

**2023–2024**

# Accidente estudiantil y Seguro de enfermedad

Inscríbase en línea en  
**[www.myers-stevens.com](http://www.myers-stevens.com)**



Organizado y administrado por

 **myers | stevens | toohey**



## **POR QUÉ EL SEGURO CONTRA ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES ES MÁS IMPORTANTE AHORA QUE NUNCA**

Algunas familias tienen pocos o ningún recurso financiero a los que recurrir durante una emergencia inesperada. Los costos de atención médica no cubiertos después de una lesión o enfermedad pueden ser un problema grave para las familias.

### **¡MYERS-STEVENSON & TOOHEY PUEDE AYUDARLO!**

Nuestros planes pueden brindar una protección de seguro útil para sus hijos. Incluso se pueden usar para ayudar con los altos coseguros, deducibles y otros requisitos de costos compartidos comunes a muchos de los planes de salud actuales. Para ayudarlo durante emergencias imprevistas y ayudar a expandir su elección de proveedor, su escuela se ha asociado con nosotros para ofrecer cobertura voluntaria para accidentes o enfermedades.

### **CON NUESTROS PLANES:**

- Puede usar el médico u hospital que desee, sin restricciones.
- Se mejoró el beneficio para conmoción cerebral.
- La inscripción es fácil y puede hacerse por Internet, correo postal y fax.
- Cada afiliado recibe tarjetas de identificación personalizada como prueba de cobertura.





|                                                    |    |
|----------------------------------------------------|----|
| Nuestro mejor plan .....                           | 4  |
| Nuestros Planes de Cobertura de Accidentes .....   | 5  |
| Compare los planes.....                            | 5  |
| Beneficios del Plan de Cobertura de Accidentes.... | 6  |
| Planes adicionales y beneficios .....              | 7  |
| Cómo inscribirse .....                             | 8  |
| Preguntas frecuentes .....                         | 9  |
| Cómo presentar un reclamo .....                    | 9  |
| Exclusiones y limitaciones .....                   | 10 |

# NUESTRO MEJOR PLAN

## Plan de Cobertura de Enfermedades y Accidentes para Estudiantes

En estos tiempos difíciles, nos complace ofrecer a sus estudiantes cobertura las 24 horas en cualquier lugar del mundo para lesiones **Y enfermedades**.

**Máximo de \$50,000 por enfermedad      Máximo de \$200,000 por accidente**  
**Deducible (desapareciendo\*) de \$50 por afección**

En estos planes pueden inscribirse los estudiantes (grados P-12). Cubre lesiones y enfermedades sufridas que comiencen en cualquier parte del mundo, las 24 horas del día, mientras el estudiante esté asegurado bajo este plan del Año Escolar (incluidos los deportes interescolares, **excepto fútbol americano de la escuela secundaria**). Este plan no cubre la atención de rutina o preventiva.

**NOTA:** La participación en campamentos o clínicas comerciales podría estar cubierta bajo este plan.

**La cobertura comienza** a las 11:59 p. m. del día que Myers-Stevens & Toohey Co., Inc. (denominada, en este documento, *la Compañía*) recibe un formulario de inscripción completado y el pago de la prima.  
**La cobertura finaliza** a las 11:59 p. m. del último día del mes para el que se ha realizado el pago. La cobertura puede continuar por hasta 12 meses calendario, o hasta el 30 de septiembre de 2024, lo que ocurra primero, siempre que se efectúen los pagos requeridos.



**1.º pago: \$139**  
(Cubre el resto del mes en el que usted se inscribe y 1 mes adicional) Pagos subsiguientes: \$119 por mes, facturados cada 2 meses.

### Beneficios del plan

Solo pagaremos los beneficios por las lesiones cubiertas sufridas o las enfermedades cubiertas que comiencen mientras el asegurado esté bajo este plan del año escolar. Los beneficios pagaderos se basarán en los cargos usuales, habituales y razonables incurridos por los servicios médicos y dentales, según se define en la póliza, y están sujetos a las exclusiones, los requisitos y las limitaciones. No pagamos por servicios ni suministros a menos que sean necesarios desde el punto de vista médico y estén enumerados en la Descripción de beneficios a continuación. Los beneficios aplicables exigidos por el estado de residencia se incluirán en los gastos cubiertos.

Puede llevar a su hijo a cualquier proveedor de su elección; sin embargo, si busca tratamiento a través de un proveedor contratado de *First Choice*, se pueden reducir sus gastos directos; consulte la página 10 para ver detalles. Para encontrar a los proveedores médicos participantes de *First Choice* que están más cerca de usted, llame al 800-231-6935 o ingrese en [www.fchn.com](http://www.fchn.com).

