Pacific Educators
Insurance Services

- Tenga en cuenta que hay cuatro páginas del folleto (no incluido ésta)

- Usted puede aplicarse en línea con una tarjeta de crédito aquí www.peinsurance.com/signup

- Si desea realizar su solicitud, la tercera página es la aplicación que puede imprimir y llenar a mano, **o puede completar en la computadora e imprimir**. POR FAVOR NO ENVIE DINERO EN EFECTIVO. Haga un cheque o giro postal a Pacific Educators y envíelo a:

  - **Pacific Educators**
    2808 E. Katella Ave, Suite 101
    Orange, CA 92867

- La última página es un **GRATIS tarjeta de medicamentos prescripción programa,** se puede imprimir y llevar a una farmacia para ayudar a alguien a reducir el coste de medicamentos prescripción.

- Si tiene alguna pregunta, por favor no dude en ponerse en contacto directamente con nosotros (800) 722-3365

PLANES DE SEGUROS PARA ESTUDIANTES 2017-2018

RECOMENDAMOS LA COBERTURA DE 24 HORAS DEL DÍA

- ¡Los accidentes son comunes! Cuando le suceden a su hijo, alguien debe pagar esos costos.
- Aquí le presentamos planes de seguros contra accidentes para cubrir a su hijo las 24 horas del día (Plan de 24 horas) o en la escuela (Plan de Tiempo Escolar).
- Estos planes le proporcionan beneficios para ayudarle a cubrir los costos médicos y hospitalarios.
- Si usted tiene otro seguro, estos planes pueden ayudarle a cubrir los deducibles y los coseguros de dichos planes.
- Si usted no tiene otro seguro, estos planes le proporcionarán cobertura básica.
- Cualquier beneficio pagable por esta póliza como resultado de un servicio médico, quirúrgico, dental, hospitalario o de enfermería será pagado directamente al hospital o a la persona que proporcione dichos servicios, a menos que se proporcione prueba del pago completo.

24 HORAS	TIEMPO ESCOLAR	DETALLES IMPORTANTES SOBRE LA PROTECCIÓN
✓	✓	La cobertura se vuelve efectiva el día que la compañía o su representante reciba el pago de la prima (pero no antes del primer día que abra la escuela).
✓	✓	Proporciona cobertura durante las horas en las cuales la escuela está en actividades regulares.
✓		Proporciona cobertura las 24 horas del día.
✓	✓	Proporciona cobertura durante el tiempo necesario para viajar entre el hogar del asegurado y el inicio o fin de las actividades escolares regulares.
✓	✓	Proporciona cobertura mientras se participa (o se asiste) a actividades organizadas, patrocinadas y supervisadas por la escuela. También se proporciona cobertura para viajar directamente hacia y desde tales actividades en un vehículo designado y proporcionado por la escuela.
	✓	La cobertura expira al terminar el ciclo escolar regular. (La cobertura se extenderá mientras se asista a clases académicas para obtener créditos en el verano, cuando las actividades escolares son patrocinadas y supervisadas exclusiva y únicamente por la escuela, no se proporcionará cobertura para el transporte de y hacia las clases.
✓		La cobertura continúa sin interrupción todo el verano, hasta que la escuela inicie el siguiente ciclo escolar.

La cobertura opcional de fútbol comienza en la fecha en que la compañía, sus representantes o los oficiales de la escuela reciban la prima, pero no antes de la primera fecha oficial de entrenamiento, y continúa hasta la fecha del último partido oficial de la temporada actual, incluyendo las eliminatorias.

Para presentar un reclamo: Reporte los accidentes al oficial de la escuela. se proporcionarán formularios simplificados en la oficina del director (durante las vacaciones, contacte a los administradores del plan). Se debe proporcionar una prueba completa de pérdida y facturas acumuladas a Guarantee Trust Life Insurance Company dentro de 90 días.

SEGURO DE ACCIDENTES MANTA

COBERTURA LAS 24 HORAS DEL DÍA

¡Protección las 24 horas para cada accidente cubierto!

Ayuda a proteger a su hijo durante todo el año escolar y se extiende durante el verano - hasta que la escuela inicie nuevamente.

