

- ¡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 ofrecen beneficios para ayudar a cubrir el costo de los gastos médicos y hospitalarios.
- Si tiene otro Seguro, estos planes pueden ayudar a compensar los deducibles y coaseguro de dichos planes.
- Si no tiene otro seguro, estos planes 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
✓	✓	Entra en vigor en la fecha en que Guarantee Trust Life Insurance Company (GTL) sus representantes o funcionarios escolares reciben el pago de la prima (pero no antes del primer día de clases). Los estudiantes que participen en prácticas preescolares o practiquen deportes interescolares autorizados por la Asociación Atlética de Escuelas Secundarias de Ohio estarán cubiertos a partir de la misma fecha del pago de la prima, pero solo mientras participen en sesiones de práctica o juego. Otros aspectos de la cobertura no entrarán en vigor hasta el primer día de clases regulares.
✓	✓	Proporciona cobertura durante las horas en las cuales la escuela está en actividades regulares
✓		Proporciona cobertura las 24 horas del día.
✓	✓	Ofrece cobertura durante el tiempo necesario para el viaje entre la casa del asegurado y el comienzo o final de clases regulares.
✓	✓	Brinda cobertura mientras participa (o 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 provisto 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 GTL, 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.

### La prima de fútbol cubre solo fútbol.

Para presentar un reclamo: reporte los accidentes a la escuela. Los formularios se proporcionarán a través de la oficina del director (durante las vacaciones, comuníquese con los administradores del plan). La prueba completa de la pérdida y las facturas acumuladas debe ser recibida por Guarantee Trust Life Insurance Company dentro de los 90 días posteriores al accidente.




## COBERTURA DE ACCIDENTES LAS 24 HORAS DEL DÍA

### ¡Protección las 24 horas para cada accidente cubierto!

Proteja 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 DE ACCIDENTES DURANTE EL TIEMPO ESCOLAR

Ayuda a proteger a su hijo mientras asiste a clases regulares. Incluye cobertura para los viajes directos hacia y desde su residencia para asistir a clases regulares, durante el tiempo de viaje requerido, pero durante no más de una hora antes o después de las clases regulares. El tiempo de viaje en el autobús escolar se extiende por cualquier tiempo adicional necesario. Además, se ofrece cobertura mientras se participa en (o se asiste) a actividades cubiertas organizadas, patrocinadas y supervisadas exclusivamente por la escuela y los empleados de la escuela, incluido el viaje directo hacia y desde la actividad en un Vehículo designado proporcionado por la escuela y supervisado únicamente por los empleados de la escuela. Es posible que se requiera cobertura opcional para los deportes interescolares. Consulte OPCIONES para conocer la cobertura deportiva opcional disponible, si corresponde

Los productos de seguro de Blanket Accident se emiten en Form Series GP-2030, GP-2020 o GP-1200 por Guarantee Trust Life Insurance Company, Glenview, IL. Estos productos y sus características están sujetos a la disponibilidad del estado y pueden variar según el estado. Ciertas exclusiones y limitaciones pueden aplicar. Las disposiciones exactas que rigen el seguro están contenidas en la Política emitida al Titular de la Póliza y ciertas disposiciones pueden administrarse para cumplir con los requisitos del estado. La Política controlará en caso de conflicto entre la Política y este folleto. Para obtener detalles completos de la cobertura, comuníquese con el agente que administra el programa.

**¿Qué cubren? Hasta un máximo de \$25,000 de acuerdo a la descripción de Cobertura y Beneficios:**

- 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 que comienzan dentro de los 30 días posteriores al accidente e incurridos dentro de las 52 semanas posteriores al accidente.