| GASTOS CUBIERTOS                                                                                                                                      | MÁXIMOS DE LOS BENEFICIOS |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Habitación y comida de hospital: Tarifa de la habitación semiprivada                                                                                  | 80 %                      |
| Gastos hospitalarios suplementarios                                                                                                                   | 80 % hasta \$4,000/día    |
| Unidad de cuidados intensivos                                                                                                                         | 80 %                      |
| Sala de emergencias del hospital (sala y suministros)                                                                                                 | 100 %                     |
| Cargos por médico de la sala de emergencias                                                                                                           | 100 %                     |
| Procedimientos quirúrgicos para pacientes ambulatorios (habitación y suministros)                                                                     | 80 % hasta \$5,000        |
| Examen y tratamiento médico no quirúrgicos/Telemedicina (excepto la terapia física) Incluye la consulta (cuando está derivado por el médico tratante) | 80 %                      |
| Servicios del cirujano                                                                                                                                | 80 %                      |
| Servicios del asistente del cirujano                                                                                                                  | 80 %                      |
| Servicios del anestesta                                                                                                                               | 80 %                      |

| GASTOS CUBIERTOS                                                                                                                                         | MÁXIMOS DE LOS BENEFICIOS |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Fisioterapia (se incluyen las consultas relacionadas) cuando lo indica un médico                                                                         | 80 % hasta \$2,000        |
| Pruebas diagnósticas, exámenes de radiografías, resonancias magnéticas y tomografías computarizadas                                                      | 80 %                      |
| Ambulancia (desde el lugar donde se produce una emergencia hasta el hospital directamente)                                                               | 100 %                     |
| Servicios del personal de enfermería registrado y procedimientos de laboratorio                                                                          | 80 %                      |
| Aparatos y dispositivos ortopédicos de rehabilitación                                                                                                    | 80 %                      |
| Medicamentos recetados de pacientes ambulatorios (solo para lesiones)                                                                                    | 80 %                      |
| Servicios dentales (incluidas radiografías dentales) para el tratamiento debido a un accidente cubierto                                                  | 80 %                      |
| Reemplazo de anteojos (para el reemplazo de los marcos o cristales de anteojos dañados a causa de un accidente cubierto que requiera tratamiento médico) | 100 % hasta \$750         |
| Empeoramientos o nueva lesión de una lesión existente                                                                                                    | \$500                     |
| Repatriación y evacuación médica                                                                                                                         | 100 % hasta \$10,000      |

Pueden encontrarse beneficios adicionales a este plan en la página 7.

\*Puede estar a cargo de otro seguro primario.

## NUESTROS PLANES DE COBERTURA DE ACCIDENTES\*

Las primas para estos planes se pagan únicamente UNA VEZ para todo el año escolar.

### Plan de Cobertura de Accidentes de Tiempo Completo 24/7

- ✓ Tanto dentro como fuera de la escuela
- ✓ Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- ✓ Cualquier lugar del mundo
- ✓ Mientras participe en todos los deportes interescolares (**excepto fútbol americano de escuela secundaria**)

**NOTA:** Los estudiantes (grados P-12) y los empleados de la escuela pueden inscribirse en estos planes. La participación en campamentos o clínicas comerciales podría estar cubierta bajo estos planes.

**Niveles de beneficios:**  
**Tarifas por año escolar:**

**Alto**  
**\$273**

**Bajo**  
**\$117**



Compare estos niveles en la página 6.

### Los Planes de Cobertura de Accidentes durante el Horario Escolar cubren lesiones:

- ✓ En las instalaciones escolares durante el horario y los días en los que se dictan clases normales en la escuela, incluida una hora inmediatamente antes y una hora después de las clases normales, mientras se permanezca continuamente en las instalaciones escolares.
- ✓ Mientras participan en actividades patrocinadas y directamente supervisadas por la escuela\*\*, o asisten a ellas, incluidas actividades atléticas interescolares y fútbol de primavera que no sea de contacto (**excepto fútbol americano interescolar de escuela secundaria**)
- ✓ Mientras viajan en forma directa y sin interrupciones de ida y vuelta entre su residencia y la escuela para asistencia regular; o entre la escuela y un lugar fuera del campus para participar en actividades patrocinadas y directamente supervisadas por la escuela, siempre que los viajes sean organizados por la escuela y estén bajo su dirección; y mientras viajan en vehículos de la escuela en cualquier momento.

**NOTA:** En estos planes, pueden inscribirse los estudiantes (grados P-12). La participación en campamentos o clínicas comerciales no está cubierta bajo estos planes. Consulte los planes "De Tiempo Completo 24/7".

**Niveles de beneficios:**  
**Tarifas por año escolar:**

**Alto**  
**\$68**

**Bajo**  
**\$32**



Compare estos niveles en la página 6.

### Los Planes de Cobertura de Accidentes por Fútbol Americano Interescolar de Escuela Secundaria cubren lesiones:

- ✓ Causadas por accidentes que ocurren durante prácticas o juegos de actividades de fútbol americano interescolar en escuelas secundarias que están directamente patrocinadas y supervisadas por la escuela, incluidas las prácticas de primavera y la preparación de verano, el entrenamiento de pesas y la liga de paso
- ✓ Durante viajes por juegos de fútbol americano en vehículos escolares o viajes directos y sin interrupción entre la escuela y el sitio ubicado fuera de recinto escolar para realizar este tipo de actividades siempre que el viaje esté organizado y bajo la supervisión de la escuela.

