquier accidente no deberán exceder en conjunto el máximo indicado en el plan de beneficios médicos contratado. Los gastos en que se incurra después de un año a partir de la fecha de la lesión no están cubiertos, a pesar de que el servicio se continúe prestando o se haya retrasado necesariamente más allá de un año después de la fecha de la lesión.

**MUERTE, PÉRDIDA DE MIEMBRO Y PÉRDIDA DE LA VISTA POR ACCIDENTE** Cuando una lesión cubierta da lugar a cualquiera de las pérdidas al asegurado que se establecen en el plan de beneficios por muerte, pérdida de miembro o pérdida de la vista por accidente, la compañía pagará el beneficio indicado en el plan por esa pérdida. La pérdida debe haber tenido lugar en un plazo de 365 días después de la fecha del accidente.

El máximo beneficio pagadero bajo esta disposición se establece en el plan de beneficios bajo límites máximos y período de beneficio: 1) Seguro de vida 2) Pérdida de ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos; 3) Pérdida de una mano y un pie; 4) Pérdida de una mano y de la vista completa de un ojo; 5) Pérdida de un pie y la vista completa de un ojo; 6) Pérdida de una mano o un pie; 7) Pérdida de la vista de un ojo; 8) Pérdida del dedo pulgar e índice de la misma mano. Por la pérdida de una mano, un pie o la vista de un ojo se pagará la mitad del máximo beneficio. La pérdida de una mano o pie significa la separación completa a través o por encima de la articulación de la muñeca o del tobillo. La pérdida de la vista significa la pérdida total y permanente de la vista en un ojo. La pérdida de la vista debe ser irrecuperable por medios naturales, quirúrgicos o artificiales. La pérdida del dedo pulgar e índice de la misma mano significa la separación completa a través o por encima de la articulación metacarpofalángica de la misma mano (las articulaciones entre los dedos y la mano). La separación significa la escisión y el desmembramiento completos de la parte del cuerpo. Si el asegurado sufre más de una de las pérdidas cubiertas mencionadas anteriormente como consecuencia del mismo accidente, la cantidad total que pagará la compañía es el beneficio máximo. Los beneficios pagados en virtud de esta disposición se pagarán además de cualquier otro beneficio previsto por la póliza. Los beneficios previstos en esta disposición están sujetos a todas las demás disposiciones de la póliza, incluida toda la cobertura y limitaciones, límites máximos y exclusiones.

**DEFINICIONES** Lesión es una lesión corporal causada por un accidente. La lesión debe tener lugar mientras la póliza está en vigor y mientras el asegurado está cubierto por la póliza. La lesión debe haber ocurrido tal como se indica en la carátula de la póliza, salvo que se indique específicamente lo contrario en dicha póliza. **Accidente** es un evento repentino, inesperado, imprevisto e identificable que produce en ese momento síntomas objetivos de una lesión. El accidente debe ocurrir mientras el asegurado está cubierto por la póliza. **Gasto razonable** significa la cantidad promedio que cobra la mayoría de los proveedores por el tratamiento, el servicio o los suministros en el área geográfica en la que se proporciona el tratamiento, servicio o suministro. Un médico debe recomendar y aprobar estos servicios y suministros.

