

Stevens Point Area Public School District  
Bliss Educational Services Center  
1900 Polk Street, Stevens Point, WI 54481  
Phone: (715) 345-5456 Fax: (715) 345-7302



**STEVENS POINT  
AREA PUBLIC  
SCHOOL DISTRICT**

Dear Parents/Guardians:

The Stevens Point Area Public School District is not responsible for any accidental injuries that occur to students while under the school's supervision *or* participating in interscholastic sports.

Our School District has partnered with Student Assurance Services to give families the opportunity to purchase accident insurance for their student(s). When enrolled, this coverage provides financial assistance with your out-of-pocket medical expenses should your student sustain an accidental bodily injury.

*Reasons to consider coverage for your student:*

1. Your primary health insurance has a high deductible – copay – coinsurance.
2. No other insurance on your student.
3. Your student participates in a sport where unexpected injuries commonly occur.

Coverage Options Available	Annual Premium
<b>School Time Coverage (Not Including Interscholastic Sports 7-12)</b> Provides benefits during school sponsored & supervised class/activities ONLY	\$16.00
<b>School Time Coverage (Includes Interscholastic Sports)</b> Provides benefits during school sponsored & supervised class/activities/interscholastic sports (Grades 7-12 Except Football Grades 9-12)	\$91.00
<b>Football Coverage Grades 9-12</b> Provides benefits to athletes when practicing and competing during the football season	\$250.00
<b>Full Time Coverage (Not Including Interscholastic Sports 7-12)</b> Provides benefits for students 24 hours a day, 7 days a week	\$99.00
<b>Full Time Coverage (Includes Interscholastic Sports)</b> Provides benefits for students 24/7 as well as when they participate in interscholastic sports (Grades 7-12 Except Football Grades 9-12)	\$174.00
<b>Extended Dental Coverage</b> Provides additional benefits for students 24 hours a day for any dental accident	\$9.00
▪ Coverage can be purchased any time during the school year	

**To Enroll Your Student & Review Medical Benefits Visit:**

[www.sas-mn.com](http://www.sas-mn.com)



Scan QR Code with Phone

If you have any questions regarding this voluntary student accident insurance program, please contact Student Assurance Services at **(800) 328-2739**. You will speak with a live person who can assist you with your questions.

Sincerely,

Thomas R. Owens, Ph.D.  
Director of Business Services

**DISCLAIMER**

The Stevens Point Area Public School District (District) accepts no liability for the consequences of any actions taken on the basis of the information provided. The decision to purchase student accident insurance from Student Assurance Services, Inc., underwritten by Ameritas Life Insurance Corp. Lincoln Nebraska, is made independently by parents, or guardians. No representations or warranties are made about the timeliness, completeness, suitability, or usefulness of any of the information. The District is held harmless against any and all actions by Ameritas Life Insurance Corp., parents, guardian, trustees, and the assigns of the above. The District will not track or verify who has or has not received this information. The District will make reasonable attempts to make this information available in written form, to include limited notice and distribution, and on its District web site. In no event, regardless of cause, shall the District be liable for any indirect, special, incidental, punitive or consequential damages of any kind, whether arising under breach of contract, tort (including negligence), strict liability or otherwise, and whether based on this student accident insurance plan, even if advised of the possibility of such damages.



# Student Injuries Can Happen

**Medical Expenses Can Be a Financial Hardship When the Unexpected Occurs**

**Approved By Your School/School District - Available for All Students PK-12**

## What is Student Accident Insurance?

- ◆ Coverage that provides financial assistance with your out-of-pocket medical expenses when your student sustains an accidental bodily injury.

## Why Consider Student Accident Insurance For Your Student?

- ◆ High Deductible/Copayments to your Family's Primary Health Insurance
- ◆ No Health Insurance for your Student
- ◆ Your Student participates in an interscholastic sport where an unexpected injury is more likely to occur.
- ◆ Your Student is prone to injuries

## Coverage Options Available Through Your School

- ◆ School Time Coverage - \$16.00
  - ◆ Interscholastic Sports Coverage (w/School Time-\$91.00 or 24 Hour Coverage-\$174.00)
  - ◆ 24-Hour/Full-Time Coverage - \$99.00
  - ◆ Football Coverage - \$250.00 (Grades 9-12 for the football season)
  - ◆ Extended Dental Coverage - \$9.00
- Premium Paid Once a School Year*

## To Enroll Your Student & Review Medical Benefits

**Go to:** [www.sas-mn.com](http://www.sas-mn.com)

*or scan this QR code with your smart phone to be directed to our website*



Please locate "K-12 Students & Parents" on our homepage. Within this division, you will be able to search for your student's school district. Once located, you will have access to the following information:

- ◆ **Purchase Coverage**  
(Managed Online or by Printing/Mailing Enrollment Form and premium)
- ◆ **Brochure (English & Spanish)**  
(Explains medical benefits, exclusions and coverage options)
- ◆ **Claim Form**  
(fillable form when enrolled student sustains injury)

**For Questions, Call Student Assurance Services at (800) 328-2739**



**Specializing in Student Accident Insurance Since 1971.**

*The above information is just a brief description of Student Assurance Service's student accident insurance. For more information including costs, benefits, effective dates, exclusions, limitations, please refer to [www.sas-mn.com](http://www.sas-mn.com) Students are able to purchase coverage only if his/her school district is a policyholder with the insurance company*

