

2023-2024

Cobertura de Seguro de Accidentes

Cobertura opcional de accidentes escolares (Estudiantes y Empleados)

La cobertura de seguro se proporciona para las lesiones cubiertas sufridas durante las horas y días en que la escuela está en sesión y mientras asiste o participa en actividades patrocinadas y supervisadas por la escuela dentro o fuera de las instalaciones escolares. Incluye la participación en: Deportes Interescolares, excluyendo los Deportes Escolares de la Escuela Secundaria; Actividades recreativas de verano patrocinadas por la escuela y excursiones escolares de un día (no durante la noche). La cobertura se proporciona para viajar hacia, durante o después de tales actividades como miembro de un grupo en el transporte proporcionado u organizado por el Titular de la póliza.

Prima anual

Opción 1 - \$29.00

Opción 2 - \$37.00

Cobertura opcional de accidentes las 24 horas (Estudiantes y Empleados)

La cobertura de seguro se proporciona durante todo el día, las 24 horas del día. Proporciona cobertura durante los fines de semana y períodos de vacaciones, incluido todo el verano. Los estudiantes están protegidos mientras están en casa o fuera, en cualquier lugar, en cualquier momento y en cualquier lugar. Se proporciona cobertura para la participación en deportes interescolares, excluyendo los deportes escolares de la escuela secundaria.

Prima anual

Opción 1 - \$105.00

Opción 2 - \$154.00

Accidente opcional las 24 horas: cobertura solo de verano, solo para estudiantes

La cobertura solo de verano comienza el primer día después de que termina el año escolar.

La cobertura solo de verano termina el primer día del próximo año escolar.

Opción 1 - \$36.00

Opción 2 - \$48.00

Cobertura dental opcional las 24 horas (se puede comprar por separado o con otra cobertura)

La cobertura del seguro está vigente las 24 horas del día. La lesión debe ser tratada dentro de los 60 días posteriores a la ocurrencia del accidente. Los beneficios se pagan dentro de los 24 meses posteriores a la fecha de la lesión. El gasto máximo elegible pagadero por lesión cubierta es de \$50,000. Además, cuando el dentista certifique que el tratamiento debe diferirse hasta después del Período de Beneficios, los beneficios diferidos se pagarán hasta un máximo de \$1,000, siempre y cuando el Estudiante tenga 21 años o menos. El estudiante debe ser tratado por un dentista legalmente calificado que no sea miembro de la familia inmediata del estudiante por lesiones en los dientes. La cobertura se limita al tratamiento de dientes sanos y naturales.

Prima anual: \$8.00

Período de cobertura

La cobertura bajo la cobertura opcional de accidentes escolares, la cobertura opcional de accidentes de 24 horas y la cobertura dental opcional de 24 horas comienza en la fecha en que el administrador del programa recibe su formulario de inscripción y el pago de la prima, pero no antes de la fecha de vigencia de la póliza. La cobertura opcional de accidentes escolares termina al cierre del período escolar regular de nueve meses, excepto mientras el estudiante asiste a sesiones académicas en el aula patrocinadas exclusivamente y supervisadas por la escuela durante el verano. La cobertura dental y de accidentes opcional las 24 horas termina a la medianoche del día antes de que la escuela vuelva a abrir para el siguiente año escolar. La cobertura está disponible bajo estos planes durante todo el año escolar a las primas cotizadas. No hay primas prorrateadas disponibles.

Base de cobertura: Exceso

Los beneficios se pagan por gastos médicos cubiertos que no son pagaderos bajo ningún otro plan de atención médica. El monto de cualquier otro plan de atención médica incluye cualquier monto al que el Asegurado tenga derecho, ya sea que se haga o no un reclamo por los beneficios. Esta póliza de seguro general de accidentes es secundaria a todas las demás pólizas de seguro. Si no existe otro seguro de salud, los beneficios serán pagaderos como cobertura primaria.

Beneficios de gastos médicos por accidentes

Cuando un accidente cubierto resulta en 1) tratamiento por un médico o cirujano legalmente calificado (que no sea un miembro de la familia inmediata o persona retenida por la escuela) o 2) confinamiento hospitalario, y el tratamiento comienza dentro de los 60 días a partir de la fecha del accidente, la Compañía pagará el beneficio como se muestra en el Programa de beneficios. Solo se cubren los gastos médicos elegibles incurridos por el Asegurado dentro de las 52 semanas a partir de la fecha del accidente.