**EXCLUSIONES** No se pagan beneficios por servicios hospitalarios y profesionales para lo siguiente: 1) Lesiones que no son consecuencia de un accidente; 2) El tratamiento de hernia, independientemente de la causa, enfermedad de Osgood Schlatter u osteocondritis; 3) Lesiones sufridas como resultado de manejar, viajar dentro de, o sobre, un vehículo motorizado recreativo de dos, tres o cuatro ruedas o motos de nieve, o descender de estos; 4) El agravamiento, durante una actividad programada de manera normal, de una lesión que el asegurado sufrió antes de participar en esa actividad programada de manera normal, a menos que la compañía reciba una autorización médica por escrito del médico del asegurado; 5) Lesiones sufridas como resultado de practicar o jugar fútbol americano y/o deportes intercolegiales, a menos que se haya pagado la prima requerida bajo la disposición de la cobertura para fútbol americano y/o deportes; 6) Cualquier gasto para el cual son pagaderos los beneficios bajo un programa de seguro contra accidentes catastróficos de la Asociación de actividades intercolegiales del estado; 7) Tratamiento realizado por un miembro de la familia inmediata del asegurado o por una persona contratada por la escuela; 8) Lesión causada por guerra o actos de guerra; suicidio o lesión autoinfligida intencional, en buen estado mental o demente; violación o intento de violación de la ley; participación en cualquier ocupación ilegal; peleas o enfrentamientos, excepto en defensa propia; estar legalmente intoxicado o bajo la influencia del alcohol según lo definido por las leyes del estado en el que se produce la lesión; o estar bajo la influencia de alguna droga o narcótico a menos que las administre un médico o por consejo del mismo; 9) Gastos médicos para los cuales el asegurado recibe beneficios bajo ya sea (a) la Ley de indemnización laboral; o (b) el contrato de seguro de automóvil obligatorio sin culpa; o legislación similar; 10) Gastos realizados para el tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular y dolor miofacial asociado; y 11) Gastos incurridos por tratamientos o procedimientos experimentales o de investigación.

#### CONSERVE ESTA DESCRIPCIÓN EN SUS ARCHIVOS

Esto no constituye una póliza, más bien una breve descripción de los beneficios provistos en virtud de la póliza maestra emitida a la escuela. Consulte la póliza maestra para obtener más detalles. **AVISO IMPORTANTE - ESTA PÓLIZA NO PROPORCIONA COBERTURA POR ENFERMEDAD. El objetivo de este folleto es ilustrar los aspectos más destacados de este seguro. Toda la información contenida en este folleto está sujeta a las disposiciones del formulario de póliza COL-11(CA), suscrita por Gerber Life Insurance Company (la compañía). En caso de conflicto entre este folleto y la póliza, prevalecerá esta última. Por favor, consulte la póliza maestra para los detalles individuales del estado.**

#### CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

Se debe cursar una notificación por escrito de la reclamación a la compañía en un plazo de 90 días después de la ocurrencia o comienzo de cualquier siniestro cubierto por esta póliza, o tan pronto como sea razonablemente posible. La notificación entregada por o en nombre del asegurado designado a la compañía, con la información suficiente para identificar al asegurado designado, se considerará una notificación a la compañía. La prueba escrita de la pérdida debe comunicarse a la compañía en el domicilio designado en un plazo de 90 días después de la fecha de dicha pérdida.

En el caso de un accidente, los estudiantes deben: 1) Obtener tratamiento en el centro médico más cercano de su elección; 2) Si usted tiene otro seguro, presente su reclamación a su otra compañía de seguros. Cuando reciba la notificación de explicación de beneficios de su compañía principal, envíenla; 3) Obtenga un recibo (si efectuó el pago de alguna factura) y una copia detallada de los cargos del proveedor de servicios médicos, y envíe copias de sus facturas detalladas y el formulario de reclamación de accidente debidamente cumplimentado y **firmado** a la oficina de reclamaciones - envíe por correo toda la correspondencia a WEB-TPA, P.O. Box 2415, Grapevine, TX 76099-2415; y 3) **Llame al 1-866-975-9468** si tiene preguntas sobre las reclamaciones.

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

**AGENTE DE COMERCIALIZACIÓN:**  
Student Insurance  
10801 National Blvd., Suite 603  
Los Ángeles, CA 90064  
(310) 826-5688

-----  
**Para solicitar la cobertura, inscribese por Internet con una tarjeta de crédito en [www.k12specialmarkets.com](http://www.k12specialmarkets.com) o corte por la línea de puntos, complete el formulario y envíelo por correo, junto con su cheque o giro postal, a la dirección de retorno que se muestra a continuación.**

Enviar de vuelta a: Student Insurance  
c/o K12Special Markets Plan Administrators  
1055 Main Street, Suite 101  
Stevens Point, WI 54481