

# 2018-2019

## PLAN DE SEGURO PARA ACCIDENTES ESTUDIANTILES

Si su hijo(a) se lesiona ¿Cuenta usted con  
cobertura de seguro médico?



Ofrecido por:



25 Dodd Street • Marietta, Georgia 30060 • (770) 427-2461  
1-800-633-2360

Asegurado por:

**United States Fire Insurance Company**  
por Fairmont Specialty, una División de Crum & Forster  
Eatontown, New Jersey

# AVISO IMPORTANTE PARA LOS PADRES:

Nos complace ofrecerles a través de su sistema escolar el seguro de accidentes estudiantiles 2018-2019. Esta cobertura proporciona protección contra los gastos médicos resultantes de lesiones accidentales a su hijo.

Para aquellos de ustedes que tienen otro seguro, este programa le ayudará a pagar sus deducibles y el co-seguro. Para aquellos de ustedes que no tienen otro seguro, esta cobertura proporcionará beneficios muy necesarios a un costo razonable.

Por favor lea el folleto cuidadosamente y seleccione la cobertura que más se adapte a sus necesidades. Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar al administrador del plan a los números que se enumeran a continuación.



25 Dodd Street  
Marietta, Georgia 30060  
(770) 427-2461

Fuera del área telefónica de Atlanta  
1-800-633-2360

## ELIJA DE ENTRE TRES PLANES DE BENEFICIOS

### COBERTURA TOTAL DE 24 HORAS

El plan de cobertura de 24 horas cubre los accidentes en la escuela, durante los fines de semana y durante los períodos de vacaciones de verano, incluida la participación en todos los deportes, excepto el fútbol americano de preparatoria. No cubre ciertos accidentes automovilísticos (ver exclusiones).

### COBERTURA DURANTE HORARIO DE CLASES

La Cobertura durante el Horario de Clases cubre accidentes en la escuela durante el día escolar, incluyendo una hora antes y después de la escuela, mientras que el estudiante está continuamente en las instalaciones de la escuela y mientras asiste a una actividad patrocinada y supervisada por la escuela. Viajar directamente entre el hogar y la escuela para asistir a clases regulares o para participar en actividades escolares también está cubierto. La cobertura durante el horario de clases no incluye el fútbol americano en la escuela preparatoria o ciertos accidentes automovilísticos (vea las exclusiones).

### COBERTURA POR JUGAR FÚTBOL AMERICANO EN LA PREPARATORIA

Cobertura por Jugar Fútbol Americano en la Preparatoria cubre accidentes durante las prácticas programadas y juegos durante los periodos excluidos permitidos por la Asociación de Escuelas Preparatorias de Georgia (*Georgia High School Association*, en inglés). El entrenamiento fuera de temporada y los campamentos no están cubiertos (existe cobertura disponible para entrenamientos fuera de temporada y campamentos, excluyendo el fútbol americano de contacto completo, a través de la Cobertura Total de 24 horas) (ver exclusiones).

### PERIODO DE COBERTURA

La cobertura bajo el plan de horario escolar y de 24 horas comienza en la fecha de recibo de la prima, pero no antes del comienzo de las actividades del año escolar. La cobertura de tiempo escolar termina al final de los nueve meses regulares de escuela, excepto cuando el asegurado asiste a actividades exclusivamente patrocinadas y supervisadas por la Escuela durante el verano. La cobertura de 24 horas termina cuando la escuela vuelve a abrir para el siguiente período de otoño.

### PLAN DE TIEMPO COMPLETO PARA ACCIDENTES DENTALES

Cubre los accidentes que ocurren en cualquier momento o en cualquier lugar, incluyendo todas las actividades atléticas y todas las formas de transporte. La cobertura comienza en la fecha del pago de la prima (pero no antes del inicio del año escolar) y finaliza cuando la escuela vuelve a abrir para el siguiente período de otoño.

#### Requisitos y Limitaciones del Plan Dental

Si, en un plazo de 60 días a partir de la fecha de la lesión, el asegurado es tratado por un dentista legalmente calificado (excepto por un miembro de la familia) por lesión a los dientes, la Compañía PAGARÁ LOS GASTOS RAZONABLES Y HABITUALES por el tratamiento dental necesario que se incurra en un año a partir de la fecha de la lesión.

