

2026–2027

Accidente estudiantil y Seguro de enfermedad

Los gastos inesperados de atención médica pueden ser un problema grave para las familias. Este seguro puede ayudar a aliviar los costos inesperados asociados a un accidente o lesión.

**¡Myers-Stevens & Toohey
pueden ayudar!**

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. 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.



Organizado y administrado por



563.Vol
OR

Determinar el cobertura (o coberturas) que usted quiere comprar

Los coberturas* en los que aparece  incluyen una mejora en el beneficio para conmoción cerebral.

Consulte la siguiente página para conocer los detalles

Cobertura por accidente y enfermedad

Cubre lesiones y enfermedades sufridas que comiencen en cualquier parte del mundo, 24 horas al día, mientras el estudiante esté asegurado bajo esta cobertura del año escolar (incluidos los deportes interestrescolares, **excepto los tacles de fútbol americano de la escuela secundaria**). Esta cobertura no cubre la atención de rutina o preventiva.

Los beneficios son pagaderos de acuerdo con la "Descripción de beneficios" hasta \$50,000 por enfermedad cubierta y \$200,000 por accidentes cubiertos.

Existe un deducible de \$50 por accidente cubierto o enfermedad cubierta.

Puede asistir a cualquier médico u hospital, pero la utilización de los proveedores contratados por First Health puede reducir los gastos directos. Llame al 800-266-5116 o inscribese en www.myfirsthealth.com para encontrar al proveedor más cercano. La cobertura comienza a las 11:59 p. m. del día en que Myers-Stevens & Toohey Co., Inc. (de aquí en adelante llamada "la compañía") reciba el formulario de inscripción completado y 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 2027, lo que ocurra primero, siempre y cuando se hayan realizado los pagos.

NOTA: La participación en campamentos o clínicas comerciales podría estar.

1er pago: \$208



(Cubre el resto del mes en el cual usted se inscribe y 1 mes adicional)
Pagos subsiguientes: \$169 por mes, facturados cada 2 meses

Accidentes interestrescolares por tacles de fútbol americano

En estas coberturas pueden inscribirse los estudiantes (9-12 grado). Cubre lesiones provocadas por accidentes que ocurran:

- Durante prácticas o juegos de actividades interestrescolares de tacles de fútbol americano 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 del recinto escolar para realizar este tipo de actividades, siempre que el viaje esté organizado y bajo la supervisión de la escuela.

La cobertura comienza a las 11:59 p. m. del día en que la compañía recibe el formulario completado y la prima. La cobertura finaliza a las 11:59 p. m. del último día de clases normales del año escolar 2026-2027.

NOTA: La participación en campamentos o clínicas comerciales no está cubierta bajo estas coberturas. Consulte las coberturas "De tiempo completo 24/7" (Full-Time 24/7). Practicar o jugar al fútbol debe realizarse bajo las regulaciones y la jurisdicción del organismo aplicable que dirige el deporte.



Niveles de beneficios:	Alto	Bajo
Tarifas por año escolar:	\$338	\$180

Cobertura de accidentes de tiempo completo las 24 horas, los 7 días de la

Los estudiantes (P-12 grados y empleados de la escuela) pueden inscribirse en estas coberturas. Cubre lesiones provocadas por accidentes que ocurran las 24 horas del día, en cualquier parte del mundo mientras se participe en todos los deportes interestrescolares, **excepto los tacles de fútbol americano de escuela secundaria**.

La cobertura comienza a las 11:59 p. m. del día en que la compañía recibe el formulario completado y la prima. La cobertura finaliza a las 12:01 a. m. del día en que la escuela comienza regularmente las clases programadas del año escolar 2027-2028.

NOTA: La participación en campamentos o clínicas comerciales podría estar cubierta bajo estas coberturas.



Niveles de beneficios:	Alto	Bajo
Tarifas por año escolar:	\$317	\$165

Cobertura de accidentes durante el horario escolar

En estas coberturas pueden inscribirse los estudiantes (P-12 grados). Cubre lesiones provocadas por accidentes que ocurran:

- En las instalaciones escolares durante el horario y los días en los que se dictan clases normales en la escuela, incluida una hora inmediatamente después de las clases normales, mientras se permanezca continuamente en las instalaciones escolares
- Al participar o asistir a las actividades patrocinadas y directamente supervisadas por la escuela, incluidas las actividades atléticas y de fútbol americano de primavera sin contacto (**excepto actividades interestrescolares de tacles de fútbol americano en escuelas secundarias**)
- Al viajar directamente y sin interrupción: hacia o desde la casa a la escuela para asistir a clases regularmente; o desde la escuela a un sitio ubicado fuera del recinto escolar para participar en actividades patrocinadas y directamente supervisadas por la escuela, siempre y cuando el viaje esté organizado y bajo la supervisión de la escuela; y mientras se viaje en vehículos escolares en cualquier momento.