**STUDENT ACCIDENT INSURANCE COVERAGE**  
POLICY GA-2200Ed.11-16(ID)(KS)(LA)(MN)(MT)(NC)(ND)(OH)

**Premiums & Coverage Options**

**One Time Policy Year Premiums**

<b>School Time Coverage Grades PK-12 (Does NOT Include Interscholastic Sports Coverage grades 7-12)</b> Protects the student while: a) attending regular school sessions, b) participating in or attending school-sponsored and supervised extracurricular activities, c) traveling directly to and from school for regular school sessions, and while traveling to and from school-sponsored and supervised extracurricular activities in school provided transportation. DOES NOT cover participation in interscholastic sports for students in grades 7-12.	\$16
<b>Full Time Coverage Grades PK-12 (Does NOT Include Interscholastic Sports Coverage grades 7-12)</b> Covers the student 24 hours a day until school starts next year. Includes coverage while at home and school, on weekends and during summer vacation. DOES NOT cover participation in interscholastic sports for students in grades 7-12.	\$99
<b>School Time Coverage Grades PK-12 AND Interscholastic Sports Coverage Grades 7-12 (does not include Football grades 9-12)</b> In addition to School-Time Coverage shown above, includes All Interscholastic Sports Coverage that protects the student while practicing for or competing in school-sponsored and supervised interscholastic sports including travel in school provided transportation for grades 7-12. DOES NOT cover Football for grades 9-12.	\$91
<b>Full Time Coverage Grades PK-12 AND Interscholastic Sports Coverage Grades 7-12 (does not include Football grades 9-12)</b> In addition to the Full-Time Coverage shown above, includes All Interscholastic Sports Coverage that protects the student while practicing or competing in school-sponsored and supervised interscholastic sports including travel in school-provided transportation for grades 7-12. DOES NOT cover Football for grades 9-12.	\$174
<b>Football Coverage Grades 9 - 12</b> Protects the student while practicing for or competing in school-sponsored and supervised interscholastic football including travel in school-provided transportation for grades 9-12.	\$250
<b>Extended Dental Coverage Grades PK-12</b> Provides benefits up to a maximum of \$5,000 for any dental Injury. Covers the student 24 hours a day until school starts next year. Treatment must begin within 60 days from the date of the Injury and must be performed within one year from the date of Injury. However, if within the one year period following the date of Injury the student's attending dentist certifies that dental treatment and/or replacement must be deferred beyond one year, the policy pays the estimated cost of such deferred treatment, but not to exceed \$200 for each tooth. Benefits for prostheses are limited to \$500 per injury, including procedures performed to install them. Dental prostheses include, but are not limited to: crowns, dentures, bridges, and implants. Extended Dental does not cover treatment for orthodontics, dental disease, or expenses that exceed the dental prosthesis maximum benefit limit.	\$9

**The Medical Benefits and Exclusions below apply to the Coverage Options listed above.**

**MEDICAL BENEFITS (What the Insurance Plan Pays)** - When injury covered by the policy results in treatment by a Licensed Physician within 60 days from the date of accident, the Company will pay the Usual and Customary Charges (U&C) incurred for covered services as listed below, for charges actually incurred within one year from the date of injury up to the specified Maximum Medical Benefit of \$50,000 per injury. (In MT and NC benefits are payable after the deductible per injury is satisfied, the deductible is the amount paid or payable for the same injury by Other Valid Coverage)  
This policy will pay benefits regardless of Other Valid Coverage if the covered claim expense is less than \$200. If the covered claim expense exceeds \$200, benefits shall be paid first by Other Valid Coverage. (This coverage is excess in KS, and this coverage is primary in MT and NC after deductible, and in ID, IL)

**All Amounts Listed Below are Per Injury**

**PHYSICIAN'S SERVICES**

- a) **Surgical Care** (surgeon, assistant surgeon, and anesthesia) .....80% U&C, up to \$2,500
- b) **Nonsurgical Care** (includes physiotherapy performed other than in a hospital, 1 visit per day).....U&C, up to \$50 per visit, maximum 6 visits

**HOSPITAL CARE**

- a) **Inpatient Care**
  - 1) **Hospital Semi-Private Room** .....U&C, up to \$500 per day
  - 2) **Hospital Miscellaneous Services** .....80% U&C, up to \$2,500
- b) **Outpatient Care**
  - 1) **Facility Charges for Day Surgery** .....U&C, up to \$2,500
  - 2) **Emergency Room** .....80% U&C, up to \$500

**Note: Benefits for hospital miscellaneous and outpatient care charges are limited to services not scheduled under Medical Benefits.**

- X-RAY SERVICES** (includes charges for reading) .....U&C, up to \$250
- LABORATORY SERVICES** .....U&C, up to \$250
- DIAGNOSTIC IMAGING** (includes MRI, CT scan, bone scan and charges for reading) .....U&C, up to \$500
- DENTAL TREATMENT** (in lieu of all other medical benefits; for repair and/or replacement of each sound and natural tooth) .....U&C, up to \$250 per tooth (In SD, sound and natural is deleted)
- AMBULANCE SERVICES** .....U&C, up to \$500
- ORTHOPEDIC APPLIANCES** (when prescribed by a physician for healing) .....U&C, up to \$250
- PRESCRIPTION DRUGS** (take home) .....U&C, up to \$250
- REPLACEMENT EYEGLASSES, CONTACT LENSES, HEARING AIDS** (when medical treatment is required for covered injury) .....U&C, up to \$250
- MOTOR VEHICLE INJURY** .....Same as any injury, up to \$2,500 (In KS, \$2,500 limit does not apply)