**DISPOSICIÓN DE EXCEDENTE** – Si usted tiene otra cobertura válida que proporciona beneficios para la misma pérdida, los beneficios serán pagados primero por su otra cobertura. El saldo de los gastos dentales elegibles no pagados será pagado por esta póliza.

**EXCLUSIONES** – Condiciones que no sean causadas por lesiones accidentales. Volverse a lesionar o complicaciones de una condición que existía antes del accidente. Ortodoncia y daño o pérdida de dentaduras postizas o puentes.

**Prima anual:** \$7.00

### DISPOSICIÓN DE EXCEDENTE

**IMPORTANTE** – (aplica sólo si tiene otro seguro médico) Su plan de seguro estudiantil está diseñado para proporcionar los beneficios máximos por una prima mínima. Si su reclamación es de más de \$100 y tiene otro seguro médico, por favor envíe su reclamación a su otra compañía de seguros primero. Cuando usted reciba su Declaración de Beneficios, envíenlos. Nosotros pagaremos los beneficios por los gastos elegibles no pagados por su otro seguro.

Cuando se proporciona un exceso de seguro y otro Plan que Proporciona Beneficios Médicos a un Asegurado sea una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) o una Organización de Proveedor Preferido (PPO, por sus siglas en inglés), o por un arreglo similar para la prestación de servicios y el Asegurado no usa las instalaciones o servicios de la HMO, PPO o de un arreglo similar para la provisión de beneficios o servicios, los beneficios médicos que de otro modo se pagarían bajo esta póliza se reducirán en un 50%. Esta limitación no se aplicará al tratamiento de emergencia requerido dentro de 24 horas después de un accidente cuando el accidente ocurre fuera del área geográfica servida por la HMO, PPO o un arreglo similar para la provisión de beneficios o servicios.

# BENEFICIOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

## BENEFICIOS MÉDICOS:

Si un estudiante recibe tratamiento por un médico legalmente calificado o cirujano (que no sea un miembro de la familia) o es hospitalizado, y el tratamiento comienza dentro de los 60 días a partir de la fecha de la lesión, la Compañía PAGARÁ LOS GASTOS RAZONABLES Y HABITUALES incurridos por el cuidado médica, dental o de hospital, sujeto a las disposiciones, limitaciones y exclusiones descritas en este folleto. La Compañía pagará estos gastos hasta por un año completo a partir de la fecha de la lesión. La lesión debe ocurrirse mientras la póliza está en vigor.

