

La escuela no es un deporte para espectadores. De dar saltitos a brincos y hasta tener una vida escolar activa en el plantel escolar, nuestro compromiso de proteger a los niños empieza desde la edad pre-escolar.

Es por eso que estamos aquí!



Envíe Pagos y Reclamos a:
SISC Student Accident Coverage
P.O. Box 1847
Bakersfield, CA 93303-1847
¿Preguntas? Llame al (661) 636-4495

EXCUSIONES Y LIMITACIONES DEL PLAN PARA ACCIDENTES

Los beneficios no se pagarán por: a) la pérdida o un gasto ocasionado por, contribuido a, o que haya resultado debido a: o b) tratamiento, servicios o suministros por, en, o relacionados con:

1. Enfermedad o dolencia.
2. Participación en la práctica o juego de fútbol Americano de tackleo (tackle football).
3. Lesión o lesiones auto-infligidas.
4. Tratamiento de Ortodoncia (frenos o retenedores) por cualquier motivo o daño a o pérdida de los frenos o retenedores.
5. Ayuda artificial, tales como lentes de aumento, pupilentes, audífonos, exámenes de refracción o recetas médicas para los mismos.
6. Servicios o tratamientos proveídos por un médico, una enfermera o cualquier otra persona quien sea (a) empleado o contratado por el Beneficiario, o (b) un miembro de la familia inmediata del Beneficiario.
7. Una lesión que se sufre cuando el Beneficiario es el conductor de cualquier automóvil.
8. Una lesión que se sufre durante el transcurso de trabajo al estar como aprendiz observando un trabajo o al estar trabajando para recibir un salario o ganancias.
9. Una lesión ocasionada por envenenamiento, gas, o vapores ingeridos voluntariamente, ya sea suministrados, absorbidos o inhalados; o al estar intoxicado, o debido al consumo de cualquier sustancia regulada, o droga al menos de que esa droga sea recetada por un médico.
10. Una lesión ocasionada debido a una guerra, acto de guerra, ocasionada por participar en un motín o debido a una pelea (salvo en defensa propia).
11. Una lesión sufrida debido a un acto de renuncia a actuar por parte del estudiante mientras el o ella está cometiendo o intentando cometer un delito mayor.
12. Una lesión sufrida al estar: (o al estar participando en) cabalgando, montando en globo aerostático, andando en bicicleta con un club en grupo, deslizándose sobre la nieve, boxeando, participando en un salto de bungee (salto de caída libre), volando en una aeronave ultra ligera, volando en planeador, volando en un deslizador, practicando artes marciales, lanzándose en paracaídas, practicando paravelismo, cabalgando en una charreada,

continued

patinando sobre ruedas en línea, andar volando sin motor, buceando, disparando armas de fuego, practicando paracaidismo o surf de cualquier tipo.

13. Cualquier lesión que sufra algún estudiante que esté como espectador de alguna actividad escolar que no sea obligatoria, patrocinada por la escuela, después del horario de clases, incluyendo la noche de orientación para padres (al reinicio de las clases), la recepción para padres y estudiantes, bailes y actividades deportivas, entre otros.

DISPOSICIÓN ADICIONAL

Aunque tenga otro seguro médico, el Plan podrá cubrir saldos pendientes, deducibles y los gastos médicos que sean elegibles que no cubra otro seguro. Después de que su compañía aseguradora haya pagado lo que le corresponde, este plan cubrirá el saldo pendiente. Debido a que este es un plan suplementario, a este plan no se le considerará ser el plan principal ni se hará responsable de pagar ningún gasto ocasionado por lesiones las cuales haya cubierto el seguro médico principal en vigor. Este plan no pagará ninguna cantidad por gastos médicos que no cubra la compañía aseguradora principal debido a recargos pendientes cuando la persona asegurada no cumplió con las disposiciones o los requisitos de la póliza.

PLAN GARANTIZADO POR SISC

SISC Supplemental Student Accident Coverage
P.O. Box 1847
Bakersfield, CA 93303-1847
¿Preguntas? Favor de comunicarse al
(661) 636-4495.

