Seguro voluntario contra accidentes para estudiantes de kindergarten hasta 12.° grado

hasta $250,000

2026-2027

Los planes estan suscritos por

SPORTS INSURANCE SPECIALISTS

O icina de administracion A-G
Administrators LLC Valley Forge,
PA USA Telefono (610)933-0800
www.agadministrators.com

United States Fire Insurance Company

rf FAIRMONT SPECIALTY

I of IV Crva A toUtt

Seguro contra accidentes para estudiantes de kindergarten hasta 12.° grado

Pueden ocurrir accidentes inesperados

Este folleto explica cómo puede obtener protección contra determinados eventos inesperados. Nuestros planes están diseñados para ayudarlo a complementar cualquier seguro que posea al satisfacer los requisitos de los deducibles o copagos, o limitar los posibles impactos financieros de una lesión si no tiene otro seguro. Recuerde que cuanto más activo(a) sea su hijo(a), más valiosa puede ser esta cobertura.

Elija su plan de cobertura

Cobertura las 24 horas (accidentes únicamente) – Este plan le brinda cobertura permanente a su hijo(a) las 24 horas del día, mientras está en la escuela, en su casa o en otro lugar. La cobertura se proporciona desde la fecha de vigencia de la cobertura del estudiante asegurado por la cual A-G recibió una prima hasta el inicio del siguiente período escolar. **Excluye todos los deportes interescolares.** ($90.00)

Cobertura en horario escolar (accidentes únicamente) – Este plan le brinda cobertura a su hijo(a) mientras él o ella se encuentra en las instalaciones de la escuela, durante los días de clase o el horario escolar y al asistir a las actividades patrocinadas o supervisadas por la escuela, que incluyen viajes directos sin interrupciones entre la residencia del estudiante y la escuela o actividad, con el transporte suministrado por la escuela. La cobertura se proporciona desde la fecha de vigencia de la cobertura del estudiante asegurado por la cual A-G recibió una prima hasta el inicio del siguiente período escolar. **Excluye todos los deportes interescolares.** ($22.50)

Descripción de beneficios

Beneficio	Cobertura las 24 horas/ Cobertura en horario escolar
Los beneficios se proporcionan para todos los estudiantes inscritos del Titular de la póliza para quienes se ha pagado la prima.	
Beneficio máximo:	$250,000; $15,000 a pagar según lo indicado más abajo, franquicia de $15,000 a pagar al 100% Cargos usuales, razonables y acostumbrados (UCR, por sus siglas en inglés)
Deducible:	$0
Período de beneficio:	52 semanas
Servicios hospitalarios	
Comida y alojamiento diarios: Habitación semiprivada	$300 por día
Servicios hospitalarios diversos: Durante la hospitalización	$3,000
Cuidados intensivos: Durante una internación en una unidad de cuidados intensivos	$700 por día, sin exceder los 10 días
Cargos de la sala de emergencias: Cuando no se requiere una hospitalización	$400 máximo
Cargos de la sala de emergencias: Si se requiere una cirugía ambulatoria, el máximo se aumenta hasta (A continuación se muestran los beneficios a pagar además de los rayos X y los servicios del cirujano).	$1,500 máximo
Servicios médicos	
Cirugía: incluye el cuidado pre y posoperatorio*	$170 valor unitario
Anestesia:	40% del beneficio pagado por cirugía
Cirujano asistente:	40% del beneficio pagado por cirugía
Visita del médico: excepto fisioterapia o tratamiento similar que no se paga además del beneficio por cirugía	100% UCR
Cargos del médico no cirujano en la sala de emergencias	$70 por visita
Segunda opinión quirúrgica, consulta y especialistas	$150 de beneficio agregado
Servicios de laboratorio y rayos X	
(Excepto dentales e incluye el cargo por interpretación o lectura de rayos X.)*	$20 valor unitario
Laboratorio y rayos X: (cuando no se observa fractura)	$400 máximo
Servicios adicionales	
Fisioterapia o tratamiento similar: incluye diatermia, ultrasonido, microtermia, manipulación, masajes y calor	$50/Tratamiento Máximo de $500
Enfermera registrada:	100% UCR
Transporte en ambulancia: (Terrestre únicamente)	$300 máximo
Aparatos ortopédicos: cuando son solicitados por el médico a cargo	$500 máximo
Medicamentos para pacientes ambulatorios: administrados en el consultorio del médico o mediante una receta	100% UCR
Dental (incluye rayos X): para tratamiento, reparación o reemplazo de cada pieza dental dañada que estaba sana y en estado natural al momento de la lesión	$200 por pieza dental
Anteojos, lentes de contacto: Reemplazo de lentes de contacto, marcos o lentes dañados debido a una lesión cubierta	$100 máximo
Beneficio por muerte accidental	$2,500
Desmembramiento accidental, pérdida de la vista	$20,000
*** De acuerdo con los Estudios de Valores Relativos de California Revisados en 1974, 5.° Adición, usando un factor de conversación.**	

