

SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES

Seleccione el plan de seguro que necesita para 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 DE TACKLE DE FÚTBOL AMERICANO
- BRINDA COBERTURA PARA ACTIVIDADES DE UIL/ DEPORTES INTERESCOLARES
- COBERTURA PRIMARIA



Formulario de inscripción adjunto

APROBADO POR SU ESCUELA DE PK A 12.º GRADO

¡Tome una decisión inteligente ahora mismo!



Comercializado por
David Cates
The Brokerage Store
4091 Dezavala Road, #3
San Antonio, TX 78249
210 366 4800 ó 800 366 4810 (línea gratuita)

W-1745(TX)

Primas y cobertura

FORMULARIOS DE PÓLIZAS GH-2200 (TX)

Primas anuales únicas



Cobertura de tiempo escolar de PK a 12.º grado
(SIN cobertura de las actividades de UIL/Cobertura de deportes interescolares)

\$20

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 transportes proporcionados por la misma. 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. Los Beneficios y Exclusiones Médicos que se muestran en este ejemplo son aplicables a esta cobertura.



Cobertura de tiempo completo de PK a 12.º grado
(SIN cobertura de las actividades de UIL/Cobertura de deportes interescolares)

\$90

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 actividades de UIL de estudiantes de 7.º grado o superior. Los Beneficios y Exclusiones Médicos que se muestran en este ejemplo son aplicables a esta cobertura.



Cobertura de tiempo escolar de PK a 12.º grado (con cobertura de actividades de UIL/Cobertura de deportes interescolares excepto 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)

\$95

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 transportes proporcionados por la misma para estudiantes de 7.º a 12.º grado. NO cubre el 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. 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 compró durante la temporada regular de fútbol americano. Los Beneficios y Exclusiones Médicos que se muestran en este ejemplo son aplicables a esta cobertura.



Cobertura de tiempo completo de PK a 12.º grado (con cobertura de actividades de UIL/Cobertura de deportes interescolares excepto 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)

\$165

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 la misma para estudiantes de 7.º a 12.º grado. NO cubre el 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. 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 compró durante la temporada regular de fútbol americano. Los Beneficios y Exclusiones Médicos que se muestran en este ejemplo son aplicables a esta cobertura.



Cobertura para la liga Varsity de fútbol americano

\$280

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 la misma. Incluye fútbol americano de primavera y verano exclusivamente patrocinado y supervisado por el Titular de la Póliza. Los Beneficios y Exclusiones Médicos que se muestran en este ejemplo son aplicables a esta cobertura.



Cobertura dental extendida de PK a 12.º grado

\$9

Brinda hasta \$5,000 en beneficios por cualquier accidente de índole dental y 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. Los beneficios se limitan a los gastos reales ocasionados durante el año posterior a la fecha del accidente. Sin embargo, si dentro del período de un año posterior a la fecha del accidente el dentista que asiste al asegurado certifica que el tratamiento y/o reemplazo dental debe/n extenderse durante más de un año, el plan pagará el costo estimado de dicha extensión del tratamiento, pero sin superar el monto de \$200 por cada diente. No se proporcionarán beneficios por tratamientos de ortodoncia o enfermedades dentales, y los beneficios para prótesis están limitados a \$500 por lesión, incluidos los procedimientos realizados para colocarlas. Las prótesis dentales incluyen, de forma no limitativa, coronas, dentaduras postizas, puentes e implantes.

CÓMO INSCRIBIRSE

1. Determine el Plan de cobertura de Seguro que desea. 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 en el sobre adjunto.