Una agencia conjunta administrada por el Superintendente de Escuelas,
Mary C. Barlow, Superintendente
Rev. 4/2019

COBERTURA SUPLEMENTARIA PARA ACCIDENTES ESTUDIANTILES SISC



Los niños
niños son.

Cobertura que paga hasta \$25,000 por cada lesión accidental al estar asistiendo a clases y participando en actividades patrocinadas por la escuela.



Cobertura Suplementaria Para Accidentes Estudiantiles Sisc

SISC provee un Plan Básico Auto-asegurado que proporciona hasta \$2,500 por lesión accidental, sin costo a usted, siempre y cuando el estudiante esté asistiendo a la escuela y participando en actividades escolares y deportivas patrocinadas por la misma. Se excluye el fútbol Americano de tackleo de la escuela preparatoria (tackle football). La cobertura que se describe en este folleto pagará en exceso de los \$2,500 pagados bajo el plan básico que proporciona SISC.

UN SOLO PAGO: \$25.00

COBERTURA SUPLEMENTARIA SISC PARA ACCIDENTES ESTUDIANTILES:

- Durante el plazo escolar regular, en el plantel escolar mientras las clases estén en sesión
- Viajes directos e ininterrumpidos a, y entre la casa y clases programadas dentro de un auto proporcionado por la escuela
- Deportes patrocinados y supervisados excluyendo el fútbol Americano de tackleo de la escuela preparatoria
- Mientras este viajando hacia, durante o después de tales actividades dentro de un auto proporcionado por la escuela
- La cobertura estará vigente a partir de la fecha en que SISC reciba la solicitud y el pago de la prima hasta el 30 de junio
- La cobertura se puede adquirir en cualquier momento durante el año
- Se aceptan cheques y giros postales (FAVOR DE NO MANDAR DINERO EN EFECTIVO)

DATOS DE LA PÓLIZA:

1. CAPACIDAD DE TRANSFERENCIA: La póliza sigue en vigor en cualquier parte de los Estados Unidos si el beneficiario se muda a otro distrito que sea miembro del SISC II, siempre y cuando sea antes de que caduque la cobertura.
2. La cobertura solo es disponible para estudiantes matriculados en distritos que sean miembros del SISC II.
3. CANCELACIÓN: La cobertura de la Póliza no se cancelará, y según corresponda, los pagos de primas no se reembolsarán después de que SISC los acepte.
4. La Póliza Maestra archivada con la oficina de SISC es una póliza no renovable de un año de duración.
5. Es una póliza de beneficios limitados.
6. INSCRIPCIÓN INICIAL: La cobertura entra en vigor en la fecha en que la SISC reciba la solicitud y el pago de la prima.
7. INSCRIPCIÓN TARDÍA: No habrá reducción del pago de la prima para cualquier persona que se inscriba tarde en el año.
8. Su cheque cancelado o talón de giro postal es su único recibo y notificación de cobertura. Se le proporciona una tarjeta para su cartera pero no es prueba de cobertura.
9. La devolución de un cheque por parte del banco, por cualquier motivo, resultará en que la cobertura del seguro se cancele.

DEFINICIONES:

Una lesión corporal es aquella que sea: 1) directa e independientemente ocasionada por un contacto accidental específico con otro cuerpo u otro objeto; 2) no relacionada a un trastorno patológico, funcional o estructural; 3) el origen de una pérdida; y 4) se sufrió mientras la persona con cobertura esté cubierta por ésta póliza. Se considerará que una sola lesión equivale a todas las que se hayan sostenido en un accidente, incluyendo todas las enfermedades relacionadas y síntomas recurrentes de las mismas. Una lesión no incluye una pérdida que sea el resultado total o parcial, directo e indirecto de una enfermedad u otra dolencia corporal.

POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD:

Sabemos que su privacidad es importante para usted y nos esforzamos para proteger la privacidad de sus datos personales confidenciales. No divulgamos ningún dato personal confidencial a nadie, salvo como lo permita o requiera la ley. Mantenemos medidas apropiadas físicas, electrónicas y previsiones procesales para garantizar la seguridad de sus datos personales confidenciales.