**NOTA:** En estos planes pueden inscribirse los estudiantes (grados 9-12). La participación en campamentos o clínicas comerciales no está cubierta bajo estos planes. Consulte los planes "De Tiempo Completo 24/7".

**Niveles de beneficios:**  
**Tarifas por año escolar:**

**Alto**  
**\$280**

**Bajo**  
**\$134**



Compare estos niveles en la página 6.

Pueden encontrarse beneficios adicionales a estos planes en la página 7.

#### La cobertura comienza

a las 11:59 p.m. en la última de las siguientes fechas: el día en el que la compañía reciba el formulario de inscripción completado y se pague la prima requerida o el 1 de agosto de 2023, siempre y cuando la compañía reciba el formulario de inscripción completado y se pague la prima requerida.

#### La cobertura finaliza

a las 11:59 p. m. del 31 de julio de 2024.

## ¿QUÉ PLANES SE ADAPTAN MEJOR A SUS NECESIDADES?

|                                                                 | Cubre enfermedad 24/7 en cualquier parte del mundo | Cubre accidentes en la escuela, excepto fútbol americano de los grados 9-12 | Cubre accidentes 24/7 en cualquier lugar del mundo, excepto fútbol americano de los grados 9-12 | Cubre Fútbol Americano Interescolar de los grados P-8 | Cubre Fútbol Americano Interescolar de los grados 9-12 |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Plan de Cobertura de Enfermedades y Accidentes para Estudiantes | ✓                                                  | ✓                                                                           | ✓                                                                                               | ✓                                                     |                                                        |
| Plan de Cobertura de Accidentes de Tiempo Completo 24/7         |                                                    | ✓                                                                           | ✓                                                                                               | ✓                                                     |                                                        |
| Plan de Cobertura de Accidentes durante el Horario Escolar      |                                                    | ✓                                                                           |                                                                                                 | ✓                                                     |                                                        |
| Plan de Fútbol Americano Interescolar de Escuela Secundaria     |                                                    |                                                                             |                                                                                                 |                                                       | ✓                                                      |

\*Los planes no constituyen una cobertura de seguro médico integral (con frecuencia denominada "cobertura médica principal") y no satisfacen la obligación individual de una persona de garantizar el requisito de cobertura esencial mínima en virtud de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA).

\*\* Consulte las Definiciones en la página 10 para obtener más detalles sobre "Actividades escolares"





## BENEFICIOS DEL PLAN DE ACCIDENTES: ¿CUÁL OPCIÓN SE ADAPTA MEJOR A SUS NECESIDADES?

Solo pagaremos los beneficios por las lesiones cubiertas sufridas o las enfermedades cubiertas que comiencen mientras el asegurado esté bajo este plan del año escolar. Los beneficios pagaderos se basarán en los cargos usuales, habituales y razonables incurridos por los servicios médicos y dentales, según se define en la póliza, y están sujetos a las exclusiones, los requisitos y las limitaciones. No pagamos por servicios ni suministros a menos que sean necesarios desde el punto de vista médico y estén enumerados en la Descripción de beneficios a continuación. Los beneficios aplicables exigidos por el estado de residencia se incluirán en los gastos cubiertos.

Puede llevar a su hijo a cualquier proveedor de su elección; sin embargo, si busca tratamiento a través de un proveedor contratado de *First Choice*, se pueden reducir sus gastos directos; consulte la página 10 para ver detalles. Para encontrar a los proveedores médicos participantes de *First Choice* que están más cerca de usted, llame al 800-231-6935 o ingrese en [www.fchn.com](http://www.fchn.com).