Beneficios por muerte por accidente y desmembramiento

Cuando una Lesión cubierta resulte en cualquiera de las Pérdidas establecidas en el Programa de Beneficios por Muerte Accidental o Desmembramiento, entonces la Compañía pagará el beneficio establecido en el cronograma por esa Pérdida. La pérdida debe ocurrir dentro de los 365 días posteriores a la fecha del accidente.

El beneficio máximo como se indica en la Lista de Beneficios bajo Beneficios Máximos, se paga por las siguientes Pérdidas:

1) Vida; 2) ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos; 3) Una mano y un pie; 4) Una mano y toda la vista de un ojo; 5) Un pie y toda la vista de un ojo. La mitad del beneficio máximo se pagará por la pérdida de una mano, un pie, la vista de un ojo o la pérdida del pulgar y el índice de la misma mano. Pérdida de mano o pie significa la separación completa a través o por encima de la articulación de la muñeca o el tobillo. Pérdida de la vista significa la pérdida total y permanente de la visión en un ojo. La pérdida de visión debe ser irrecuperable por medios naturales, quirúrgicos o artificiales. La pérdida del pulgar y el dedo índice de la misma mano significa una separación completa a través o por encima de las articulaciones metacarpofalángicas de la misma mano (las articulaciones entre los dedos y la mano). Separación significa la separación completa y el desmembramiento de la parte del cuerpo.

Si el Asegurado sufre más de una de las pérdidas cubiertas anteriormente como resultado del mismo Accidente, el monto total que la Compañía pagará es el beneficio máximo. Los beneficios se pagan además de cualquier otro beneficio proporcionado por la Póliza.

Definiciones

Un **accidente cubierto** significa un evento externo repentino e imprevisible que resulta, directa e independientemente de todas las demás causas, en una lesión o pérdida. El Accidente debe ocurrir mientras la Póliza está vigente y mientras el Asegurado está cubierto por la Póliza. **Habitual y habitual** significa la cantidad promedio cobrada por la mayoría de los proveedores por el tratamiento, servicio o suministros en el área geográfica donde se proporciona el tratamiento, servicio o suministro. Dichos servicios y suministros deben ser recomendados y aprobados por un médico.

Exclusiones

No se pagarán beneficios por lesiones causadas por: 1) suicidio, lesiones autoinfligidas intencionalmente o cualquier intento de ello mientras esté cuerdo o loco; 2) tratamiento de hernia de cualquier tipo; 3) viajar en o en cualquier vehículo en carretera o fuera de carretera que no requiera licencia de vehículo motorizado; 4) comisión o intento de cometer un delito grave o un asalto, o comisión o participación activa en un motín o insurrección; 5) guerra declarada o no declarada o acto de guerra; 6) servicios o tratamientos prestados por personas que normalmente no cobran por los servicios, a menos que exista una obligación legal de pagar; 7) vuelo, embarque o descenso de una aeronave, excepto como pasajero que paga la tarifa en una aerolínea comercial o chárter regular; 8) puenting, paracaidismo, parapente o ala delta; 9) un accidente si el asegurado es el operador de un vehículo motorizado y no posee una licencia válida de operador de vehículos motorizados, a menos que el asegurado tenga un permiso de aprendizaje válido y el asegurado esté recibiendo instrucción de un instructor de educación vial; 10) servicios o tratamientos prestados por cualquier persona empleada o contratada por el titular de la póliza o que viva en el hogar del asegurado: un padre, hermano, cónyuge o hijo, ya sea del asegurado o del cónyuge del asegurado o del asegurado; 11) cirugía estética, excepto la cirugía de reconstrucción necesaria como resultado de una lesión cubierta; 12) lesiones indemnizables bajo la ley de compensación de trabajadores o cualquier ley similar; 13) enfermedad, dolencia, enfermedad física o mental, infección bacteriana o viral o tratamiento médico o quirúrgico de los mismos, excepto cualquier infección bacteriana resultante de un corte o herida externa accidental, o la ingestión accidental de alimentos contaminados; 14) el asegurado está legalmente intoxicado según lo determinado de acuerdo con las leyes de la jurisdicción en la que ocurrió el accidente cubierto o la ingestión voluntaria de cualquier narcótico, droga, veneno, gas o vapor, a menos que se prescriba o se tome bajo la dirección de un médico y se tome de acuerdo con la dosis prescrita; 15) cualquier hospitalización o días de hospitalización que no sean tratamiento adecuado para la afección y la localidad; 16) Recuperación de lesiones resultantes de una condición que el asegurado sabía que existía en la fecha de un accidente cubierto, a menos que la compañía haya recibido una autorización médica por escrito de su médico; 17) lesión sufrida como resultado de practicar o jugar en deportes interescolares de la escuela secundaria.