Envíe preguntas, pagos y reclamos a:

SISC Student Accident Coverage
P.O. Box 1847
Bakersfield, CA 93303-1847
(661) 636-4495

Favor de guardar este folleto para consultarlo en el futuro. No recibirá pólizas individuales del seguro o tarjetas de identificación.



BENEFICIOS MÁXIMOS SE PAGARÁN SEGÚN LO INDICADO:

Normal & Habitual (N&H)

La Póliza brinda beneficios en caso de una pérdida debido a una lesión siempre y cuando esté cubierta, hasta alcanzar el Beneficio Máximo indicado (véase la gráfica) para cada una. Los beneficios por los Gastos Médicos Cubiertos realizados 52 semanas a partir de la fecha de la lesión los pagará el plan si el tratamiento lo proporciona un médico acreditado y calificado comenzando en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que sufrió la lesión. No se cubrirá ningún suministro o servicio que no esté listado específicamente. Debido a que este es un plan suplementario, a este plan no se le considerará ser el plan principal ni se hará responsable de pagar ningún gasto ocasionado por lesiones las cuales haya cubierto el seguro médico principal en vigor.

BENEFICIO MAXIMO	\$25,000 por cada lesión
Coseguro (El plan paga)	80% de N&H salvo como se indique abajo
Coseguro (Usted paga)	20% de N&H salvo como se indique abajo
Habitación dentro del Hospital & Comida/Otros	80% de N&H/\$1,250 pago total por día
Sala de Urgencias El uso del cuarto y suministros, el tratamiento inicial se debe proveer dentro de un plazo de 72 horas comenzando cuando sostuvo la lastimadura.	80% de N&H, hasta un máximo de \$1,000
Cirujano	80% de N&H
1. Cirujano Auxiliar	20% de la cantidad permitida para el cirujano
2. Anestesiólogo	20% de la cantidad permitida para el cirujano
Instalación Quirúrgica	80% de N&H/\$2,500 máximo
Cobros del Doctor Sin incluir cirugía o quiropráctico. Los beneficios se limitan a una cita por día.	80% de N&H, hasta \$50
Fisioterapia/Quiropráctico	80% de N&H/un máximo de 15 citas en total
Rayos X	Rayos X
MRI/CT (Imágen de resonancia magnética/tomografía computarizada)	80% de N&H hasta un total de \$750
Férulas & Aparatos Ortopédicos	80% de N&H, un máximo de \$1,000
Ambulancia en carretera al hospital más cercano	80% de N&H
Laboratorio	80% de N&H
Medicamentos recetados (relacionados al accidente)	80% de N&H
Injections (accident related)	80% de N&H
Servicios dentales: Beneficios se pagan únicamente por dientes naturales sanos. El Plan no cubre beneficios de ortodoncia de ningún tipo.	80% de N&H/\$2,500 máximo

Los detalles acerca de estos beneficios los puede encontrar en la Póliza Maestra archivada en la oficina SISC.

Application for SISC Supplemental Student Accident Coverage

APPELLIDO DEL ESTUDIANTE / NOMBRE / INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTOGRADO ESCOLAR

DOMICILIO

CIUDADESTADOCODIGO POSTAL

NUMERO DE TELEFONO

NOMBRE DEL DISTRITO ESCOLAR (SE REQUIERE PARA PROCESAR LA SOLICITUD)

NOMBRE DE LA ESCUELA

FIRMA DEL PADRE O GUARDIANFECHA

PROCEDIMIENTO DE LA SOLICITUD

- Llene la solicitud y despegue el formulario de inscripción
- Extienda el cheque o el giro postal por \$25 dólares a SISC. FAVOR DE NO MANDAR DINERO EN EFECTIVO.
- Envíe la Solicitud y el pago a:
SISC Student Accident Coverage
P.O. Box 1847
Bakersfield, CA 93303-1847
- Su cheque cancelado o el talón del giro postal serán su recibo

SISC Supplemental Student Accident Coverage

NOMBRE DEL ESTUDIANTE

La cobertura entra en vigor a partir de la fecha en que SISC reciba la solicitud y el pago de la prima hasta el 30 de junio

DISTRITO ESCOLAR

(ESTA TARJETA ES SOLO PARA EL SOLICITANTE Y NO ES PRUEBA DE COBERTURA)