Exclusiones de la póliza

Los beneficios no se pagarán cuando la pérdida de una persona cubierta:

(1) esté causada por o resulte de las propias acciones de la persona cubierta que:
   (a) Se autolesione intencionalmente, se suicide o cometa cualquier intento al respecto. (En Misuri esto se aplica únicamente mientras la persona está sana);
   (b) Se autoadministre voluntariamente cualquier medicamento o sustancia química no recetada ni tomada de acuerdo con las indicaciones de un médico (la ingestión accidental de una sustancia venenosa no está excluida);
   (c) Encargue o intente cometer un delito grave;
   (d) Participe en un disturbio o una rebelión;
   (e) Conduzca bajo la influencia de una sustancia controlada a menos que sea administrada bajo las indicaciones de un médico; o
   (f) Conduzca estando intoxicada. El significado de la palabra "intoxicada" estará determinado por las leyes en la jurisdicción del área geográfica donde ocurra la pérdida;

(2) Esté causada por o resulte de:
   (a) Una guerra declarada o no declarada o un acto de guerra;
   (b) Un accidente que ocurre mientras la persona cubierta está en servicio activo en cualquiera de las Fuerzas Armadas. (El servicio activo de Reserva o Guardia Nacional para entrenamiento no está excluido a menos que se extienda más de 31 días);
   (c) Aviación, excepto lo previsto específicamente en este Certificado;
   (d) Dolencia, enfermedad, debilidad física o mental o tratamiento médico o quirúrgico de los mismos, infección bacteriana o viral, independientemente de cómo fue contraída. Esto no incluye la infección bacteriana que sea el resultado natural y previsible de una lesión corporal externa accidental o de una intoxicación alimentaria accidental.
   (e) Reacción nuclear o liberación de energía nuclear. Sin embargo, esta exclusión no se aplicará si la pérdida se experimenta a 180 días del incidente inicial y:
      (i) La pérdida fue causada por el incendio, calor o explosión u otro traumatismo físico que se produjo a causa de la liberación de energía nuclear; y
      (ii) La persona cubierta se encontraba en un radio de 25 millas del sitio de la liberación de energía:
         1) En el momento de la liberación de energía; o
         2) Dentro de las 24 horas del inicio de la liberación de energía.

No se pagarán beneficios por:

1. Chequeos médicos normales
2. Cuidado o tratamiento dental distinto del cuidado de piezas dentales sanas y en estado natural requerido debido a una lesión causada por un accidente mientras la persona está cubierta bajo este Certificado y el cuidado o tratamiento se haya practicado dentro de los 6 meses del accidente;
3. Servicios o tratamientos prestados por un médico, enfermero o cualquier otra persona que sea:
   a. Empleada o contratada por el titular del certificado; o
   b. La persona cubierta o un miembro de su familia directa;
4. Cargos que:
   a. La persona cubierta no tendría que pagar si no tuviera seguro; o
   b. Superan los cargos usuales, razonables y acostumbrados.
5. Una lesión causada por un vuelo en:
   a. Un avión, excepto como un pasajero que pagó su boleto;
   b. Una nave espacial o cualquier nave diseñada para la navegación por encima o más allá de la atmósfera de la Tierra; o
   c. Un ultraliviano, ala delta, paracaídas o salto con cable elástico;