Conservar esta descripción para los registros

AVISO IMPORTANTE: ESTA PÓLIZA NO PROPORCIONA COBERTURA POR ENFERMEDAD. Esta información es una breve descripción de las características importantes de este plan de seguro. No es un contrato. Los términos y condiciones de cobertura se establecen en la serie de formularios de póliza BAM-03-1000.00, o en las versiones estatales aplicables, suscritas por QBE Insurance Corporation. Esta póliza de seguro médico de accidentes generales está sujeta a las leyes de la jurisdicción en la que se emite. Pueden aplicarse exclusiones y limitaciones adicionales. Puede revisar una copia de la política si lo solicita.

Cómo presentar una reclamación

En caso de accidente, los estudiantes deben notificar a la escuela inmediatamente. Para presentar un reclamo, obtenga un formulario de reclamo de la escuela, adjunte la(s) factura(s) al formulario de reclamo completo y envíelo por correo a la dirección indicada en el formulario.

Llame al administrador de reclamos a continuación si tiene alguna pregunta sobre reclamos.

Las reclamaciones de beneficios deben presentarse dentro de los 90 días a partir de la fecha del accidente, o tan pronto como sea razonablemente posible.

Gerente de Programa:

Apex Insurance Agency, Inc.
4725 Peachtree Corners Circle, Suite 370
Peachtree Corners, GA 30092

Administrador del programa:

A-G Administrators, Inc.
Claims Department
P.O. Box 824936
Lockbox # 824936
Philadelphia, PA 19182-4936

1-800-634-8628

Lista de beneficios

Cobertura para lesiones debido a accidentes solamente

Máximos beneficios:	Opción 1	Opción 2
Opción de horario escolar	\$ 25,000	\$ 25,000
Opción 24 horas	\$ 25,000	\$ 25,000
Beneficio por muerte accidental / Desmembramiento doble	\$10,000 / \$10,000	\$10,000 / \$10,000
Desmembramiento único	\$ 5,000	\$ 5,000
Período de pérdida para beneficios médicos	El tratamiento debe comenzar dentro de los 60 días a partir de la fecha de la lesión	
Período de beneficios para beneficios médicos y AD&D	1 año	1 año
Base de cobertura médica de accidentes	Exceso	Exceso
Gastos cubiertos:		
Servicios hospitalarios/de instalaciones – Pacientes hospitalizados		
Alojamiento y comida del hospital (tarifa de habitación semiprivada)	\$150 Max por día	80% U&C*
Hospital para pacientes hospitalizados Miscelánea	\$600 Max por día	\$1,200 Max por día
Visitas al médico (Una visita / día máximo; solo se aplica a visitas no quirúrgicas)	\$40 primera visita / \$25 cada visita subsiguiente	\$60 primera visita/ \$40 cada visita subsiguiente
Servicios hospitalarios/de instalaciones – Pacientes ambulatorios		
Hospital ambulatorio Varios (excepto servicios médicos y radiografías pagadas como se muestra a continuación)	\$1,000 máximo	\$1,200 máximo
Tratamiento de emergencia hospitalaria	\$150 máximo	\$300 máximo
Servicios para médicos		
Honorarios quirúrgicos	\$1,000 máximo	\$1,200 máximo
Cirujano Asistente y/o Anestesiólogo	20% de los beneficios quirúrgicos	25% de los beneficios quirúrgicos
Consultor	\$200 máximo	\$400 máximo
Visitas al médico (una visita / día como máximo; solo se aplica a visitas no quirúrgicas; excluye la fisioterapia)	\$40 primera visita / \$25 cada visita subsiguiente	\$60 primera visita/ \$40 cada visita subsiguiente
Tratamiento ambulatorio del médico en relación con Fisioterapia (Una visita/día máximo)	\$30 primera visita / \$20 cada visita subsiguiente / 5 visitas max	\$60 primera visita/ \$40 cada visita subsiguiente / 5 visitas max
Otros Servicios		
Prescripciones ambulatorias	\$75 Máximo	\$200 máximo
Radiografías, incluida la interpretación ambulatoria	\$200 máximo	\$600 Máximo
Diagnóstico por imágenes (MRI, tomografía computarizada, etc.) incluyendo interpretación – ambulatoria	\$300 Máximo	\$600 Máximo
Laboratorio	\$50 máximo	\$300 máximo
Ambulancia	\$300 Maximum	\$800 Máximo
Alquiler de equipos médicos	\$75 Máximo	\$140 máximo
Reemplazo de anteojos, audífonos, lentes de contacto si también se recibe tratamiento médico para la lesión cubierta	100% U&C*	100% U&C*
Tratamiento dental para dientes sanos y naturales debido a una lesión cubierta	Máximo de \$10,000 por plazo de póliza	Máximo de \$10,000 por plazo de póliza
Médico ampliado para condiciones deportivas cubiertas	100% U&C* 100% U&C*	