**ACCIDENTAL DEATH AND DISMEMBERMENT**

When injury covered by this policy results in Accidental Death or Dismemberment within 180 days from the date of accident, the following benefits will be payable.  
Loss of Life ..... \$2,500      Loss of an Eye ..... \$2,500      Double Dismemberment ..... \$10,000      Single Dismemberment ..... \$2,500

The policy contains a provision limiting coverage to the usual and customary charges. This limitation may result in additional out-of-pocket expenses for the insured. J-1511/1513(2024)



**ENROLLMENT FORM FOR STUDENT ACCIDENT INSURANCE**

**COVERAGE PLANS**

**One Time Policy Year Premiums**

	<b>Full Time Coverage (Does NOT include Interscholastic Sports Coverage)</b>	<input type="checkbox"/> \$ 99
	<b>Full Time Coverage AND Interscholastic Sports Coverage (Does not include Football Grades 9-12)</b>	<input type="checkbox"/> \$174
	<b>School Time Coverage (Does NOT include Interscholastic Sports Coverage)</b>	<input type="checkbox"/> \$ 16
	<b>School Time Coverage AND Interscholastic Sports Coverage (Does not include Football Grades 9-12)</b>	<input type="checkbox"/> \$ 91
	<b>Football Coverage (Grades 9-12)</b>	<input type="checkbox"/> \$250
	<b>Extended Dental Coverage (Grades PK-12)</b>	<input type="checkbox"/> \$ 9

↑ STUDENT'S LAST NAME ↑ (one letter in each box)

STUDENT'S FIRST NAME M.I.

Please Print Address \_\_\_\_\_ (Street)

\_\_\_\_\_(City) \_\_\_\_\_(State) \_\_\_\_\_(Zip)

Email Address \_\_\_\_\_

Name of School \_\_\_\_\_

Name of District \_\_\_\_\_

Student's Age \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_ (Signature of Parent or Guardian) \_\_\_\_\_ (Date)

**DO NOT SEND CASH**

**TOTAL PREMIUM**

Make Checks payable to: **STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC.**  
\*Please write student's name on the front of check. **NO REFUNDS**

**EXCLUSIONS (What the Plan DOES NOT Pay)**

- 1. Any sickness, disease, infection (unless caused by an open cut or wound), including but not limited to: aggravation of a congenital condition, blisters, headaches, hernia of any kind, mental or physical infirmity, Osgood-Schlatter disease, osteochondritis, osteochondritis dissecans, osteomyelitis, spondylolysis, slipped femoral capital epiphysis, orthodontics.
2. Injuries for which benefits are paid under Workers' Compensation or Employer's Liability Laws. (In NC, benefits are excluded if the employee, employer, or carrier is responsible or liable according to final adjudication or settlement order under state law)
3. Any Injury involving a two or three-wheeled motor vehicle or snowmobile or any motorized or engine driven vehicle not designed primarily for use on public streets and highways, unless the insured is participating in an activity sponsored by the Policyholder. (In ID, Insured must be participating as a professional)
4. The practice or play of interscholastic sports including travel to or from such activity, practice, or play for students in grades 7-12, unless such premium is paid.
5. In Kansas - No benefits are payable for accidental bodily injuries arising out of a motor vehicle accident to the extent such benefits are payable under any medical expense payment provision (by whatever terminology used including such benefits mandated by law) of any automobile policy.
6. In Ohio - Reinjury if the insured participated in a covered activity against medical advice.

IT IS NOT THE INTENT OF THE POLICY TO PROVIDE BENEFITS FOR AN EXISTING MEDICAL PROBLEM. A re-injury will not be covered if the insured has received treatment within a period of 180 days prior to the effective date of the policy. (In OH, this provision does not apply)

**WHAT KIND OF INSURANCE IS THIS?**

This is accidental bodily injury insurance; it covers accidental bodily injury occurring while the coverage is in force. Medical illnesses such as ear infections or sore throats are not covered.

**WHO SHOULD CONSIDER BUYING THIS INSURANCE?**

- 1. All families with no other health coverage.
2. Families with other medical or dental coverage having deductibles, copays or coinsurance. Our policy applies benefits toward your other health coverage out-of-pocket expenses. (This coverage is primary in MT and NC after deductible, and in ID, IL)

**HOW TO ENROLL**

- 1. Select the desired coverage(s) from the options listed above. Premium cannot be prorated. There are two enrollment and payment options.
2. Complete the Enrollment Form and enclose the premium (check made payable to: STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC. or credit card payment information). Please write the name of the student on the check. Return the premium payment with the requested enrollment information in an envelope and mail to: Student Assurance Services, Inc. P.O. Box 196, Stillwater, MN 55082-0196; OR
3. Complete enrollment form online at the Student Assurance Services, Inc. website www.sas-mn.com. The online form is available under the K-12 School Look-up.
4. Be sure to retain this brochure and a copy of the premium payment as proof of insurance. You will not receive a policy or ID card. The master policy is issued to the school.

**EFFECTIVE AND EXPIRATION DATES**

Coverage becomes effective the later of: the Master Policy Effective Date; r 12:01A.M. following the date the envelope containing the enrollment form and premium payment is postmarked by the U.S. Postal Service; or for online enrollment 12:01A.M. following the date the proper premium is received by the Plan Administrator. Interscholastic sports coverage expires on the last day of the authorized season of the current school year. School-Time and Full-Time coverage expires on the selected expiration date of the annual term policy.