## COBERTURA Y BENEFICIOS

Los beneficios se pagan *hasta el* monto en dólares especificado a continuación

BENEFICIOS POR LESIÓN		Opción Baja	Opción Alta	BENEFICIOS POR LESIÓN		Opción Baja	Opción Alta	
<b>ALOJAMIENTO Y COMIDA EN HOSPITAL Y CUIDADOS GENERALES DE ENFERMERÍA</b>	Por día	<b>\$150</b>	<b>\$300</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DE IMAGENOLOGÍA</b>	Incluye radiografías e interpretación	<b>\$100</b>	<b>\$200</b>	
<b>GASTOS VARIOS DE HOSPITAL</b>		<b>\$1,000</b>	<b>\$2,000</b>	<b>EXPLORACIÓN POR MRI/TAC</b>		<b>\$125</b>	<b>\$250</b>	
<b>ATENCIÓN DE EMERGENCIA HOSPITALARIA</b>		<b>\$150</b>	<b>\$300</b>	<b>APARATOS ORTOPÉDICOS</b>	Provistos por el hospital	<b>\$100</b>	<b>\$200</b>	
<b>HONORARIOS MÉDICOS POR CIRUGÍA</b>	Por unidad Valor unitario determinado por el Cronograma Quirúrgico	<b>\$80</b>	<b>\$160</b>	<b>TRATAMIENTO DENTAL</b>	Para Lesiones en dientes naturales sanos, por diente hasta un máximo de	<b>\$200</b> <b>\$600</b>	<b>\$400</b> <b>\$1,200</b>	
<b>SERVICIOS DE ANESTESIA</b>	Porcentaje de Asignación de Cronograma Quirúrgico	<b>25%</b>	<b>25%</b>	<b>MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO</b>  Solo uno de estos beneficios, el más grande, será pagadero además de otros beneficios que se mencionan	Causado por una lesión y ocurrido dentro de los 365 días posteriores al accidente cubierto	<b>\$2,000</b>		
<b>GASTOS DE AMBULANCIA</b>		<b>\$100</b>	<b>\$200</b>		<b>MUERTE ACCIDENTAL</b>	<b>\$1,000</b>		
<b>CONSULTAS MÉDICAS</b> No quirúrgicas Incluye terapia física	Por consulta	<b>\$25</b>	<b>\$50</b>		<b>DESMEMBRAMIENTO</b>	Pérdida de una mano o un pie	<b>\$1,000</b>	
	Fisioterapia, por consulta	<b>\$25</b>	<b>\$50</b>			Pérdida de la vista completa de ambos ojos	<b>\$1,000</b>	
	Número máximo de consultas por lesión	<b>3</b>	<b>3</b>		Pérdida de ambas manos o pies	<b>\$10,000</b>		

Una Lesión es toda Lesión corporal originada en un Accidente que resulte directa e independientemente de una enfermedad, dolencia corporal o cualquier otra causa; que única, directa e independientemente de todas las demás causas, resulte en gastos médicos; que ocurra después de la fecha de entrada en vigor de la cobertura del Asegurado por la Póliza; y que ocurra mientras la Póliza esté en vigor. Todas las lesiones sufridas en cualquier Accidente, entre ellas todas las condiciones relacionadas y los síntomas recurrentes de estas lesiones, son consideradas una sola Lesión.

**E CLUSIONS - LA PÓLI A NO CUBRE:** (1) tratamientos, servicios o suministros que no sean Médicamente necesarios no recetados por un Médico como necesarios para tratar una Lesión de naturaleza experimental de investigación recibidos sin cargo ni obligación legal de pago recibidos de personas empleadas o contratados por el Titular de la Póliza o cualquier Miembro de la Familia, salvo que se especifique lo contrario o no catalogados específicamente como Cargos Cubiertos en la Póliza (2) lesiones autoinfligidas intencionalmente (3) lesiones sufridas al violar o intentar violar cualquier ley debidamente promulgada (4) lesiones por actos de guerra, declarada o no (5) lesiones recibidas durante un viaje o vuelo, excepto en el caso en el que se viaje como pasajero que paga una tarifa en una aerolínea comercial regular (6) lesiones cubiertas por la Ley de Compensación al Trabajador o la Ley de Enfermedades Ocupacionales (7) tratamientos de enfermedades, dolencias o infecciones, excepto infecciones que resulten de una Lesión accidental o infecciones que resulten de la ingestión accidental, involuntaria o no intencional de una sustancia contaminada (8) hernias, de cualquier tipo (9) lesiones sufridas en peleas o reyertas, excepto en defensa propia (10) suicidio o intento de suicidio (11) cualquier sanción impuesta por otro seguro o plan válido y cobrable por no seguir los procedimientos del plan (12) pérdida resultante del uso de cualquier droga o agente clasificado como narcótico, psicofármaco, psicodélico, alucinógeno o que tenga una clasificación o efecto similar, a menos que sea recetado por un Médico (13) lesiones sufrida al operar, viajar en, subirse o bajarse de cualquier vehículo recreativo de dos, tres o cuatro ruedas con motor, motonieve o vehículo todo terreno (ATV, por sus siglas en inglés) (14) lesiones sufridas mientras se participa en o practicaba fútbol americano interescolar de escuela preparatoria, incluido el grado 9 si jugaba en el grado 10 o superior, incluido el viaje, a menos que se haya comprado una cobertura opcional (15) cirugías cosméticas o plásticas, excepto cirugías reconstructivas en una parte lesionada del cuerpo (16) tratamientos en cualquier Administración de Veteranos u Hospital federal, excepto si existe una obligación legal de pago (17) pérdida resultante de estar legalmente intoxicado o bajo la influencia del alcohol según lo definido por las leyes del estado en el que ocurre la Lesión (18) tratamientos odontológicos, salvo que se indique específicamente (19) servicios de un cirujano asistente o Doctor cuando se realiza una cirugía (20) anteojos, lentes de contacto, exámenes oculares de rutina o recetas para los mismos (21) medicamentos recetados, muletas, aparatos ortopédicos, miembros artificiales, etc., salvo que se indique específicamente.