* U&C significa gastos habituales y habituales

Cobertura seleccionada: (Conservar para sus registros)

Opción 1	<input type="checkbox"/> Horario escolar \$29.00	<input type="checkbox"/> Accidente de 24 horas \$105.00	<input type="checkbox"/> Verano 24 horas sólo \$36.00
Opción 2	<input type="checkbox"/> Horario escolar \$37.00	<input type="checkbox"/> Accidente de 24 horas \$154.00	<input type="checkbox"/> Verano 24 horas sólo \$48.00
	<input type="checkbox"/> Dental extendido las 24 horas \$8.00		

Inscripción

Puede inscribirse utilizando el siguiente formulario. Simplemente corte a lo largo de la línea punteada, complete el formulario y envíelo por correo, junto con su cheque o giro postal, a la siguiente dirección:

ADMINISTRADOR DEL PLAN

A-G Administrators
P.O. Box 824936
Lock Box # 824936
Philadelphia, PA 19182-4936

¿Preguntas? Llamar

800.634.8628

Si está inscribiendo a más de un estudiante, complete un formulario separado para cada estudiante.

No envíe dinero en efectivo.

2023-2024 FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN (por favor imprimir)

Apellido del estudiante	Nombre del estudiante	Inicial media del estudiante	Grado
Dirección	Ciudad	Estado	Cremallera
Número de teléfono	Dirección de correo electrónico Fecha de nacimiento		
Sistema escolar o distrito escolar	Nombre de la escuela		
Bibb County			
Compruebe su selección a continuación.			
Opción 1	<input type="checkbox"/> Horario escolar \$29.00	<input type="checkbox"/> Accidente de 24 horas \$105.00	<input type="checkbox"/> Verano 24 horas sólo \$36.00
Opción 2	<input type="checkbox"/> Horario escolar \$37.00	<input type="checkbox"/> Accidente de 24 horas \$154.00	<input type="checkbox"/> Verano 24 horas sólo \$48.00
	<input type="checkbox"/> Dental extendido las 24 horas - \$8.00		

Por favor haga cheque o giro postal a nombre de: QBE Insurance Corporation.

Total adjunto: \$__ __

Firma del padre o tutor _____ Fecha _____

Tarjeta de identificación del estudiante

Por favor, rellene la información a continuación y corte a lo largo de la línea punteada.

✂ -----

2023-2024 Tarjeta de identificación de estudiante

Nombre de la escuela: _____ Distrito Escolar: _____
Bibb County
Nombre del estudiante: _____

PREGUNTAS SOBRE COBERTURA O RECLAMO: LLAME AL 800.634.8628

✂ -----