FECHAS DE ENTRADA EN VIGENCIA Y DE VENCIMIENTO

La cobertura entrará en vigencia a partir de la fecha que ocurra más tarde de las siguientes opciones: la fecha de entrada en vigencia de la Póliza Base o a las 12:01 a. m. del día posterior a la fecha del matasellos postal en el sobre con el formulario de inscripción y el pago de la prima, aplicado por el Servicio Postal de los EE. UU., o 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 dentro de los 180 días posteriores a la fecha de la lesión, la Compañía pagará los gastos usuales y habituales ocasionados por concepto de Servicios e Insumos necesarios, según se menciona a continuación, por gastos reales ocasionados dentro 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. 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).....	Primer día hasta \$1,000; en adelante hasta \$500 por día; máximo \$5,000
4. Visitas médicas no quirúrgicas (fisioterapia excluida) (día de la cirugía no pagado).....	Primer día de tratamiento hasta \$50; visitas posteriores hasta \$40; máximo de 10 visitas
5. Tratamiento de fisioterapia (incluye hidromasaje, diatermia, EMS, masaje, manipulación o ajustes de cualquier tipo y/o visitas al consultorio relacionadas con los mismos).....	Incluido en Beneficio de servicios hospitalarios varios
6. Servicios de radiografías y radiología.....	Incluido en Beneficio de servicios hospitalarios varios
7. Personal de enfermería registrado.....	100% de cargos usuales y habituales (usual and customary, U&C)
B. BENEFICIOS QUIRÚRGICOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	
1. Cirugía diurna (cargo del centro), habitación, suministros y todos los demás gastos para cirugía ambulatoria.....	Cargos U&C hasta \$2,000
C. OTROS BENEFICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	
1. Cargos de la sala de emergencias del hospital.....	Cargos U&C hasta \$300
2. Servicios de radiografías y radiología.....	Cargos U&C hasta \$250 en el centro; \$50 por interpretación
3. Tomografías axiales computerizadas, resonancias magnéticas y escáneres óseos.....	Cargos U&C hasta \$750 en el centro; \$50 por interpretación
4. Servicios de laboratorio.....	Cargos U&C hasta \$100
5. Visitas médicas no quirúrgicas (día de cirugía no pagado).....	\$50 por visita; con un máximo de 10 visitas
6. Atención médica no quirúrgica en sala de emergencias.....	Cargos U&C hasta \$150
7. Dispositivos ortopédicos (cuando los prescriba un médico con fines curativos).....	Cargos U&C con un máximo de hasta \$500
8. Vacunas e inyecciones (dentro de un plazo de 24 horas después de una lesión).....	\$50 por lesión
9. Medicamentos prescritos.....	\$50 por lesión
10. Tratamiento de fisioterapia (incluye hidromasaje, diatermia, EMS, masaje, manipulación o ajustes de cualquier tipo y/o visitas al consultorio relacionadas con los mismos).....	\$50 por visita; con un máximo de 5 visitas
11. Servicio de ambulancia (aérea o terrestre).....	\$1,000 por lesión
12. Reemplazo de anteojos (si también se recibe tratamiento médico por una lesión cubierta).....	\$200 por lesión
13. Equipos médicos duraderos (únicamente post-quirúrgico).....	\$100 por lesión
D. OTROS SERVICIOS MÉDICOS	
1. Tratamiento dental (en lugar de todos los demás beneficios médicos, incluidas las radiografías de dientes sanos y naturales).....	\$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.....	Cargos U&C hasta \$2,500 por lesión
3. Cargos del cirujano asistente (paciente hospitalizado o ambulatorio).....	25% de la asignación para cirugía
4. Cargos del anestesista (paciente hospitalizado o ambulatorio).....	25% de la asignación para cirugía
E. LESIÓN EN VEHÍCULO MOTORIZADO	hasta un máximo de \$1,000 según se estipuló anteriormente
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 un ojo.....	\$2,000
Doble desmembramiento.....	\$10,000
Desmembramiento simple.....	\$2,000

EXCLUSIONES (lo que el Plan NO paga)

- Toda 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, trastorno mental o físico, enfermedad de Osgood-Schlatter, osteocondritis, osteocondritis disecante, osteomielitis, espondilólisis, deslizamiento de la epifisis capital femoral y ortodancias.
- Lesiones para las cuales corresponden los beneficios pagaderos según las leyes de Compensación Laboral o Responsabilidad del Empleador.
- 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.
- Reemplazo de lentes de contacto, audífonos o las prescripciones o exámenes que correspondan a los mismos.
- 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.

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

NOTA: ESTA ES UNA PÓLIZA NO RENOVABLE GENERAL DE ACCIDENTES

¿CUÁNDO Y DÓNDE CUBRIRÁ ESTE SEGURO A MI ESTUDIANTE?

¡La elección es suya! Esta oferta de seguro describe varias opciones de inscripción diseñadas para satisfacer sus necesidades individuales. Estudie todo el folleto, especialmente las descripciones de coberturas, antes de hacer sus elecciones.

¿POR QUÉ LA ESCUELA PARTICIPA EN ESTA OFERTA?