Administered by: **STUDENT PROTECTIVE AGENCY**, 300 Coshocton Ave., Mount Vernon, OH 43050 • (800) 278-2544

Underwritten and claims paid by: **GUARANTEE TRUST LIFE INSURANCE COMPANY (GTL)**, 1275 Milwaukee Ave., Glenview, IL 60025 • (800) 622-1993

# 2023-2024 SCHOOL YEAR ENROLLMENT FORM



PLEASE PRINT CLEARLY

ONE TIME ANNUAL PAYMENT		
OPTIONS	LOW OPTION	HIGH OPTION
<b>24-HOUR-A-DAY PLAN</b> STUDENTS GRADES K-6 STUDENTS GRADES 7-12	<input type="checkbox"/> \$79 <input type="checkbox"/> \$91	<input type="checkbox"/> \$158 <input type="checkbox"/> \$182
<b>SCHOOL-TIME PLAN</b> STUDENTS GRADES K-6 STUDENTS GRADES 7-12	<input type="checkbox"/> \$23 <input type="checkbox"/> \$37	<input type="checkbox"/> \$46 <input type="checkbox"/> \$74
<b>OPTIONAL FOOTBALL COVERAGE</b> (GRADES 10-12, INCLUDING GRADE 9 IF PLAYING WITH 10-12) 2023 SEASON ONLY PER PLAYER	<input type="checkbox"/> \$129	<input type="checkbox"/> \$258
<b>TOTAL \$</b> _____ (PLEASE DO NOT SEND CASH)		
<b>MAKE CHECK PAYABLE TO YOUR LOCAL AGENCY</b>		
<b>NO REFUNDS ARE AVAILABLE</b>		

<b>STUDENT'S NAME</b> _____ <small style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>FIRST NAME</span> <span>MIDDLE INITIAL</span> <span>LAST NAME</span> </small>		
<b>DATE OF BIRTH</b> _____ <small style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <span>MONTH</span> <span>DAY</span> <span>YEAR</span> </small>	<b>MALE</b> <input type="checkbox"/>	<b>FEMALE</b> <input type="checkbox"/>
<b>SCHOOL DISTRICT</b> _____		<b>SCHOOL</b> _____
<b>GRADE</b> _____ <b>STUDENT'S ADDRESS</b> _____		
<b>CITY</b> _____		<b>STATE</b> _____ <b>ZIP</b> _____
<b>TELEPHONE #</b> _____		<b>DATE OF ENROLLMENT</b> _____
<b>PARENT OR GUARDIAN'S EMAIL ADDRESS</b> _____		
<b>NAME OF PARENT OR GUARDIAN (PLEASE PRINT)</b> _____		
<b>SIGNATURE OF PARENT OR GUARDIAN</b> _____		

GA-15-KEF

## PLEASE REMEMBER TO:



COMPLETE THE ENROLLMENT FORM AND CHECK THE PLAN AND OPTIONS YOU WANT.



MAKE YOUR CHECK OR MONEY ORDER (PLEASE DO **NOT** SEND CASH) FOR THE TOTAL ENCLOSED PAYABLE AS INDICATED.

MAIL THE ENROLLMENT FORM WITH YOUR CHECK OR MONEY ORDER TO:



**STUDENT PROTECTIVE AGENCY**  
 300 Coshocton Avenue  
 Mount Vernon, OH 43050



PLEASE NOTE: YOUR CANCELED CHECK IS YOUR RECEIPT. IF CANCELED CHECK IS NOT RECEIVED WITHIN 60 DAYS, PLEASE CONTACT YOUR PLAN ADMINISTRATOR.