Su hijo estará cubierto EN TODO EL MUNDO, LAS 24 HORAS DEL DÍA. Esto incluye accidentes cubiertos:

✎ En el hogar ✎ Al jugar ✎ En la escuela ✎ Durante las vacaciones

✎ Al acampar, explorar, etc. ✎ Durante viajes cubiertos

✎ Mientras participe en deportes, excepto aquellos que estén excluidos específicamente o para los cuales se requiere cobertura opcional*

*Vea las OPCIONES para descubrir cualquier cobertura opcional para deportes.

COBERTURA DURANTE EL TIEMPO ESCOLAR

Su hijo está protegido al asistir a las actividades escolares regulares. También está cubierto el viaje directamente hacia y desde su residencia para asistir a las actividades escolares regulares para el tiempo requerido, pero no más de una hora antes o después de las clases regulares. El tiempo de viaje en el autobús escolar se extiende a cualquier tiempo adicional necesario. Además, se proporciona cobertura al participar en (o asistir a) actividades cubiertas que son organizadas, patrocinadas y supervisadas exclusiva y únicamente por la escuela y los empleados de la escuela, incluyendo el viaje directamente hacia y desde una actividad en un vehículo asignado para el traslado, proporcionado por la escuela y supervisado únicamente por empleados de la escuela. La cobertura opcional puede ser necesaria para deportes interescolares. Vea las OPCIONES para descubrir cualquier cobertura opcional para deportes.

Ecláusula De Exceso: El pago de todos los cargos cubiertos superiores a los $500 será considerado como exceso, si cualquier otro seguro o plan válido y cobrable cubre a la persona asegurada. La Compañía pagará los primeros $500 en cargos cubiertos sin importar la existencia de otro seguro.

Este es un ejemplo de los beneficios de su hijo. Por favor guárdelo. Esto no es un contrato. La póliza principal está archivada en la escuela.

La póliza de Cobertura Total (Blanket Accident) se emite en el Formulario de la Serie GP-1200 por la Compañía Guarantee Trust Life Insurance. Este producto y sus características están sujetas a la disponibilidad en el estado y pueden variar de acuerdo al estado. Pueden aplicar algunas exclusiones y limitaciones. Este folleto es una breve descripción de la cobertura. Para solicitar información detallada de la cobertura, por favor, comuníquese con el agente encargado de administrar el programa.

CA-S-17-18-PDF

PLANES DE SEGUROS PARA ESTUDIANTES 2017-2018

¿Qué cubren? *Hasta un* máximo de $50,000 de acuerdo a la descripción en la Beneficios Por Lesión

■ Accidentes que ocurran durante la vigencia de la cobertura. ■ Pérdida debido a lesiones accidentales que resulten directa e independientemente de todas las otras causas. ■ Gastos médicos cubiertos, los cuáles comienzan en los primeros 120 días después del accidente y que se incurren en las primeras 52 semanas de la primera fecha de tratamiento médico.

BENEFICIOS POR LESIÓN - Los beneficios se pagan *hasta el* monto en dólares especificado a continuación	OPCIÓN ALTA	OPCIÓN BAJA
HOSPITAL Y CUIDADOS GENERAL DE ENFERMERÍA Alojamiento y comida, por día		
- Tarifa de habitación semi-privada	100% de lo razonable y usual	$300
- Cuidado intensivo, por día	$1,200	$600
GASTOS DIVERSOS DEL HOSPITAL	$3,000	$1,500
HOSPITAL DE URGENCIAS	$300	$150
HONORARIOS DEL MÉDICO PARA LA CIRUGÍA De acuerdo a la programación quirúrgica	$270	$175
	Valor de Unidad	
SERVICIOS DE ANESTHESIA Porcentaje de gastos quirúrgicos	25%	25%
CIRUJANO ASISTENTE Porcentaje de la tarifa del cirujano	25%	25%
HONORARIOS MÉDICOS Una visita al dia, no aplica cuandoestá relacionado con cirugía, incluyendo terapia física, la cual está limitada a 9 visitas		
- Primera Visita	$120	$60
- Visitas Subsiguientes	$60	$30
EQUIPO ORTOPÉDICO Abrazadera y Muletas	$100	$50
YESO Sin cirugía	$100	$50
COSTO DE AMBULANCIA	100% de lo razonable y usual	$250
TOMA DE IMÁGENES Incluyendo rayos X el interpretación		
- Fractura o Dislocación	$500	$250
- Sin Fractura O Dislocación	$100	$50
- Resonancia Magnética (RM) O Tac	$900	$500
MEDICAMENTOS DE PRESCRIPCIÓN	100% de lo razonable y usual	$50
TRATAMIENTO DENTAL Por lesión a los dientes - POR DIENTE	$300	$150
GASTOS DE REEMPLAZO DE ANTEOJOS Para anteojos o lentes rotos como consecuencia de una lesión que requiera tratamiento medico	$150	$100
AGRAVACIÓN O LESIÓN POR CONDICIÓN EXISTENTE	$500	$500
Para los beneficios que se muestran a continuación, sólo se pagará una de las cantidades, la más grande, por cualquier pérdida resultante de un accidente		
MUERTE ACCIDENTAL Causada por una lesión y que ocurra dentro de los 365 días del accidente cubierto	$5,000	$5,000
DESMEMBRAMIENTO Causado por una lesión y que ocurra dentro de los 365 días del accidente cubierto		
- Pérdida de una mano, pie u ojo	$5,000	$5,000
- Ambas manos, pies u ojos	$10,000	$10,000