**HOW TO FILE A CLAIM**

- 1. Notify the school and obtain a claim form immediately. The school will fill out Part A of the claim form if it's a school injury.
2. Parents complete Part B of the claim form. Answer all questions.
3. Submit copies of the student's itemized bills to the student's family medical and dental coverage first, even if there is a large deductible. The other insurance plan will send a report called an Explanation of Benefits (EOB). This plan is supplemental to all other valid coverage. The claim must be filed with the other coverage first! (Coverage is excess in KS, primary in MT and NC after deductible, and in ID, IL) This Plan DOES NOT cover penalties imposed for failure to use providers preferred or designated by the primary coverage. (In KS, penalty does not apply)
4. Send the completed claim form, copies of student's itemized bills and EOB to: STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC. PO BOX 196 • STILLWATER, MN 55082
5. No claim can be completed until all of the above documents have been provided.

NOTE: Student must be treated by a Licensed Physician within 60 days of the date of the injury. Proof of claim should be submitted within 90 days from the date of accident, or a reasonable time thereafter not to exceed one year. Itemized bills should be submitted within 90 days from the date of treatment or reasonable time thereafter not to exceed one year. The policy is responsible only for expenses incurred within one year. (In NC, itemized bills must be submitted within 180 days from the date of treatment, not to exceed one year)

This provides a very brief description of some of the important features of the insurance policy. It is not the insurance policy and does not represent it. A full explanation of benefits, exceptions and limitations is contained in the Group Accident Insurance Policy Form GA-2200Ed.11-16 (and any state specific), and any applicable endorsement(s). This policy is considered term accident insurance (except in ID) and is non-renewable. This product may not be available in all states and is subject to individual state regulations. The Master Policy is issued to the School District/School. A copy of the Privacy Notice and Certificate of Coverage (where applicable) may be obtained on the website www.sas-mn.com. J-1511/1513(2024)

Administered by

STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC. PO Box 196 • Stillwater MN 55082-0196 Toll Free 800-328-2739 - (651) 439-7098

www.sas-mn.com



HAVE QUESTIONS? CALL US TOLL FREE AT (800) 328-2739 OR (651) 439-7098

Underwritten by



**STUDENT ACCIDENT INSURANCE CREDIT CARD PAYMENT**

INDICATE PREMIUM SELECTED AND COMPLETE THE REQUESTED ENROLLMENT INFORMATION FOUND ON THE REVERSE SIDE OF THIS FORM. There is a \$5.00 Processing Fee added to ALL Credit Card Transactions (does not apply to IN, NC residents)

Please charge \$ \_\_\_\_\_ + \$5.00 Processing Fee = \$ \_\_\_\_\_ to the following credit card: [ ] VISA®, [ ] MasterCard®, or [ ] Discover®

Form fields for Credit Card Number, Security Code, Card Expiration Date (Month/Year), and Credit card billing will state: "Student Assurance Services, Inc."

Print Cardholder Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Cardholder Signature \_\_\_\_\_

Cardholder Address \_\_\_\_\_ (Street) (City) (State) (Zip)

Telephone Number ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_



# Los estudiantes pueden sufrir lesiones

Los gastos médicos pueden ser una dificultad financiera ante situaciones imprevistas  
Aprobado por su escuela o distrito escolar - Disponible para todos los estudiantes de preescolar a 12.º grado

## ¿Qué es el seguro estudiantil contra accidentes?

- ◆ Es una cobertura que le proporciona asistencia financiera con sus gastos médicos de bolsillo si su estudiante sufre una lesión corporal accidental.

## Tener un seguro estudiantil contra accidentes para su estudiante le resultaría conveniente si:

- ◆ El seguro de salud principal de su familia tiene copagos o un deducible altos
- ◆ Su estudiante no tiene un seguro de salud
- ◆ Su estudiante participa en un deporte interescolar que suele provocar lesiones imprevistas
- ◆ Su estudiante es propenso a sufrir lesiones

## Opciones de cobertura disponibles a través de su escuela

- ◆ Cobertura de tiempo escolar: \$16.00
- ◆ Cobertura de deportes interescolares (con cobertura de tiempo escolar por \$91.00 o cobertura de 24 horas por \$174.00)
- ◆ Cobertura de tiempo completo (24 horas): \$99.00
- ◆ Cobertura de fútbol americano: \$250.00 (De 9.º a 12.º grado para la temporada de fútbol americano)

- ◆ Cobertura dental extendida: \$9.00

*La prima se paga una vez por año escolar*

## Para inscribir a su estudiante y revisar los beneficios médicos

Visite: [www.sas-mn.com](http://www.sas-mn.com)

*o escanee este código QR con su teléfono inteligente para ir a nuestro sitio web*



Busque “K-12 Students & Parents” (Padres y estudiantes de preescolar a 12.º grado) en nuestra página de inicio. Dentro de esta división, podrá buscar el distrito escolar de su estudiante. Una vez que lo encuentre, tendrá acceso a la siguiente información:

### ◆ Adquisición de cobertura

(Administrada en línea o mediante la impresión o el envío por correo del formulario de inscripción y la prima)

### ◆ Folleto (en inglés y español)

(Detalla los beneficios médicos, las exclusiones y las opciones de cobertura)

### ◆ Formulario de reclamación

(formulario que debe completarse cuando un estudiante sufre una lesión)

**Si tiene preguntas, llame a Student Assurance Services al (800) 328-2739.**



**Especialistas en seguros estudiantiles contra accidentes desde 1971.**

La información anterior es solo una breve descripción del seguro estudiantil contra accidentes de Student Assurance Services. Para obtener más información, incluidos costos, beneficios, fechas de entrada en vigencia, exclusiones y limitaciones, visite [www.sas-mn.com](http://www.sas-mn.com). Los estudiantes pueden adquirir la cobertura solo si su distrito escolar es titular de una póliza de la compañía de seguros.

# SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES

Seleccione el plan de seguro que lo ayudará a compensar el costo de la atención médica...

- COBERTURA CONTRA ACCIDENTES EN TIEMPO ESCOLAR
- COBERTURA CONTRA ACCIDENTES DE TIEMPO COMPLETO (24 HORAS)
- OPCIÓN DENTAL POR ACCIDENTE (24 HORAS)
- PLAN DE SEGURO DE FÚTBOL AMERICANO
- COBERTURA DE DEPORTES INTERESCOLARES

**CONSULTE LOS DETALLES EN EL INTERIOR,  
o visite nuestro sitio web para contratar  
este seguro**

**[www.sas-mn.com](http://www.sas-mn.com)  
Formulario de inscripción adjunto**

**APROBADO POR SU ESCUELA DE PK A 12.º GRADO**



Administrado por

**STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC.**  
PO Box 196 • Stillwater MN 55082-0196  
Línea gratuita 800-328-2739 - (651) 439-7098

**[www.sas-mn.com](http://www.sas-mn.com)**

J-1511-1513 (2024)

## Opciones de primas y cobertura

PÓLIZA GA-2200Ed.11-16(ID)(KS)(LA)(MN)(MT)(NC)(ND)(OH)(SD)

Primas anuales únicas de la póliza



**Cobertura de tiempo escolar de PK a 12.º grado**  
(NO incluye Cobertura de deportes interescolares de 7.º a 12.º grado)

**\$16**

Protege al estudiante durante: a) la asistencia a las sesiones escolares normales, b) la participación en actividades extracurriculares patrocinadas y supervisadas por la escuela o la asistencia a estas, c) los traslados directos hacia y desde la escuela durante las sesiones escolares normales y durante el traslado hacia y desde las actividades extracurriculares patrocinadas y supervisadas por la escuela en medios de transporte proporcionados por esta. NO cubre la participación en deportes interescolares para estudiantes de 7.º a 12.º grado.



**Cobertura de tiempo completo de PK a 12.º grado**  
(NO incluye Cobertura de deportes interescolares de 7.º a 12.º grado)

**\$99**

Cubre al estudiante las 24 horas del día hasta el comienzo del próximo año escolar. Incluye cobertura en el hogar y la escuela, durante los fines de semana y durante las vacaciones de verano. NO cubre la participación en deportes interescolares para estudiantes de 7.º a 12.º grado.



**Cobertura de tiempo escolar de PK a 12.º grado Y Cobertura de deportes interescolares de 7.º a 12.º grado** (NO incluye fútbol americano de 9.º a 12.º grado)

**\$91**

Junto con la Cobertura de tiempo escolar anteriormente mencionada, incluye la Cobertura de todos los deportes interescolares que protege al estudiante mientras practica o compite en deportes interescolares patrocinados y supervisados por la escuela, incluido el traslado en medios de transporte proporcionados por dicha escuela para estudiantes de 7.º a 12.º grado. NO cubre el fútbol americano de 9.º a 12.º grado.



**Cobertura de tiempo completo de PK a 12.º grado Y Cobertura de deportes interescolares de 7.º a 12.º grado** (NO incluye fútbol americano de 9.º a 12.º grado)

**\$174**

Junto con la Cobertura de tiempo completo anteriormente mencionada, incluye la Cobertura de todos los deportes interescolares que protege al estudiante mientras practica o compite en deportes interescolares patrocinados y supervisados por la escuela, incluido el traslado en medios de transporte proporcionados por dicha escuela para estudiantes de 7.º a 12.º grado. NO cubre el fútbol americano de 9.º a 12.º grado.



**Cobertura de fútbol americano de 9.º a 12.º grado**

**\$250**

Protege al estudiante mientras practica o compite en juegos de fútbol americano interescolar patrocinados y supervisados por la escuela, incluido el traslado en medios de transporte proporcionados por dicha escuela para estudiantes de 9.º a 12.º grado.



**Cobertura dental extendida de PK a 12.º grado**

**\$9**

Brinda hasta \$5,000 en beneficios por cualquier lesión de índole dental. Cubre al estudiante las 24 horas del día hasta el comienzo del próximo año escolar. El tratamiento debe comenzar dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la lesión y se debe realizar en el plazo de un año a partir de la fecha de la lesión. Sin embargo, si dentro del período de un año posterior a la fecha de la lesión, el dentista tratante del estudiante certifica que el tratamiento y/o reemplazo dental debe extenderse durante más de un año, la póliza pagará el costo estimado de dicha extensión del tratamiento, pero sin superar el monto de \$200 por cada diente. Los beneficios para prótesis están limitados a \$500 por lesión, incluidos los procedimientos realizados para colocarlas. Las prótesis dentales incluyen, en forma no limitativa, coronas, dentaduras postizas, puentes e implantes. La Cobertura dental extendida no cubre el tratamiento de ortodoncias, enfermedades dentales ni los gastos que superen el límite máximo del beneficio de prótesis dental.