6. Viaje en:
    a. Un vehículo para la nieve;
    b. Cualquier vehículo motorizado de dos o tres ruedas;
    c. Cualquier vehículo motorizado todo terreno que no requiera licencia como vehículo motorizado;
7. Cualquier accidente donde la persona cubierta sea la conductora del vehículo motorizado y no posea una licencia válida y actualizada como conductor del vehículo motorizado;
8. Aquella parte del gasto médico que debe pagar la póliza del seguro del automóvil independientemente de la falta. (No se aplica en cualquier estado donde se prohíba);
9. Una lesión que sea: a. Resultado de una intoxicación de la persona cubierta. (El significado de la palabra "intoxicación" estará determinado por las leyes en la jurisdicción del área geográfica donde ocurra la pérdida); o
    a. Causada por cualquier narcótico, droga, veneno, gas o humo que la persona haya tomado, ingerido, absorbido o inhalado, salvo bajo indicación de un médico;
10. Cualquier enfermedad, excepto la infección que se produce debido a un corte o una herida accidental o las pruebas de diagnóstico o tratamiento, o la ingestión de comida contaminada;
11. Una lesión que resulte de la participación o la práctica de esquí, hockey sobre hielo, lacrosse, fútbol o fútbol americano no patrocinados por la escuela;
12. La práctica o el juego en actividades deportivas, que incluye el traslado hacia y desde la actividad y la práctica, excepto lo previsto específicamente en este Certificado;
13. Gastos en la medida que sean pagados o pagaderos bajo otro seguro válido y cobrable o plan prepago médico;
14. Sangre o plasma sanguíneo, excepto los cargos de un hospital por el procesamiento o la administración de la sangre;
15. Tratamiento o cirugía opcional, tratamiento de salud, o examen donde no hay lesiones;
16. Lesión ocurrida en el servicio de las fuerzas armadas de cualquier país. Cuando la persona cubierta ingresa a las fuerzas armadas de cualquier país, reintegramos la prima a prorrata no devengada previa solicitud;
17. Anteojos, lentes de contacto, audífonos, aparatos ortopédicos, o exámenes o recetas para los mismos;
18. Tratamiento en cualquier Hospital Federal o Administración de Veteranos, excepto si existe una obligación legal de pagar;
19. Tratamiento de los trastornos de la articulación temporomandibular que incluyen la instalación de coronas, pónticos, puentes o pilares, o la instalación, mantenimiento o extracción de aparatos oclusales o de ortodoncia o terapia de equilibrio;
20. Cirugía estética, excepto la cirugía reconstructiva en una parte del cuerpo enferma o lesionada;
21. Cualquier pérdida cubierta por la compensación de accidentes laborales estatal o federal, la responsabilidad del empleador, la ley de enfermedad ocupacional o leyes similares;
22. La reparación o el reemplazo de prótesis existentes, aparatos ortopédicos o dispositivos ortóticos;
23. La reparación o el reemplazo de dentaduras existentes, aparatos o puentes fijos o extraíbles;
24. Servicios y suministros proporcionados por la Enfermería, sus empleados, o los médicos que trabajan para la escuela;
25. Gastos contraídos por un accidente después del período de beneficios que se muestra en el Programa de beneficios; o
26. Hernia de cualquier tipo; o cualquier infección bacteriana que no sea causada por un corte o una herida accidental.
27. Cura de reposo o cuidado supervisado;
28. Los medicamentos recetados excepto lo previsto específicamente en este Certificado:
29. Aparatos ortopédicos que se usan principalmente para proteger una lesión de modo que un estudiante cubierto pueda participar en deportes interescolares o intercolegiales;