Opción De Beneficio Dental Extendido: Por una prima adicional, el Beneficio de Tratamiento Dental se incrementará para pagar todos los cargos razonables y usuales para examinación, diagnósticos y rayos X; tratamiento restaurativo, endodoncia; y cirugía oral (no incluye periodoncia u ortodoncia); hasta $250 por prótesis dental para pagar el costo de un puente, dentadura parcial o dentadura, o para reemplazar reparaciones dentales en condiciones similares. Si durante el Período de Beneficios el dentista del Asegurado certifica que el tratamiento debe ser aplazado, la aseguradora pagará hasta un máximo de $100 por todos los otros beneficios dentales.

Exclusiones: La póliza no proporciona los siguientes beneficios: 1) Tratamiento, servicios o suplementos que: no son médicamente necesarios; no fueron recetados por un doctor conforme lo necesario para tratar una lesión; se ha determinado que son experimentales/de investigación; se reciben sin cargo u obligación legal de pagar; se reciben de personas empleadas por la escuela o cualquier familiar; o no están listados específicamente como cargos cubiertos en la póliza. 2) Lesión intencional o infligida a sí mismo, violar o intentar violar cualquier ley debidamente promulgada. Lesiones por actos de guerra, ya sea que esta esté declarada o no. 3) Lesiones cubiertas por la ley de compensación para los trabajadores o la ley de enfermedades ocupacionales. 4) Hernia o deslizamiento de la epífisis de la cabeza femoral. 5) Heridas sostenidas por causa de una pelea, excluyendo cuando se es una víctima inocente. 6) Tratamiento o enfermedad de cualquier forma, ampollas, picaduras de insectos, congelación, agotamiento por calor o insolación. 7) Tratamiento por envenenamiento por vegetación o por tomaína o infecciones bacterianas, excepto infecciones piogénicas debido a cortadas accidentales. 8) Lesión sostenida al operar, montarse en o sobre cualquier vehículo recreacional motorizado de dos, tres o cuatro ruedas o cualquier motonieve o cualquier vehículo todo terreno (ATV). 9) Heridas sostenidas al participar en o practicar fútbol americano interescolar en los grados del 9 al 12, incluyendo los viajes, a menos que se haya comprado cobertura opcional.

Administrado por: PACIFIC EDUCATORS, INC., 2808 E. Katella Ave., Suite 101, Orange, CA 92867-5299 - (714) 639-0962 or (800) 722-3365
Licencia en California de Pacific Educators No. - 0429928

Reclamaciones suscritas y pagadas por: GUARANTEE TRUST LIFE INSURANCE COMPANY, 1275 Milwaukee Ave., Glenview, IL 60025 - (800) 622-1993

Formulario de inscripción para el año escolar 2017-18

Solo Un Pago Por Año		
OPCIONES	Opción Alta	Opción Baja
Protección Las 24 Horas al Día $50,000 Maximo Por Lesión Grados P - 8 Grados 9-12	 ❑ $161 ❑ $192	 ❑ $75 ❑ $92
Plan Tiempo Escolar Máximo Por Lesión: $50,000 Para Opción Alta $25,000 Para Opción Baja Grados P- 8 Grados 9- 12	 ❑ $25 ❑ $54	 ❑ $11 ❑ $24
Cobertura Fútbol Americano (sólo temporada 2017) $25,000 Maximo Por Lesión Pagable en adición a los planes 24 horas o Tiempo Escolar Grado 9 Grados 10 - 12	 ❑ $80 ❑ $177	 ❑ $36 ❑ $84
Opción de Beneficios Dentales Extendidos ❑ $6		
TOTAL $_____ (favor no enviar efectivo) HAGA CHEQUE PAGADERO A: PACIFIC EDUCATORS, INC.		
No Hay Reembolsos Disponibles		