**Los beneficios médicos y las exclusiones se aplican a las opciones de cobertura mencionadas anteriormente.**

### FECHAS DE ENTRADA EN VIGENCIA Y DE VENCIMIENTO

La cobertura entrará en vigencia a partir de la fecha que resulte posterior de las siguientes: la fecha de entrada en vigencia de la póliza base; o a las 12:01 a. m. del día posterior a la fecha del matasellos postal en el sobre que incluye el formulario de inscripción y el pago de la prima, aplicado por el Servicio Postal de los EE. UU.; o bien, para las inscripciones en línea, a las 12:01 a. m. después de la fecha en la que el administrador del plan reciba la prima correspondiente. La Cobertura de deportes interescolares expira en el último día de la temporada autorizada correspondiente al año escolar en curso. Las Coberturas de tiempo escolar y tiempo completo expiran el primer día de clases del año siguiente.

**La póliza contiene una cláusula que limita la cobertura a cargos usuales y habituales. Esta limitación podría resultar en gastos adicionales para el asegurado.**

**BENEFICIOS MÉDICOS (lo que el Plan de Seguro paga):** cuando una lesión cubierta por la póliza resulta en el tratamiento practicado por un médico autorizado para ejercer dentro de los 60 días posteriores a la fecha del accidente, la Compañía pagará los cargos usuales y habituales (Usual and Customary, U&C) ocasionados por concepto de servicios cubiertos, según se menciona a continuación, por los gastos reales incurridos en un plazo de un año a partir de la fecha de la lesión y hasta el Beneficio Médico Máximo especificado de \$50,000 por lesión. (En MT y NC, los beneficios son pagaderos después de que se cumpla el deducible por lesión, el deducible es el monto pagado o pagadero para la misma lesión por Otra cobertura válida)

Esta póliza pagará los beneficios sin tener en consideración otra cobertura válida si el gasto de reclamación cubierto es menor a \$200. Si el gasto de reclamación cubierto supera los \$200, los beneficios serán pagaderos primero por otra cobertura válida. (Esta cobertura es complementaria en KS, y primaria en MT y NC después del deducible, y en ID, IL)

**Todos los montos que se detallan a continuación son por lesión**

**SERVICIOS MÉDICOS**

- a) **Atención quirúrgica** (cirujano, asistente del cirujano y anestesia).....80 % U&C, hasta \$2,500
- b) **Atención no quirúrgica** (incluye la fisioterapia realizada fuera del hospital, 1 visita por día).....U&C, hasta \$50 por visita, máximo de 6 visitas

**ATENCIÓN HOSPITALARIA**

**a) Atención de pacientes hospitalizados**

- 1) Habitación de hospital semiprivada.....U&C, hasta \$500 por día
- 2) Servicios hospitalarios varios .....80 % U&C, hasta \$2,500

**b) Atención ambulatoria**

- 1) Cargos del centro para cirugía diurna .....U&C, hasta \$2,500
- 2) Sala de emergencia.....80 % U&C, hasta \$500

**Nota: Los beneficios para los cargos de hospitalarios varios y de atención ambulatoria están limitados a los servicios no programados en los Beneficios médicos.**

**SERVICIOS DE RADIOGRAFÍAS**

(incluye cargos por su interpretación).....U&C, hasta \$250

**SERVICIOS DE LABORATORIO**.....U&C, hasta \$250

**DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES** (resonancia magnética, tomografía axial computarizada y gammagrafía ósea y cargos por su interpretación).....U&C, hasta \$500

**TRATAMIENTO DENTAL**.....U&C, hasta \$250 por diente

(en lugar de todos los demás beneficios médicos; (En SD, sanos y naturales se borra)  
para reparaciones y/o de cada diente sano y natural)

**SERVICIOS DE AMBULANCIA**.....U&C, hasta \$500

**DISPOSITIVOS ORTOPÉDICOS**

(cuando los prescriba un médico con fines curativos).....U&C, hasta \$250

**MEDICAMENTOS PRESCRITOS** (para uso en el hogar).....U&C, hasta \$250

**REEMPLAZO DE ANTEOJOS, LENTES DE CONTACTO, AUDÍFONOS**

(cuando se requiere tratamiento médico para una lesión cubierta).....U&C, hasta \$250

**LESIÓN EN VEHÍCULO MOTORIZADO**.....Igual que cualquier lesión, hasta \$2,500

(En KS, el límite de \$2,500 no se aplica)

**MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTALES**

Los beneficios mencionados a continuación serán pagaderos cuando la lesión cubierta por esta póliza resulte en muerte o desmembramiento accidentales dentro de los 180 días posteriores a la fecha del accidente.

Pérdida de la vida.....	\$2,500	Pérdida de dos miembros.....	\$10,000
Pérdida de un ojo.....	\$2,500	Pérdida de un miembro.....	\$2,500