| Niveles de beneficios cubiertos                                                                                                                      | Opción baja                     | Opción alta           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------|
| Nombre del plan                                                                                                                                      | MÁXIMOS POR ACCIDENTE           |                       |
| Plan de Cobertura de Accidentes por Tacles de Fútbol Americano                                                                                       | \$25,000                        | \$50,000              |
| Plan de Cobertura de Accidentes de tiempo completo las 24 horas, los 7 días de la semana                                                             | \$50,000                        | \$150,000             |
| Plan de Cobertura de Accidentes durante el Horario Escolar                                                                                           | \$25,000                        | \$50,000              |
| Deducible (desapareciendo) por accidente o enfermedad cubierta                                                                                       | \$0                             |                       |
| Gastos cubiertos                                                                                                                                     | MÁXIMAS DE LOS BENEFICIOS       |                       |
| Habitación y estadía en el hospital (tarifa de la habitación semiprivada) Pagado hasta:                                                              | 60%                             | 100%                  |
| Cargos auxiliares del hospital por pacientes internados Todos los demás pagos auxiliares. Pagado hasta                                               | \$600/día                       | \$1,600/día           |
| Unidad de cuidados intensivos. Pagado hasta                                                                                                          | \$1,500/día                     | \$2,500/día           |
| Sala de emergencias del hospital (sala y suministros)                                                                                                | 100%                            |                       |
| Cargos auxiliares por cirugía ambulatoria (sala y suministros)                                                                                       | \$600                           | \$1,500               |
| Examen y tratamiento médico no quirúrgicos/telemedicina (excepto la terapia física)                                                                  |                                 |                       |
| Primera consulta                                                                                                                                     | \$40                            | \$70                  |
| Cada consulta de seguimiento                                                                                                                         | \$25                            | \$45                  |
| Consulta (cuando está derivado por el médico tratante)                                                                                               | \$150                           | \$250                 |
| Cirugía                                                                                                                                              | 50% a \$12,000                  | 90% a \$12,000        |
| Servicios del asistente del cirujano                                                                                                                 | 25% de asignaciones quirúrgicas |                       |
| Servicios del anestesista                                                                                                                            |                                 |                       |
| Fisioterapia (se incluyen las consultas relacionadas) cuando lo indica un médico                                                                     | \$30/Consulta a \$500           | \$60/Consulta a \$700 |
| Exámenes de radiografía para diagnóstico                                                                                                             | 60% a \$500                     | 90% a \$500           |
| Diagnósticos por imagen IRM, Exploraciones CAT                                                                                                       | 80% a \$500                     | 80% a \$1,000         |
| Ambulancia (desde el lugar del siniestro cubierto directamente hasta el hospital)                                                                    | 100%                            |                       |
| Pruebas de laboratorio y Servicios de enfermera(o) titulada(o)                                                                                       | 60%                             | 100%                  |
| Aparatos ortopédicos y dispositivos                                                                                                                  | 60% a \$300                     | 100% a \$700          |
| Medicamentos recetados                                                                                                                               | 60%                             | 100%                  |
| Servicios dentales (incluidas las radiografías dentales) para el tratamiento por un accidente cubierto                                               | 60%                             | 90%                   |
| Reemplazo de anteojos (para el reemplazo de los marcos o cristales de anteojos dañados por un accidente cubierto que requiera de tratamiento médico) | \$300                           |                       |
| Empeoramientos o nueva lesión de una lesión existente                                                                                                | \$300                           |                       |
| Repatriación y evacuación médica                                                                                                                     | \$0                             |                       |



*Incluso si su hijo tiene otra cobertura, nuestros planes pueden ampliar la selección de proveedores y pueden usarse para ayudar con los gastos no cubiertos y los requisitos de costos compartidos (por ejemplo, grandes deducibles, coseguro y copagos) comunes a muchos planes de salud en la actualidad.*



PLANES ADICIONALES



Plan de Accidentes Dentales (máximo de \$75,000)

- Cubre lesiones provocadas en los dientes por accidentes que ocurran las 24 horas del día, en cualquier parte del mundo, incluida la participación en deportes y en todos los tipos de transporte.
- **Los beneficios son pagaderos al 100 % de los gastos usuales, habituales y razonables para el tratamiento de dientes lesionados, incluida la reparación de fundas o coronas existentes.** No pagamos por daños o pérdida de dentadura o puentes o daños en la ortodoncia actual.
- La cobertura proporciona un "Período de beneficio" de beneficios dentales accidentales por hasta un año desde la fecha del primer tratamiento. El período de beneficio por una lesión puede extenderse cada año, siempre que: la cobertura se renueve antes del 1 de octubre, el estudiante siga inscrito en P-12 grados y la compañía reciba un aviso por escrito en el momento de la lesión de que se postergarán o realizarán tratamientos más adelante.

\$16.00 comprado por separado  
\$12.00 cuando se suma a cualquier plan comprado

- La cobertura comienza

a las 11:59 p.m. en la última de las siguientes fechas: el día en el que la compañía reciba el formulario de inscripción completado y se pague la prima requerida o el 1 de agosto de 2023, siempre y cuando la compañía reciba el formulario de inscripción completado y se pague la prima requerida.
- La cobertura finaliza

a las 11:59 p. m. del 31 de julio de 2024.

**BENEFICIOS POR MUERTE ACCIDENTAL, DESMEMBRAMIENTO, PÉRDIDA DE LA VISTA, PARÁLISIS, ASE-  
SORAMIENTO Y MAL FUNCIONAMIENTO CARDÍACO O CIRCULATORIO:**

*(Se aplica a todos los planes excepto el Plan de accidentes dental)*

Además de los beneficios médicos, si, dentro de los 365 días del accidente cubierto por la póliza, las lesiones corporales resultan en cualquiera de las siguientes pérdidas, pagaremos por el beneficio establecido ante una pérdida con estas características. Se pagará solo un beneficio de dichas características (el más importante) para todas las pérdidas de ese tipo debido a cualquiera de los accidentes.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Muerte accidental                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$10,000 |
| Desmembramiento de una sola extremidad o pérdida total de la vista en un ojo                                                                                                                                                                                                                     | \$25,000 |
| Desmembramiento de dos extremidades o pérdida total de la vista en ambos ojos o paraplejia, hemiplejia o cuadriplejia                                                                                                                                                                            | \$50,000 |
| Asesoramiento: Además de los beneficios por muerte accidental y desmembramiento pagaremos el 100 % de los gastos usuales, habituales y razonables por el asesoramiento psiquiátrico o psicológico necesarios después del desmembramiento, la pérdida de la visión o la parálisis cubiertos hasta | \$5,000  |

CÓMO INSCRIBIRSE



Para la confirmación INMEDIATA de la inscripción, omita los pasos a continuación y haga clic aquí para presentar su solicitud en línea.