GTL | GUARANTEE TRUST LIFE

POR FAVOR ESCRIBIR CLARAMENTE:

Nombre del Estudiante _____
Primer Nombre Inicial 2o. Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento _____ Masculino ❑ **Femenino** ❑
Mes Día Año

Distrito Escolar _____ Escuela _____

Grado _____ Dirección del estudiante _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono # _____ Fecha de inscripción _____

Correo electronico del Padre o Tutor _____

_____
Firma del Padre o Tutor

Para Pagar Con Tarjeta De Crédito / Débito (Aplican Tarifas) www.peinsurance.com
(marque: PRODUCTS y luego: STUDENTS) o llama al 800-722-3365

POR FAVOR RECUERDE:

COMPLETAR EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y MARCAR EL PLAN Y LAS OPCIONES QUE DESEA.

EMITIR SU CHEQUE O GIRO POSTAL (POR FAVOR NO ENVÍE EFECTIVO) POR EL TOTAL A PAGAR DE ACUERDO A LO INDICADO.

Envíe su formulario de inscripción con su cheque o el giro postal a:

Pacific Educators, Inc.
2808 E. Katella Ave., Suite 101
Orange, CA 92867-5299

POR FAVOR TOME EN CUENTA: SU CHEQUE CANCELADO ES SU RECIBO. SI NO RECIBE UN CHEQUE CANCELADO DENTRO DE 60 DÍAS, POR FAVOR COMUNÍQUESE CON EL ADMINISTRADOR DE SU PLAN.

Para obtener un servicio más rápido, puede pagar por medio de tarjeta de crédito o débito (aplican tarifas). Por favor visítenos en:
Pacific Educators - www.peinsurance.com
(chasque PRODUCTS entonces STUDENTS)
o llama 800-722-3365

Pacific Educators
FREE Prescription Drug Card

Member: California Student
ID Number: 26291W22ES
Program: UNARxCard
RxBIN: 610709
RxGrp: PFCEDU

Note: Todos son elegibles para este programa. No hay restricciones de edad orincome . Cada miembro de la familia debe tener su tarjeta / herown . Si no puede imprimir una una tarjeta de tener su farmacia llamada Línea de Ayuda thePharmacy y les ayudará yourprescription proceso.

ESTE PROGRAMA NO ES SEGURO
Este programa es un PUNTO DE VENTA plan de descuento

INSTRUCCIONES Esta tarjeta es pre-activado y se puede utilizar inmediatamente. Sólo hay que imprimir esta tarjeta participating pharmacy to receive a discount. You can search y llevar a cualquier farmacia participante para recibir un descuento. Puede buscar farmacia, información de precios, preguntas frecuentes en el sitio web. Estamos restringidos de la revelación de precios de los medicamentos sobre el teléfono.
Atención al cliente (llamada gratuita) 800-726-4232

ATTENTION PHARMACIST If you need help processing a prescription call our Pharmacy Help Line at Pharmacy Help Line (TOLL FREE) 877-321-6755.

PROGRAM POWERED BY:
United Networks OF AMERICA
UNARxCard

© Copyright 2010 United Networks of America

IMPORTANTE: TARJETA DE IMPRESIÓN . USTED NECESITA PARA LLEVAR ESTA TARJETA A LA FARMACIA CON SU RECETA.

Estamos orgullosos de anunciar que el Pací co Educadores ahora está haciendo disponible una **GRATIS con receta Programa de la tarjeta de drogas** para ayudar a alguien a reducir sus costos de medicamentos recetados.

Esta tarjeta se puede utilizar con un plan primario y / o en las recetas no cubiertos por su plan de seguro. También puede ser usado incluso si usted no tiene ningún tipo de seguro . El Programa Rx Card no tiene restricciones o requisitos de participación y está abierto a cualquier persona.

Esta receta gratuitos tarjeta de medicamentos es pre - activado y se puede utilizar inmediatamente.