### Beneficios Máximos por Evento

Compare y Elija

**Opción Premier**  
**\$250,000**

**Opción Preferente**  
**\$100,000**

**Opción Básica**  
**\$50,000**

Los beneficios son pagaderos hasta por los siguientes Máximos

|  | PREMIER<br>Tarifa de sala semi-privada   | Preferente<br>Tarifa de sala semi-privada  | Básico<br>\$300.00 por día   |
|--|--|--|--|
| Alojamiento y Alimentos en el Hospital   |  |  |  |
| Servicios y Suministros para Pacientes Hospitalizados (o Cirugía de Día para Pacientes Ambulatorios)   | 80% de los costos Razonables y Habituales hasta por \$7,500.00   | 80% de los costos Razonables y Habituales hasta por \$5,000.00   | 80% de los costos Razonables y Habituales hasta por \$3,000.00   |
| Sala de Emergencias del Hospital (Incluye todos los servicios y suministros, excepto las radiografías) | Costos Razonables y Habituales hasta por \$500.00  | Costos Razonables y Habituales hasta por \$300.00  | Costos Razonables y Habituales hasta por \$200.00  |
| Cirugía  | Costos Razonables y Habituales al 80%  | Costos Razonables y Habituales al 80%  | Costos Razonables y Habituales al 80%  |
| Tratamiento Ambulatorio por el Médico (Todos los servicios y suministros, excepto las radiografías)    | \$100.00 por el primer tratamiento; \$75.00 por cada tratamiento subsecuente - máximo 5 tratamientos                         | \$75.00 por el primer tratamiento; \$50.00 por cada tratamiento subsecuente - máximo 5 tratamientos                          | \$50.00 por el primer tratamiento; \$35.00 por cada tratamiento subsecuente - máximo 5 tratamientos                          |
| Servicios de Enfermería Especializada  | Todos los costos Razonables y Habituales   | Todos los costos Razonables y Habituales   | Todos los costos Razonables y Habituales   |
| Radiografías, imágenes diagnósticas, resonancia magnética, tomografías                                 | 80% of Costos Razonables y Habituales hasta por \$1,000.00   | 80% of Costos Razonables y Habituales hasta por \$750.00   | 80% of Costos Razonables y Habituales hasta por \$400.00   |
| Terapia física (Dentro o fuera del hospital)   | \$75.00 por el primer tratamiento, \$50 cada tratamiento subsecuente, máximo 5 tratamientos                                  | \$60.00 por el primer tratamiento, \$40 cada tratamiento subsecuente, máximo 5 tratamientos                                  | \$40.00 por el primer tratamiento, \$30 cada tratamiento subsecuente, máximo 5 tratamientos                                  |
| Ambulancia-Transporte terrestre  | Costos Razonables y Habituales   | Costos Razonables y Habituales   | Pago completo por un traslado  |
| Aparatos ortopédicos y correctivos   | Costos Razonables y Habituales hasta por \$300.00  | Costos Razonables y Habituales hasta por \$200.00  | Costos Razonables y Habituales hasta por \$100.00  |
| Medicamentos recetados   | Cargos razonables y habituales como paciente hospitalizado; razonable y habituales hasta \$ 300.00 como paciente ambulatorio | Cargos razonables y habituales como paciente hospitalizado; razonable y habituales hasta \$ 200.00 como paciente ambulatorio | Cargos razonables y habituales como paciente hospitalizado; razonable y habituales hasta \$ 100.00 como paciente ambulatorio |
| Tratamiento dental   | \$500.00 por diente natural  | \$400.00 por diente natural  | \$250.00 por diente natural  |
| Lesiones con vehículos de motor  | Hasta \$3,000.00 lesión  | Hasta \$2,000.00 lesión  | Hasta \$1,000.00 lesión  |

### Beneficios por Muerte Accidental, Desmembramiento y Pérdida de la Vista

Además de otros beneficios, paga uno de los siguientes:

|  |   |             |
|--|---|-------------|
| La cantidad mayor que corresponda:         | Pérdida de la Vida  | \$10,000.00 |
| (dentro de 180 días a partir de la lesión) | Pérdida de Ambas Manos, Ambos Pies, o de la Vista en Ambos Ojos | \$15,000.00 |
|  | Pérdida de Una Mano, Un Pie o de la Vista en Un Ojo             | \$7,500.00  |

**FAVOR DE VER LAS EXCLUSIONES Y LIMITACIONES EN LA PARTE DE ATRÁS DE LA PÁGINA.**

# EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

## NO SE PAGAN BENEFICIOS POR LAS SIGUIENTES EXCLUSIONES Y LIMITACIONES:

1. Condiciones que no sean causadas por una lesión accidental;
2. Tratamiento por la pérdida resultante de hernia, independientemente de la causa, enfermedad de Osgood-Schlatter, o osteocondritis;
3. Lesión sufrida como resultado de operar, montarse dentro o sobre, o descender de cualquier vehículo de motor de dos o tres ruedas, un vehículo recreativo de cuatro ruedas o moto de nieve;
4. Volverse a lesionar o complicaciones de una condición que existía antes del accidente;
5. Lesión sufrida como resultado de la práctica o juego en el fútbol americano entre escuelas, a menos que la prima para dicha cobertura haya sido pagada;
6. Cualquier gasto por el cual se paguen los beneficios bajo el Programa de Seguro contra Accidentes Catastróficos de la Asociación de Actividades Interescolares de la Escuelas Preparatorias del Estado;
7. Tratamiento realizado por un miembro de la familia o persona contratada por la Escuela;
8. Lesión intencionalmente autoinfligida, o lesión debido a: actos de guerra, suicidio, violación o intento de violar la ley, peleas o trifulcas, excepto en defensa propia, o pérdida a consecuencia de estar intoxicado o bajo la influencia de cualquier droga o estupefacientes a menos que sean aplicados por o bajo el consejo del médico;
9. Lesión para la cual se disponga de la Compensación de los Trabajadores o beneficios laborales similares;
10. Infecciones bacterianas o enfermedad de cualquier tipo, como estreptococo o amigdalitis, agotamiento por calor, quemaduras solares, quemaduras por congelación, desmayos o reacciones alérgicas;
11. Envenenamiento por vegetación, como hiedra venenosa o zumaque venenoso, o intoxicación por ptomaína;
12. Gastos ocasionados por el tratamiento de trastornos de la articulación temporomandibular y el dolor miofascial asociado.