Gracias por inscribir a su hijo. Para evitar demoras en la cobertura, siga estos tres sencillos pasos a continuación:

**Seleccione** el(los) plan(es) que desea comprar a continuación:

- El Plan de Cobertura de Enfermedades y Accidentes para Estudiantes proporciona nuestro nivel de cobertura más alto.
- Nuestros Planes de Cobertura de Accidentes pueden comprarse en forma individual o combinados con cobertura adicional (por ejemplo, Accidentes de Tiempo Completo + Dental)

**Complete** el formulario de inscripción que aparece a continuación. Tenga en cuenta que no podemos aceptar inscripciones por teléfono.

**Compra y devolución** Usted puede:

- 
- 
- **Envíe por fax** ambos lados del Formulario de inscripción completo al **(949) 348-2630**. Debe pagar mediante tarjeta de crédito completando el espacio destinado al pago que figura a continuación. **Lo sentimos, no podemos aceptar cheques personales o giros postales por fax.**
  - **Envíe por correo** ambos lados del Formulario de inscripción completo a Myers-Stevens & Toohey, 26101 Marguerite Pkwy, Mission Viejo, CA 92692. Usted podrá pagar mediante tarjeta de crédito completando el área de pago a continuación o adjunte un cheque o giro postal pagadero a Myers-Stevens & Toohey.

NO ENVÍE DINERO EN EFECTIVO

Formulario de inscripción 2023-2024 Complete toda la información requerida (en letra imprenta) y devuelva a Myers-Stevens & Toohey Co., Inc.

Nuestro MEJOR plan

Plan de Cobertura de Enfermedades y Accidentes para Estudiantes:

1.º pago ☐ \$139

Se le cobrarán \$388 cada 2 meses a partir de ese momento. La cobertura no puede superar los 12 meses calendarios o excederse del 31 de julio de 2024.

Nuestros Planes de Cobertura de Accidentes

(Un solo pago durante todo el año escolar)

|                           |                                                                        |                                |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| PLANES:                   | Opción alta                                                            | Opción baja                    |
| Solo Fútbol Americano     | <input type="checkbox"/> \$280                                         | <input type="checkbox"/> \$134 |
| De Tiempo Completo (24/7) | <input type="checkbox"/> \$273                                         | <input type="checkbox"/> \$117 |
| Horario Escolar           | <input type="checkbox"/> \$68                                          | <input type="checkbox"/> \$32  |
| Accidentes Dentales       | <input type="checkbox"/> \$21 Comprado por separado                    |                                |
|                           | <input type="checkbox"/> \$17 Cuando se suma a cualquier plan comprado |                                |

Cantidad total adeudada

\$

Nombre en letra imprenta del padre o tutor

Nombre

Apellido

Me inscribo para la cobertura elegida anteriormente. Comprendo que las primas no pueden reembolsarse ni convertirse.

X

Firma del padre o tutor

Fecha

**ADVERTENCIA:** es un delito brindar información engañosa, incompleta o falsa a una compañía aseguradora a sabiendas, con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y la denegación de los beneficios del seguro.

|                                                 |               |                |          |
|-------------------------------------------------|---------------|----------------|----------|
| Nombre del estudiante                           | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
| Fecha de nacimiento del estudiante              |               | Mes            | Día Año  |
| Dirección postal                                |               | N.º de depto.  |          |
| Ciudad                                          | Estado        | Código postal  |          |
| Número de teléfono de los padres durante el día |               |                |          |
| Dirección postal del padre/de la madre          |               |                |          |
| Nombre del distrito                             |               |                |          |
| Nombre de la escuela                            |               | Grado          |          |

TODAS LAS PRIMAS SE DEVENGAN POR COMPLETO AL MOMENTO DE SU RECEPCIÓN Y NO PUEDEN REEMBOLSARSE NI CONVERTIRSE

Método de pago

Nota: \$25.00 de cargo por servicio por los cheques devueltos y tarjetas de crédito rechazadas ☐ Cheque/giro postal (Pagadero a nombre de: a Myers-Stevens & Toohey Co., Inc.) o ☐ Mastercard o Visa

Importante: Si se paga a través de tarjeta de crédito, complete este formulario. El monto del cargo aparecerá como "MYERS-STEVENS & TOOHEY 800-827-4695 CA" en su estado de cuenta.

\$

Monto

Número de tarjeta

Fecha de vencim. MES AÑO

N.º de control de 3 dígitos

Autorizo a Myers-Stevens & Toohey & Co. Inc. para que deduzca el pago de la prima, más un cargo administrativo de 3 %, de mi tarjeta de crédito. Si me inscribo en el Plan de Cobertura de Enfermedades y Accidentes para Estudiantes, autorizo el pago de la prima inicial y entiendo que los pagos posteriores se me facturarán cada 2 meses.

X

Firma del titular de la tarjeta

Opción de pago automático

La opción de que sus pagos bimestrales se cobren automáticamente a su tarjeta de crédito está disponible para su comodidad.