La cobertura comienza a las 11:59 p. m. del día en que la compañía recibe el formulario completado y la prima. La cobertura finaliza a las 11:59 p. m. del último día de clases normales del año escolar 2026-2027.

NOTA: La participación en campamentos o clínicas comerciales no está cubierta bajo estas coberturas. Consulte las coberturas "De tiempo completo 24/7" (Full-Time 24/7).



Niveles de beneficios:	Alto	Bajo
Tarifas por año escolar:	\$77	\$39

Accidentes dentales (Máximo de \$75,000)

En estas coberturas pueden inscribirse los estudiantes (P-12 grados). Cubre lesiones provocadas en los dientes por accidentes que ocurran las 24 horas del día, los 7 días de la semana 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 y habituales para el tratamiento de dientes lesionados, incluida la reparación de fundas o coronas existentes. No pagamos por daños o pérdidas de dentaduras o puentes o daños en la ortodoncia actual.

La cobertura proporciona un "Período de beneficio" de beneficios dentales de accidentes durante 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.

La cobertura comienza a las 11:59 p. m. del día en que la compañía recibe el formulario completado y la prima. La cobertura finaliza a las 12:01 a. m. del día en que la escuela comienza regularmente las clases programadas del año escolar 2027-2028.

\$16 comprado por separado

\$12 cuando se suma a cualquier cobertura comprado



*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).

Determinar el nivel de beneficio que mejor se adapta a sus necesidades

(Se aplica a todos los coberturas excepto el accidentes dental)

Pagaremos los beneficios por las lesiones cubiertas sufridas o las enfermedades cubiertas que comiencen mientras el asegurado esté bajo esta cobertura anual escolar. Los beneficios pagaderos se basarán en los cargos usuales y habituales 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 médicamente necesarios 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. La persona cubierta puede ir a cualquier proveedor que elija.

Puede llevar a su hijo a cualquier proveedor de su elección; sin embargo, si busca tratamiento a través de un proveedor contratado de *First Health* se pueden reducir sus gastos directos. Para encontrar a los proveedores médicos participantes de *First Health* que están más cerca de usted, llame al 800-226-5116 o ingrese en www.myfirsthealth.com.



MEJORA EN EL BENEFICIO PARA CONMOCIÓN CEREBRAL: Cuando se diagnostica a un estudiante con una conmoción cerebral como consecuencia de una lesión que sufrió al participar en una Actividad Cubierta, y por consiguiente se prohíbe su participación en deportes interescolares según el protocolo formal de la escuela sobre las conmociones cerebrales, el 100 % de los beneficios por el tratamiento de esta lesión se pagan con los cargos usuales, habituales y razonables sin deducible, sujeto a todos los demás términos y condiciones del cobertura.