## DEFINICIONES:

**LESIÓN** – Significa lesiones corporales resultantes directa e independientemente de cualquier otra causa de pérdida cubierta por la Póliza y causada por un accidente sufrido mientras la Póliza está en vigor en cuanto a la persona asegurada.

**ACCIDENTE** – Significa un evento inesperado, externo y repentino que es independiente de cualquier otra causa.

## CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN:

Reportarle los accidentes inmediatamente al oficial de la escuela. Los formularios de reclamación de accidentes serán proporcionados a través de la Oficina del Director. (Durante el periodo de vacaciones comuníquese con el Administrador del plan.) La Compañía debe recibir la prueba de pérdida y las facturas acumuladas en un plazo de 90 días.

# SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

## Formulario de Inscripción (Año Escolar 2018-2019)

ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE

\_\_\_\_\_  
APELLIDO (NOMBRE DE LA FAMILIA)                      PRIMER NOMBRE                      SEGUNDO NOMBRE

\_\_\_\_\_  
F. DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)                      TELÉFONO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA CALLE                      CIUDAD                      ESTADO                      C.P.

\_\_\_\_\_  
CORREO ELECTRÓNICO

\_\_\_\_\_  
SISTEMA ESCOLAR/DISTRITO                      NOMBRE DE LA ESCUELA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE O TUTOR                      FECHA

### Opciones del Plan del Seguro Estudiantil – Elija Sus Selección(es)

| PLANES DE COBERTURA                     | OPCIONES DE BENEFICIOS           |                                   |                                   |
|---|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
|   | BÁSICO                           | PREFERENTE                        | PREMIER                           |
| Total de 24 Horas                       | <input type="checkbox"/> \$85.00 | <input type="checkbox"/> \$135.00 | <input type="checkbox"/> \$225.00 |
| Total de 24 Horas Solo Verano           | <input type="checkbox"/> \$29.00 | <input type="checkbox"/> \$44.00  | <input type="checkbox"/> \$69.00  |
| Horario de Clases                       | <input type="checkbox"/> \$19.50 | <input type="checkbox"/> \$32.00  | <input type="checkbox"/> \$49.00  |
| Fútbol Americano (Incluye Primavera)    | <input type="checkbox"/> \$98.50 | <input type="checkbox"/> \$168.50 | <input type="checkbox"/> \$278.00 |
| Fútbol Am. (Grado 12, No Primavera)     | <input type="checkbox"/> \$79.50 | <input type="checkbox"/> \$139.50 | <input type="checkbox"/> \$229.00 |
| Fútbol Am. Primavera (Jugadores Nuevos) | <input type="checkbox"/> \$19.00 | <input type="checkbox"/> \$29.00  | <input type="checkbox"/> \$49.00  |
| Dental de Tiempo Completo               | <input type="checkbox"/> \$7.00  | <input type="checkbox"/> \$7.00   | <input type="checkbox"/> \$7.00   |

Imprima la Solicitud y envíe el cheque o el giro postal a T.W. Lord & Associates o [APLIQUE EN LÍNEA.](#)  
**FAVOR DE NO ENVIAR DINERO EN EFECTIVO POR CORREO.**

Escriba los Cheques a Nombre de:  
**T.W. Lord & Associates**  
25 Dodd Street, Marietta, Georgia 30060  
**(770) 427-2461**

**Total Amount Due:**