**EXCLUSIONES (lo que el Plan NO paga)**

1. Ninguna dolencia, enfermedad, infección (salvo las causadas por una herida o lesión abierta), lo que incluye, de forma no limitativa, el agravamiento de un trastorno congénito, ampollas, dolores de cabeza, hernias de cualquier clase, dolencia mental o física, enfermedad de Osgood-Schlatter, osteocondritis, osteocondritis disecante, osteomielitis, espondilólisis, deslizamiento de la epifisis capital femoral y ortodoncias.
2. Lesiones para las cuales corresponden los beneficios pagaderos según las leyes de Compensación Laboral o Responsabilidad del Empleador. (En NC, se excluyen los beneficios si el empleado, el empleador o la aseguradora son responsables según la sentencia o el acuerdo de liquidación según la ley estatal).
3. Toda lesión que involucre un vehículo motorizado de dos o tres ruedas, moto de nieve o cualquier vehículo motorizado o impulsado por motor que no esté diseñado principalmente para su uso en las calles y carreteras públicas, a menos que el asegurado participe en una actividad que patrocine el Titular de la Póliza. (En ID, el asegurado debe participar en calidad de profesional).
4. La práctica o el juego de deportes interescolares que incluyen viajes desde el lugar de dicha actividad, práctica o juego o hacia este, para estudiantes de 7.º a 12.º grado, a menos que se pague dicha prima.
5. En Kansas: Ningún beneficio es pagadero por lesiones corporales accidentales que derivan de un accidente en un vehículo motorizado, en la medida en que dichos beneficios sean pagaderos en virtud de cualquier disposición de pago de gastos médicos (mediante cualquier terminología que se utilice, incluidos los beneficios ordenados por ley) de cualquier póliza automotriz.
6. En Ohio: Nueva lesión si el asegurado participó en una actividad con cobertura en contra de la recomendación médica.

**ESTA PÓLIZA NO TIENE EL OBJETIVO DE PROPORCIONAR BENEFICIOS PARA UN PROBLEMA MÉDICO EXISTENTE.** No se cubrirá una nueva lesión si el asegurado ha recibido tratamiento dentro de un período de 180 días antes de la fecha de entrada en vigencia de la póliza. (En OH, la disposición no aplica)



### ¿POR QUÉ MI ESTUDIANTE DEBE ESTAR CUBIERTO POR ESTE SEGURO?

Como un servicio para sus estudiantes, su escuela ofrece la oportunidad de inscribirse en un plan de seguro estudiantil contra accidentes administrado por Student Assurance Services, Inc. La participación en este plan es voluntaria. Este folleto describe varias opciones de cobertura y primas. Analice todo el folleto antes de tomar la decisión de adquirir este seguro o comuníquese directamente con nosotros para hacernos preguntas.

### ¿POR QUÉ LA ESCUELA PARTICIPA EN ESTA OFERTA?

Los estudiantes son especialmente susceptibles a las lesiones accidentales. Este plan ayudará a brindar cobertura para los gastos que no están cubiertos por su cobertura familiar médica o dental.

### ¿QUÉ CLASE DE SEGURO ES ESTE?

Este es un seguro contra lesiones corporales accidentales que se produzcan durante el plazo de vigencia de la cobertura. Las enfermedades como infecciones en los oídos o dolores de garganta no están cubiertas.

### ¿QUIÉN DEBERÍA CONSIDERAR LA CONTRATACIÓN DE ESTE SEGURO?

1. Todas las familias que no cuentan con otra cobertura de salud.
2. Familias que cuentan con otra cobertura médica o dental que tiene deducibles, copagos o coseguro. Nuestra póliza incluye beneficios para los gastos adicionales de su otra cobertura de salud. (Esta cobertura es primaria en MT y NC después del deducible, y en ID, IL)

### CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

1. Notifique a la escuela y obtenga inmediatamente un formulario de reclamación. La escuela completará la Parte A del formulario de reclamación si es una lesión escolar.
2. Los padres completan la Parte B del formulario de reclamación. **Responda todas las preguntas.**
3. Primero, envíe copias de las *facturas pormenorizadas* a la cobertura familiar médica y dental del estudiante, incluso si hay un deducible alto. El otro plan de seguro enviará un informe denominado Explicación de los beneficios (Explanation of Benefits, EOB). Este plan es complementario a toda otra cobertura válida. ¡Primero se debe presentar la reclamación con la otra cobertura! (La cobertura es complementaria en KS, primaria en MT y NC después del deducible, y en ID, IL) Este plan **NO** cubre penalizaciones impuestas por no usar a los proveedores preferidos o designados por la cobertura primaria. (En KS, la penalidad no aplica)
4. Envíe el formulario de reclamación completo, copias de las facturas pormenorizadas del estudiante y la EOB a:  
STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC.  
PO BOX 196 • STILLWATER, MN 55082
5. No puede tramitarse reclamación alguna si no se han proporcionado **todos los documentos anteriormente** mencionados.

NOTA: El estudiante debe haber sido tratado por un médico autorizado para ejercer dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la lesión. La evidencia de la reclamación debe enviarse dentro de los 90 días posteriores a la fecha del accidente o dentro de un período razonable después de este, el cual no deberá exceder de un año. Las facturas pormenorizadas deben enviarse dentro de los 90 días posteriores a la fecha del tratamiento o dentro de un período razonable después de este, el cual no deberá exceder de un año. La póliza es responsable únicamente por los gastos incurridos dentro de un año. (En NC, las facturas pormenorizadas deben enviarse dentro de los 180 días posteriores a la fecha del tratamiento, el cual no deberá exceder de un año)

Aquí se ofrece una breve descripción de algunas de las características importantes de la póliza de seguro. No es la póliza de seguro en sí ni la representa. La explicación completa de los beneficios, las excepciones y las limitaciones se incluyen en el Formulario de la Póliza de Seguro Grupal por Accidente GA-2200Ed.11-16 (y todas las especificaciones por estado) y los adjuntos que correspondan. Esta póliza es un seguro de accidentes a plazo (excepto en ID) y no es renovable. Es posible que este producto no se encuentre disponible en todos los estados y esté sujeto a regulaciones específicas de cada estado. La póliza base es emitida a su distrito escolar/escuela. Es posible obtener una copia del Aviso de privacidad y del Certificado de cobertura (donde aplique) en el sitio web [www.sas-mn.com](http://www.sas-mn.com).