Cómo inscribirse

1. Determine en qué plan de cobertura desea inscribir a su hijo(a) - Cobertura las 24 horas o cobertura en horario escolar.
2. Complete el siguiente Formulario de inscripción, adjunte en un sobre un cheque o un giro postal pagadero a la Compañía por el monto correcto y envíelo a A-G Administrators LLC PO Box 824936 Lock Box # 824936 Philadelphia, PA 19182-4936
3. Extienda los cheques a nombre de UNITED STATES FIRE INSURANCE COMPANY c/o A-G Administrators LLC
4. Enviar por correo a A-G Administrators LLC. El talón de su cheque o giro postal cancelado será su recibo y confirmación de pago. Escriba el nombre del estudiante y el nombre de la escuela en el cheque.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA ESTUDIANTES VOLUNTARIOS INDIVIDUALES
COBERTURA DE ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES DE
UNITED STATES FIRE INSURANCE COMPANY

APELLIDO DEL ESTUDIANTE (una letra por casillero)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE

Edad: _____ **Grado:** _____ **N.° de teléfono:** _____

Fecha de nacimiento: _____ **Sexo: Masculino** ☐ **Femenino** ☐

Dirección _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código postal** _____

Nombre de la escuela _____

Distrito escolar _____

X _____ **Fecha:** _____
Firma del padre o tutor (Obligatoria)

Planes de accidentes para estudiantes voluntarios individuales

COBERTURA LAS 24 HORAS

☐ **$90.00 por estudiante**

COBERTURA EN HORARIO ESCOLAR

☐ **$22.50 por estudiante**

Período de cobertura

Las personas que solicitan la cobertura estarán cubiertas a partir de la fecha de recepción de la prima, pero en ningún caso antes del inicio de las actividades escolares. La cobertura finaliza al cierre del período escolar regular, excepto la cobertura de 24 horas, que continúa hasta la reapertura de la escuela para el período de otoño. Usted puede inscribirse en cualquier momento, pero las primas no se prorratean.

Preguntas y respuestas

P. ¿Esta póliza es de cobertura primaria o secundaria?

R. Esta póliza es primaria, lo que significa que A-G pagará los gastos médicos válidos sin considerar cualquier otro plan de seguro válido y cobrable.

P. ¿Podemos comprar la póliza en cualquier momento durante el año?

R. Sí, usted puede contratar la cobertura para su hijo(a) en cualquier momento durante el año escolar. Sin embargo, no se realizará el prorrateo de la prima para la inscripción que efectúe después de la fecha de vigencia de la póliza. Cuanto antes se inscriba, más aprovechará su hijo(a) la cobertura.

P. ¿Esta póliza realizará pagos si nuestro otro seguro tiene un deducible?

R. Sí, los beneficios se pagan sin tener en cuenta su otro seguro.

Cómo presentar un reclamo

1. Obtenga un formulario de reclamo por accidente a través de la oficina de su escuela o A-G Administrators LLC. Responda todas las preguntas y firme todos los campos requeridos.
2. Adjunte todas las facturas desglosadas y la explicación de los beneficios al formulario de reclamo y envíelos por correo o por fax a la dirección del Administrador indicada en el formulario de reclamo.
3. Los reclamos por beneficios se deben presentar en un plazo de 90 días a partir de la fecha del accidente. Se necesita solamente un formulario de reclamo por accidente.

Nota importante

Este folleto es un resumen del plan de seguro tal como se especifica en el formulario de la póliza (BA-50000P-USF) que se conserva en el archivo de la escuela. Este folleto está sujeto a los términos y las condiciones de la Póliza, que contiene todos los beneficios, limitaciones y exclusiones suscritos por United States Fire Insurance Company. Esta cobertura puede no estar disponible en todos los estados y los términos y las condiciones de la Póliza pueden variar según el estado. En caso de una discrepancia, prevalecerá la Póliza.