Niveles de beneficios cubiertos	Opción baja	Opción alta	Cobertura de Accidentes y Enfermedades para Estudiantes
Nombre del cobertura	MÁXIMOS POR accidente		
Cobertura de Accidentes por Tacles de Fútbol Americano	\$25,000	\$50,000	Máximo de \$50,000 por enfermedad
Cobertura de Accidentes de Tiempo Completo las 24 horas, los 7 días de la semana	\$50,000	\$150,000	Máximo de \$200,000 por accidente
Cobertura de Accidentes durante el Horario Escolar	\$25,000	\$50,000	
Deducible (desapareciendo) por accidente o enfermedad cubierta	\$0		\$50
Gastos cubiertos	MÁXIMOS DE LOS BENEFICIOS		MÁXIMOS DE LOS BENEFICIOS
Cuarto o sala de hospital. Pagado hasta	60 %	100 %	80 %
Varios cargos del hospital por pacientes internados	\$600/día	\$1,600/día	80 % a \$4,000/día
Unidad de cuidados intensivos. Pagado hasta	\$1,500/día	\$2,500/día	80 %
Sala de emergencias del hospital (sala y suministros) incurridos dentro de las 72 horas de ocurrida una lesión	100%		100%
Cargos por médico de la sala de emergencias			
Procedimientos quirúrgicos ambulatorios (sala y suministros)	\$600	\$1,500	80 % a \$5,000
Examen y tratamiento médicos no quirúrgicos/telemedicina (excepto la terapia física)	50 % a \$12,000 90 % a \$12,000		80 %
Primera consulta			
Cada consulta de seguimiento			
Consulta (cuando es derivado por el médico tratante)			
Servicios del cirujano	25 % de asignaciones quirúrgicas		80 % a \$2,000
Servicios del asistente del cirujano			
Servicios del anestesiista			
Fisioterapia (se incluyen las consultas relacionadas) cuando lo indica un médico	\$40/Consulta a \$500	\$60/Consulta a \$700	80 %
Exámenes de radiografías (incluidas las lecturas)	60 % a \$500	90 % a \$500	80 %
Diagnósticos por imagen IRM, Exploraciones CAT	80 % a \$600	80 % a \$1,000	100 %
Ambulancia (desde el lugar del siniestro cubierto directamente hasta el hospital)	100 %		80 %
Procedimientos de laboratorio, servicios de enfermeras registradas, aparatos ortopédicos de rehabilitación	60 %	100 %	80 % a \$1,000
Equipo médico duradero	60 % a \$400	100 % a \$800	80 %
Medicamentos recetados de pacientes ambulatorios (solo para lesiones)	60 %	100 %	80 %
Servicios dentales (incluidas las radiografías dentales) para el tratamiento por un accidente cubierto	60 %	90 %	80 % a \$750
Reemplazo de anteojos (para el reemplazo de los marcos o cristales de anteojos dañados por un accidente cubierto que requiera tratamiento médico)	100 % a \$750		\$500
Empeoramientos o nueva lesión de una lesión existente	\$500		

Beneficios por muerte accidental, desmembramiento, pérdida de la visión, parálisis y asesoramiento psiquiátrico o psicológico

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, nosotros pagaremos el beneficio establecido ante una pérdida con estas características. Solamente una vez, un beneficio así (el más importante) pagará por todas las pérdidas por accidentes de esta magnitud.

- Muerte accidental \$10,000
 - Desmembramiento único o pérdida total de la vista en un ojo \$25,000
 - Desmembramiento doble o pérdida total de la vista en ambos ojos o paraplejía, hemiplejía o cuadriplejía \$50,000
- Asesoramiento. Además de los beneficios AD&D, pagaremos el 100% de los gastos usuales, comunes y razonables por el asesoramiento psiquiátrico y psicológico necesarios después del desmembramiento cubierto, la pérdida de la visión o la parálisis hasta \$5,000

Elija su propio médico y hospital

Instrucciones

Formulario de solicitud de cobertura 2026 - 2027

Gracias por inscribir a su hijo. Para evitar demoras en la cobertura, siga los 3 pasos sencillos que se describen a continuación:

- 1 Seleccione** el (los) cobertura(s) que desea comprar:
 - El cobertura de Accidentes y Enfermedad para Estudiantes (Student Accident & Sickness) proporciona nuestro nivel de cobertura más alto.
 - Nuestros coberturas de Accidentes (Accident coberturas) pueden comprarse en forma individual o combinados con cobertura adicional (por ejemplo, Accidentes de Tiempo Completo + Dental)
- 2 Complete** y despegue el formulario de inscripción que se encuentra en el reverso o puede inscribirse por Internet (ver más abajo). Tenga en cuenta que no podemos aceptar inscripciones por teléfono.
- 3 Compre y devuelva**

 **HAGA CLIC AQUÍ** para solicitar en línea y recibir una confirmación INMEDIATA!

Aceptamos VISA y Mastercard

Si la inscripción en línea no está disponible, puede hacer lo siguiente:



Envíe por fax ambos lados del Formulario de inscripción completado al (949) 348-2630. Puede pagar con tarjeta de crédito completando el área de pago en el reverso. No podemos aceptar órdenes de pago por fax.



Envíe por correo ambos lados del Formulario de inscripción completado en el sobre adjunto. Puede pagar con tarjeta de crédito llenando el área de pago en el reverso o adjuntar un cheque o una orden de pago pagaderos a Myers-Stevens & Toohey Co., Inc.

NO ENVIAR DINERO EN EFECTIVO

NUESTRO MEJOR COBERTURA

Cobertura por accidente y enfermedad

1er Pago ☐ \$208

Se le cobrarán \$338 cada 2 meses a partir de ese momento.