**¿TIENE PREGUNTAS?  
LLÁMENOS DE MANERA GRATUITA AL  
(800) 328-2739 O (651) 439-7098**

Suscrito por

**Ameritas**   
Ameritas Life Insurance Corp.  
Lincoln, Nebraska

# SOBRE DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES

## CÓMO INSCRIBIRSE

1. Seleccione la cobertura deseada entre las opciones detalladas anteriormente. La prima no puede prorratearse. Hay dos opciones de inscripción y pago.
2. Complete el Formulario de inscripción e incluya la prima (cheque pagadero a: STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC. o la información de pago de la tarjeta de crédito). Escriba el nombre del estudiante en el cheque. Envíe el pago de la prima con la información de inscripción solicitada y envíelo por correo a Student Assurance Services Inc. P.O. Box 196, Stillwater, MN 55082-0196; O
3. Complete el formulario de inscripción en línea en el sitio web de Student Assurance Services, Inc.: [www.sas-mn.com](http://www.sas-mn.com). El formulario en línea está disponible en "School Look-up" en la sección K-12.
4. Asegúrese de conservar este folleto y una copia del pago de la prima como comprobante del seguro. No recibirá una póliza ni una tarjeta de identificación. La póliza base es emitida a su escuela.

NOTA: Puede contratar este seguro en cualquier momento entre la fecha de entrada en vigencia y de vencimiento de la póliza base durante el año escolar en curso.

RECUERDE COLOCAR EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN LLENADO CON EL PAGO DE LA PRIMA (CHEQUE O INFORMACIÓN CON SU TARJETA DE CRÉDITO) EN EL SOBRE PROVISTO. ENVIAR POR CORREO A:

**Student Assurance Services, Inc.**  
P.O. Box 196, Stillwater, MN 55082-0196

A fin de que la cobertura entre en vigencia, envíe este formulario de inscripción completado lo más pronto posible.

FECHA DE RECEPCIÓN \_\_\_\_\_



## SOBRE DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES

↑ APELLIDO DEL ESTUDIANTE ↑
(una letra en cada casilla)

PRIMER NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE \_\_\_\_\_

Escriba en letra de imprenta  
 Dirección \_\_\_\_\_ (Calle)  
 \_\_\_\_\_ (Ciudad) \_\_\_\_\_ (Estado) \_\_\_\_\_ (Código postal)

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_  
 Nombre de la escuela \_\_\_\_\_  
 Nombre del distrito \_\_\_\_\_  
 Edad del estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 X \_\_\_\_\_ (Firma del padre, madre o tutor legal) \_\_\_\_\_ (Fecha)

GAA-2203Ed. 11-16

### PLANES DE COBERTURA

Primas anuales únicas de la póliza

	<b>Cobertura de tiempo completo</b> (NO incluye Cobertura de deportes interescolares)	<input type="checkbox"/> \$ 99
	<b>Cobertura de tiempo completo Y cobertura para deportes interescolares</b> (NO incluye fútbol americano de 9.º a 12.º grado)	<input type="checkbox"/> \$ 174
	<b>Cobertura de tiempo escolar</b> (NO incluye Cobertura de deportes interescolares)	<input type="checkbox"/> \$ 16
	<b>Cobertura de tiempo escolar Y cobertura para deportes interescolares</b> (no incluye fútbol americano de 9.º a 12.º grado)	<input type="checkbox"/> \$ 91
	<b>Cobertura de fútbol americano</b> (de 9.º a 12.º grado)	<input type="checkbox"/> \$ 250
	<b>Cobertura dental extendida</b> (de PK a 12.º grado)	<input type="checkbox"/> \$ 9

NO ENVÍE EFECTIVO

TOTAL DE LA PRIMA

Extienda los cheques a nombre de: **STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC.**  
 \* Escriba el nombre del estudiante en el anverso del cheque. **NO ES REEMBOLSABLE**

FECHA DE RECEPCIÓN POR LA ESCUELA \_\_\_\_\_  
(Debe fecharlo un empleado de la escuela) J-1511-1513

## FORMULARIO DE PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO DEL SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES

INDIQUE LA PRIMA SELECCIONADA Y COMPLETE LA INFORMACIÓN SOLICITADA DE INSCRIPCIÓN AL DORSO DE ESTE FORMULARIO.

**Se agrega un Cargo por Procesamiento de \$5.00 a TODAS las transacciones realizadas con tarjeta de crédito (no se aplica a los residentes de IN, NC)**

Cargar \$ \_\_\_\_\_ + \$5.00 de Cargo por Procesamiento = \$ \_\_\_\_\_ a la siguiente tarjeta de crédito:  VISA®,  MasterCard®, o  Discover®

Número de tarjeta de crédito \_\_\_\_\_ Código de seguridad (al dorso de la tarjeta, 3 dígitos) \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento de la tarjeta (Mes) (Año) \_\_\_\_\_

Nombre del titular en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del titular \_\_\_\_\_

Dirección del titular \_\_\_\_\_ (Calle) \_\_\_\_\_ (Ciudad) \_\_\_\_\_ (Estado) \_\_\_\_\_ (Código postal)

Número de teléfono ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

GAA-2203Ed. 11-16

SEPARE - Coloque dentro del sobre

J-1511-1513