Al escribir mis iniciales aquí \_\_\_\_\_, por el presente autorizo a Myers-Stevens & Toohey para que realice un cargo de \$238 a la tarjeta de crédito mencionada anteriormente, más un cargo por procesamiento de 3 %, el día 5 del mes de vencimiento de mi pago. Esta autorización permanecerá en efecto para el año escolar 2023/2024 hasta que notifique por escrito a Myers-Stevens & Toohey con anterioridad a la siguiente fecha de pago.

8



## PREGUNTAS FRECUENTES

### ¿Tengo prisa! ¿Cuál es la forma más rápida de inscribirme?

Haga clic **AQUÍ** para inscribirse en línea, haga clic en el anuncio "Inscribirse ahora" en la página de inicio, complete el proceso de inscripción y se le enviará su tarjeta de identificación de inmediato.

### Si tengo otro seguro, ¿por qué necesito esta cobertura?

Nuestros planes pueden ampliar la selección de proveedores para su hijo y ayudar a cubrir los coseguros y deducibles de alto costo y otras obligaciones de costos compartidos que son comunes en muchos planes de salud actuales.

### ¿Puedo llevar a mi hijo a cualquier médico u hospital?

**¡SÍ!** No obstante, sus gastos directos podrían ser menores si usa un proveedor contratado de *First Choice*. Para encontrar a los médicos u hospitales más cerca de usted, llame al **800-231-6935** o regístrese en **www.fchn.com**

### Si mi hijo sufre una lesión o una enfermedad cubierta, ¿los beneficios para esa misma lesión o enfermedad se extenderán si se reinscribe el próximo año?

Una vez que se han pagado los beneficios máximos o finaliza el período de beneficios (generalmente, de uno a dos años, según el plan), no se realizarán más beneficios para esa lesión o enfermedad. La única excepción es el *Plan de Accidentes Dentales*. Para obtener más detalles, consulte este folleto.

### ¿Las tarifas de los planes que son solo para accidentes se pagan todos los meses?

**¡NO!** Las tarifas de los planes que son solo para accidentes se pagan una sola vez, por todo el año escolar.

### ¿Los planes de Fútbol Americano Interescolar o de Horario Escolar cubren los campamentos y las clínicas patrocinados y organizados por grupos que no sean la escuela de mi hijo?

**¡NO!** No obstante, dichos campamentos y clínicas podrían estar cubiertos bajo nuestros Planes de *Tiempo Completo 24/7* o *Enfermedades y Accidentes para Estudiantes*. ¡Llámenos para que le brindemos orientación!

### ¿Puede cubrirse el fútbol americano interescolar de secundaria?

**¡SÍ!** Pero solo bajo el *Plan de Cobertura de Fútbol Americano Interescolar*. Se recomiendan los beneficios de la "Opción Alta".

### ¿Necesita realizar más preguntas o requiere de ayuda?

Visite [www.myers-stevens.com](http://www.myers-stevens.com) o llámenos para recibir ayuda inmediata y personalizada al (800) 827-4695.

## CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO

Cada reclamo es asignado a uno de nuestros examinadores experimentados que diligentemente guiarán a los miembros de la familia, el personal de la escuela, los proveedores médicos y cualquier otra parte involucrada a lo largo de todo el proceso, de la A a la Z. Nuestros examinadores aplican su conocimiento específico y altamente técnico para garantizar un procesamiento correcto y expedito.

En caso de que ocurra un accidente o enfermedad, siga estos 4 simples pasos:

1. Informe las lesiones relacionadas con la escuela en el lapso de 72 horas.
2. Obtenga un formulario de reclamo en la escuela o la Compañía. Los formularios de reclamo deben presentarse a la Compañía en el transcurso de los 90 días después de la fecha del primer tratamiento.
3. Al mismo tiempo, presente un reclamo ante cualquier otro Plan de Atención Médica o seguro aplicable.
4. Siga TODAS las instrucciones del formulario de reclamo, adjunte todas las facturas enumeradas y envíelas a:



26101 Marguerite Parkway  
Mission Viejo, CA 92692-3203  
Office 800-827-4695 | Fax 949-348-2630 | [claims@myers-stevens.com](mailto:claims@myers-stevens.com)  
CA License #0425842

La compañía de seguros

CHUBB®

ACE American Insurance Company  
436 Walnut St., Philadelphia, PA 19106

Chubb es el nombre comercial utilizado para referirse a las filiales de Chubb Limited que proporcionan seguros y servicios relacionados. Para obtener una lista de estas filiales, visite nuestro sitio web en <http://www.chubb.com>. Seguro proporcionado por ACE American Insurance Company y sus filiales de la compañía aseguradora Chubb con sede en los EE. UU. Es posible que no todos los productos estén disponibles en todos los estados. Esta información contiene solamente resúmenes de productos. La cobertura está sujeta al texto de las pólizas tal como se emitieron realmente. Los términos y las condiciones de cobertura se establecen en las pólizas emitidas en los estados en los que la póliza se suministra con el número de formulario AH-29540. El seguro de líneas excedentes se vende solamente a través de productores de seguro de líneas excedentes con licencia. Chubb, 202 Hall's Mill Road, Whitehouse Station, NJ 08889-1600.