Coberturas de accidentes

(Pagos únicos durante el año escolar entero)

COBERTURAS:	Opción alta	Opción baja
Solo tacles de fútbol americano	☐ \$338	☐ \$180
Tiempo completo (24/7)	☐ \$317	☐ \$165
Horario escolar	☐ \$77	☐ \$39
Accidentes Dentales	☐ \$16 comprado por separado ☐ \$12 cuando se suma a cualquier cobertura comprado	

Cantidad total adeudada \$

Nombre en letra imprenta del padre o tutor

Me inscribo para recibir la cobertura elegida a continuación. Entiendo que las primas no pueden ser devueltos o convertidos.

Advertencia: Cualquier persona que, voluntariamente y con la intención de estafar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa o que oculte, con el objetivo de engañar, información con respecto a cualquier hecho de importancia para dicha solicitud o declaración, puede estar sujeta a acciones legales por fraude a compañías aseguradoras.

X

Firma del padre o tutor

Fecha

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

Completar toda la información requerida (en letra de imprenta) y devolver a Myers-Stevens & Toohey Co., Inc.

Primer nombre del estudiante	Apellido	
Fecha de nacimiento del estudiante		
Dirección postal	Dto. N.	
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono de los padres durante el día:		
Dirección de correo electrónico de los padres:		
Nombre del distrito		
Nombre de la escuela	Grado	

Forma De Pago

Nota: Recargo de \$25.00 por servicio por los cheques devueltos y tarjetas de crédito rechazadas.

- ☐ **Cheque/orden de pago** (Pagaderos a: Myers-Stevens & Toohey Co., Inc.) **O**
☐ **Mastercard® o Visa®**



Importante: si paga con tarjeta de crédito, complete a continuación. El cargo aparecerá como "MYERS-STEVENS & TOOHEY 800-827-4695 CA" en su extracto.

----------------------	----------------------	----------------------

Número de la Tarjeta

\$

Cantidad

FECHA DE VT.
M. AÑO.

----------------------	----------------------

de control
de 3 cifras

Escriba el nombre del Poseedor de la Tarjeta

Zona Postal

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

X

Firma del Poseedor de la Tarjeta

Opcion De Carga Automaticamente

Al escribir mis iniciales aquí _____, por el presente autorizo a Myers-Stevens & Toohey para que realice un cargo de \$338 a la tarjeta de crédito mencionada anteriormente, más un cargo por procesamiento de 3%, el día 5 del mes en que mi pago sea adeudado. Esta autorización permanecerá en efecto para el año escolar 2026/2027 hasta que notifique por escrito a Myers-Stevens & Toohey con anterioridad a la siguiente fecha de pago

Preguntas frecuentes...

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

Nuestros coberturas pueden ampliar la selección de proveedores para su hijo que tiene a su disposición, y pueden ayudar a cubrir deducibles, copagos y otros gastos directos.

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

Haga clic AQUÍ para inscribirse en línea y recibirá de inmediato una prueba de cobertura tan pronto como su pago sea procesado.

Si mi hijo no tiene otro seguro ¿qué me conviene más?

A menos que necesite cobertura para fútbol americano de atajo en la escuela secundaria, el cobertura de Accidentes y Enfermedades para Estudiantes es nuestra opción más amplia. La segunda mejor es el Accidentes a tiempo completo 24/7 con beneficios de "Opción alta".

Puedo llevar a mi hijo a cualquier médico u hospital?

SÍ! No obstante, sus gastos directos podrían ser menores si usara un proveedor contratado de First Health. Para encontrar a los proveedores médicos/participantes que están más cerca de usted, llame al **800-226-5116** o ingrese en www.myfirsthealth.com

Las tarifas de los coberturas que son solo para accidentes se pagan todos los meses?

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

Puede cubrirse el fútbol americano de atajo interescolar de secundaria?

SÍ! Pero solo bajo el cobertura de fútbol americano de atajo interescolar (Interscholastic Tackle Football). Se recomiendan los beneficios de la "Opción Alta".

Los coberturas de Fútbol americano de atajo interescolar (Interscholastic Tackle Football) de Horas de escuela (School-Time) cubren los campamentos y 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 Tiempo completo 24/7 (Full-Time 24/7) o de Accidentes y enfermedades (Student Accident & Sickness) para estudiantes. Llámenos para que le brindemos orientación!