Los estudiantes son especialmente susceptibles a las lesiones accidentales. Este plan ayudará a brindar cobertura de los gastos que no cubra otro seguro.

¿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 sarampión, dolores de garganta, etc. no están cubiertas.

¿QUIÉN DEBERÍA CONSIDERAR LA CONTRATACIÓN DE ESTE SEGURO?

1. Todas las familias que no cuenten con un seguro médico.
2. Familias con pólizas que tienen deducibles o copagos. Cuanto más alto sea el porcentaje del deducible o del copago, mayor será su beneficio. Nuestro plan no incluye deducibles.

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 inmediatamente 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 dentro de los 180 días posteriores a la fecha de la lesión. La prueba 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 ocasionados dentro de un año.

**Este plan pagará beneficios de conformidad con cualquier ley estatal vigente.
Estos beneficios se encuentran en la póliza base.**

**¿TIENE PREGUNTAS?
LLÁMENOS GRATUITAMENTE AL
(800) 366 4810 O AL (210) 366 4800**



Este folleto es un resumen de la póliza de seguro base emitida a la institución educativa. Si existiera alguna discrepancia entre este folleto y la póliza base, prevalecerá el contenido de la póliza base.

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 del UIL que comiencen y terminen durante el año escolar actual.

RECUERDE SEPARAR Y COLOCAR ESTA INFORMACIÓN JUNTO CON SU PRIMA DENTRO DEL SOBRE PROPORCIONADO.

A fin de que la cobertura entre en vigencia, envíe este formulario de inscripción completado tan pronto como le sea posible.

FECHA DE RECEPCIÓN _____

SOBRE DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES		PLANES DE COBERTURA	Primas anuales únicas	
<div style="text-align: center;"> <p>Security Life INSURANCE COMPANY OF AMERICA</p> </div> <div style="border: 1px dashed red; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;">↑ APELLIDO DEL ESTUDIANTE↑ (una letra en cada casilla)</p> </div> <p>NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ INICIAL 2.º NOMBRE _____ <i>Escriba en letra de molde</i> Dirección _____ (Calle) _____ (Ciudad) _____ (Estado) _____ (Código postal) Dirección de correo electrónico _____ Nombre de la escuela _____ Nombre del distrito _____ Edad del alumno _____ Grado _____ Teléfono _____ X _____ FORMULARIO W-1745(TX) (Firma del padre, madre o tutor) (Fecha)</p>	 	<p>Cobertura de tiempo escolar (SIN cobertura de las actividades de UIL/Cobertura de deportes interescolares)</p> <p>Cobertura de Tiempo Completo (SIN Cobertura de actividades de UIL/Deportes interescolares)</p> <p>Cobertura de tiempo escolar (con cobertura de las actividades de UIL/Deportes interescolares excepto fútbol americano de la liga Varsity)</p> <p>Cobertura de tiempo completo (con cobertura de las actividades de UIL/Deportes interescolares excepto fútbol americano de la liga Varsity)</p> <p>Cobertura para la liga Varsity de fútbol americano</p> <p>Cobertura dental extendida</p>	<p><input type="checkbox"/> \$20</p> <p><input type="checkbox"/> \$90</p> <p><input type="checkbox"/> \$95</p> <p><input type="checkbox"/> \$165</p> <p><input type="checkbox"/> \$280</p> <p><input type="checkbox"/> \$9</p>	
	<p>NO ENVÍE EFECTIVO TOTAL DE LA PRIMA </p>			
	<p>Extienda los cheques a nombre de: STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC. *Escriba el nombre del estudiante en el anverso del cheque. NO ES REEMBOLSABLE</p>			
	<p>NOTA: Para solicitar el Seguro Estudiantil contra Accidentes, complete este formulario de inscripción o inscribese en línea en "School Look-up" en la sección K-12 de: www.sas-mn.com</p>			

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.

Por favor, cargue \$ _____ 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 (Mes) (Año) _____

_____ - _____ La facturación de la tarjeta de crédito indicará: "Student Assurance Services, Inc."

Nombre del titular en letra de molde _____ Fecha ____ / ____ / ____
 Firma del titular _____
 Dirección del titular _____ (Calle) _____ (Ciudad) _____ (Estado) _____ (Código postal)
 Número de teléfono (_____) _____ - _____

W-1745(TX)