- Atención o tratamiento dental, incluido el daño o la pérdida de dentaduras postizas o puentes o el daño al equipo de ortodoncia existente. Esta exclusión no se aplica al cuidado de dientes y encías sanos y naturales requeridos debido a una Lesión resultante de un Accidente mientras la Persona Cubierta esté asegurada bajo la Póliza y prestado dentro de los 12 meses posteriores al Accidente.
- Daños o pérdida de dentadura, o puentes o daños en la ortodoncia actual.
- Guerra o cualquier acto de guerra, declarado o no declarado.
- Comisión de, o participación activa en, un desorden o una insurrección; pelea o gresca, excepto en defensa propia; comisión o intento de comisión de un delito grave; u otra actividad ilegal.
- Suicidio, intento de suicidio o lesiones autoinfligidas intencionalmente.
- Tratamiento a cargo de personas empleadas o retenidas por una Escuela, o por cualquier Familiar inmediato o miembro del hogar del Asegurado; o gastos médicos cubiertos de los cuales el Asegurado no sería responsable en ausencia de la Póliza.
- Tacle de fútbol americano durante una práctica o juego interescolar de escuela secundaria (a menos que se adquiera la cobertura de fútbol americano por separado), deportes interuniversitarios, deportes semiprofesionales o profesionales.
- Lesión cubierta por las leyes de Compensación del Trabajador, de Responsabilidad del Empleador o beneficios ocupacionales similares; gastos pagados por cualquier póliza de seguro del automóvil sin consideración de culpa.
- Enfermedad, trastorno, dolencia corporal o mental, infección bacteriana o viral, o Tratamiento médico o quirúrgico de la misma, excepto cualquier infección bacteriana que resulte de una herida o un corte externo accidental o la ingestión accidental de alimentos contaminados. (No se aplica a la cobertura para enfermedades solamente en virtud del Plan de Accidentes y Enfermedades para Estudiantes)
- Lesiones sufridas por manejar, viajar, ingresar o descender de un vehículo automotor de dos o tres ruedas no diseñado principalmente para su uso en calles y carreteras públicas.
- Tratamiento para el desprendimiento de la retina (a menos que haya sido directamente causado por una lesión), osteomielitis o fracturas patológicas.
- Tratamiento de hernias. (No se aplica a la cobertura para enfermedades solamente en virtud del Plan de Accidentes y Enfermedades para Estudiantes)

Además de las Exclusiones generales detalladas en la Póliza, pueden aplicarse las siguientes exclusiones a la Cláusula de Beneficios por Enfermedad las 24 horas:

- El diagnóstico y el tratamiento de verrugas no malignas, lunares y lesiones, acné o alergias, incluidas las pruebas de alergias.
- Todo gasto relacionado con el tratamiento de amígdalas, adenoides o debilidad congénita; o gastos por Tratamiento de anomalías congénitas y afecciones que surjan o resulten directamente de ello.
- No se pagan beneficios por una Enfermedad que sea una "Afección preexistente" (una afección por la cual el Asegurado ha recibido tratamiento médico, atención o ha consultado durante los 3 meses previos a comenzar a tener cobertura en virtud de la Póliza). Pero esta exclusión no se aplica después de que el Asegurado ha estado asegurado en virtud de la Póliza durante 3 meses seguidos o ha estado asegurado en virtud de una cobertura anterior acreditable.

Además de las Exclusiones generales detalladas en la Póliza, las siguientes exclusiones también pueden aplicarse a la Cláusula de Beneficios por Accidentes Dentales las 24 horas:

- Agravamiento o reaparición de una afección existente antes del Accidente.
- Infección, excepto una infección piogénica a través de una herida abierta causada por un Accidente cubierto.
- Tratamiento de ortodoncia por cualquier motivo, a menos que sea necesario por una Lesión cubierta

Los beneficios de atención médica para estudiantes están sujetos a una limitación de afección preexistente. Consulte las definiciones de la Póliza. Este seguro no se aplica en la medida en que las sanciones comerciales o económicas u otras leyes o reglamentos nos prohíben proporcionar seguro, incluyendo, pero no limitado a, el pago de reclamaciones.

## Requisitos y limitaciones

El empeoramiento de lesiones que no ocurrieron mientras estaba asegurado bajo este plan se cubre con un beneficio máximo de hasta \$500 por cada plazo de póliza. Las lesiones sufridas por manejar, viajar, ingresar o descender de un vehículo automotor, o ser golpeado por este, están limitadas a un beneficio máximo de \$5,000 (hasta \$10,000 si es un vehículo escolar). Algunas lesiones ocasionadas por un vehículo automotor no están cubiertas; consulte las exclusiones mencionadas anteriormente si desea más detalles. Las lesiones ocasionadas por tacles de fútbol americano en escuela secundaria y durante el horario escolar deben informarse a la escuela en las 72 horas posteriores al momento de la lesión. La primera consulta al médico debe realizarse en el transcurso de los 365 días después del accidente o el comienzo de la enfermedad. Debe presentarse un formulario de reclamo a Myers-Stevens & Toohy Co., Inc. en el transcurso de 90 días a partir de la fecha del siniestro o con la mayor brevedad posible. El plan paga los gastos cubiertos en los que se incurra dentro de un período de un año a partir de la fecha del primer tratamiento. Sin embargo, si la lesión sufrida requiere el retiro de clavos quirúrgicos, la continuidad de tratamiento por quemaduras graves o el tratamiento de la ausencia o la mala unión de fracturas, el período del beneficio se extenderá a 104 semanas. Cada afección cubierta puede estar sujeta a un deducible, consulte los detalles del plan.

## Definiciones

**Un accidente** es todo incidente repentino, inesperado o sin intención. Un "accidente cubierto" es un accidente que resulta de una lesión o un siniestro cubierto por esta Póliza.

**Una lesión** es todo daño corporal accidental sufrido por el asegurado que resulta directamente de un accidente (independientemente de todas las demás causas) y que ocurre mientras la cobertura de la Póliza está en vigor. La lesión debe ser provocada solamente de modo accidental. Todas las lesiones ocurridas a una persona en cualquier accidente, incluidos todos los síntomas recurrentes y afecciones relacionadas con estas lesiones, se consideran una sola lesión. **"Medicamento necesario o necesidad médica son"** los servicios o los suministros proporcionados por un hospital, médico u otro proveedor que son necesarios para identificar o tratar la lesión y que, según nuestro criterio, son: (1) coherentes con los síntomas o los diagnósticos y el tratamiento de la lesión; (2) apropiados con respecto a los estándares de una buena práctica médica; (3) no solo en beneficio de la persona asegurada y (4) el suministro o el nivel de servicio más apropiado que puede proporcionarse de forma segura. Cuando se aplica a la atención de un paciente internado, también significa que los síntomas médicos o la afección de la persona asegurada no permiten que los servicios se brinden de manera segura como un paciente ambulatorio. **"Enfermedad es"** una afección o dolencia contraída por la persona asegurada y que provoca malestar para esta, cuya enfermedad es la base del reclamo. Toda complicación o toda afección que surja de una enfermedad por la cual la persona asegurada está recibiendo tratamiento o ya lo ha recibido se considerarán parte de la enfermedad original. Todos los síntomas recurrentes y afecciones relacionadas de una misma o similar afección se considerarán una sola enfermedad. Cargos usuales, comunes y razonables: **"usuales"** hace referencia a aquellos cargos incurridos por un proveedor de servicios y suministros proporcionados a todos los pacientes para la misma enfermedad o una enfermedad similar. **"Comunes"** hace referencia a aquellos cargos incurridos por la mayoría de los proveedores del área para los mismos servicios o suministros, o servicios o suministros similares. **"Razonables"** hace referencia a aquellos cargos que no exceden la mayoría de las tarifas predominantes del área para los mismos servicios o suministros, o para servicios o suministros similares. **"Área"** hace referencia a un condado o a un área más grande importante geográficamente según nuestro criterio. **"Actividades escolares"** significa un evento o actividad que está patrocinado, autorizado y supervisado por la escuela y que forma parte oficial del plan de estudios o programa de la escuela.

## Cláusula De Exceso

Con el fin de mantener las primas tan asequibles como sea posible, estos planes pagan beneficios en base a que no haya duplicados. Esto significa que si una persona tiene cobertura de uno o más de estos planes por parte de cualquier otro seguro o acuerdo Médico válidos, cualquier cantidad pagadera o proporcionada por las otras coberturas será restada de los gastos con cobertura y nosotros pagaremos los beneficios con base a la cantidad restante. (En Arizona: No se aplica a la cobertura para enfermedades solamente bajo el Plan de cobertura por accidente y enfermedad.)

**AVISO IMPORTANTE:** Este folleto contiene una breve descripción de los beneficios disponibles bajo los programas de seguro. No es un contrato de seguro. Los términos y condiciones de la cobertura se establecen en las pólizas entregadas en el estado bajo el formulario número AH-29540. Los detalles completos se pueden encontrar en las políticas. CIERTOS PLANES DE SEGURO DESCRITOS HERIN PROPORCIONAN BENEFICIOS POR ENFERMEDAD A CORTO PLAZO Y DURACIÓN LIMITADA. NO CONSTITUYEN UNA COBERTURA DE SEGURO MÉDICO INTEGRAL (A MENUDO DENOMINADA "COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL") Y NO SATISFACEN LA OBLIGACIÓN INDIVIDUAL DE UNA PERSONA DE ASEGURAR EL REQUISITO DE COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA BAJO LA LEY DE CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE (ACA). PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE ACA, CONSULTE [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov).

**Este documento ha sido traducido de la versión original del formulario en inglés. Si existe alguna inconsistencia entre la versión traducida del formulario y la versión en inglés que afecte significativamente la cobertura provista, la versión en inglés prevalecerá.**

**Todas las primas se devengan por completo al momento de su recepción y no pueden reembolsarse ni convertirse**

**Para un folleto en español, o para asistencia en español, por favor llame al (800) 827-4695**