Cómo presentar un reclamo

1. Informe sobre lesiones relacionadas con la escuela dentro de las 72 horas a la oficina de la escuela. Para encontrar el proveedor de *First Health* más cercano a su domicilio, llame al 800-226-5116 o regístrese en www.myfirsthealth.com.
2. Obtenga un formulario de reclamo de la escuela o la Compañía. Los formularios de reclamo deben presentarse ante la Compañía en el transcurso de los 90 días después de la fecha del primer tratamiento.
3. En el mismo momento, debe presentar un reclamo ante los otros agentes de seguro de enfermedad en la familia y/o de accidentes.
4. Siga TODAS las instrucciones del formulario de reclamo, adjunte todas las facturas enumeradas y envíelos a:



26101 Marguerite Parkway
Mission Viejo, CA 92692-3203
800-827-4695 • Fax 949-348-2630
claims@myers-stevens.com
CA License #0425842

La compañía de seguros

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

CHUBB®

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-11648b-OR. 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.

Exclusions

1. Lesión autoinfligida intencionalmente.
2. Suicidio o intento de suicidio.
3. Guerra o cualquier acto de guerra, independientemente de que sea declarada o no.
4. Participación en un motín, situación de alteración del orden público o refriega, excepto en caso de defensa propia.
5. Lesión o enfermedad a la que contribuya el consumo de alcohol o drogas, a menos que sean tomados en la dosis y para el propósito recetados por el médico de la Persona cubierta.
6. Dolencia, padecimiento, enfermedad física o mental, infección bacteriana o viral o tratamiento médico o quirúrgico de los mismos, salvo cualquier infección bacteriana surgida como consecuencia un corte o herida externa accidental o ingesta accidental de alimentos contaminados.

Además de las exclusiones anteriores, no pagaremos Beneficios de gastos médicos por accidente por ninguna pérdida, tratamiento o servicio que surjan de o a los que contribuyan los siguientes elementos:

1. Daños o pérdidas de dentaduras postizas o puentes, o daños a aparatos de ortodoncia existentes. Esta exclusión no se aplica a la atención de dientes y encías naturales y sanos requerida debido a una lesión derivada de un Accidente mientras la Persona cubierta esté asegurada en virtud de la Póliza.
2. Entrenamiento o juego de fútbol americano interescolar de secundaria (a menos que esté específicamente cubierto por la Póliza); deportes interuniversitarios; deportes semiprofesionales; y deportes profesionales.
3. Lesión o enfermedad cubierta por el Beneficio de indemnización por enfermedades o accidentes laborales, Leyes de responsabilidad del empleador o beneficios ocupacionales similares.
4. Tratamiento, servicios o suministros proporcionados por la enfermería de la Escuela o sus empleados, o por Doctores, médicos u Otros proveedores de atención médica que trabajan para la Escuela o que son empleados o contratados por la Escuela. Tratamiento por parte de personas empleadas o contratadas por el titular de la Póliza, o por cualquier Familiar inmediato o miembro del Hogar de la Persona cubierta.
5. Gastos médicos cubiertos por los cuales el Asegurado no sería responsable si no existiese esta Póliza. Cualquier exclusión de beneficios por gastos que el Asegurado no esté legalmente obligado a pagar no se aplica a los cargos cobrados por un Hospital propiedad del estado de Oregón u operado por este.
6. Trastornos mentales y nerviosos (salvo lo que se disponga en la Póliza).
7. Tratamiento de desprendimiento de retina (a menos que sea causado por una lesión), osteomielitis, o fracturas patológicas o hernia.
8. Cualquier gasto relacionado con epilepsias, trastornos convulsivos y debilidades congénitas.
9. Gastos que deben ser pagados por cualquier póliza de seguro de automóvil, independientemente de la culpa.
10. Cualquier gasto relacionado con el tratamiento de las amígdalas, adenoides, epilepsia, trastorno convulsivo o debilidad congénita.
11. El diagnóstico y tratamiento de verrugas, lunares y lesiones no malignas, acné o alergias, lo cual incluye pruebas de alergia.

Este seguro no se aplica en la medida en que alguna sanción comercial o económica o alguna otra ley o reglamento nos prohíba proporcionar un seguro, lo que incluye, entre otros, el pago de reclamaciones.

Requisitos y limitaciones

Los agravamientos de lesiones que no hayan ocurrido mientras estaba asegurado en virtud de esta cobertura se pagan hasta un beneficio máximo de \$500 por periodo de póliza. La primera Consulta médica debe realizarse dentro de los 180 días posteriores al momento en que ocurra el Accidente cubierto. Debe presentarse un formulario de reclamo ante Myers-Stevens & Toohey Co., Inc. dentro de los 90 días posteriores al momento en que ocurra el Accidente cubierto o tan pronto como sea razonablemente posible. La cobertura paga los gastos cubiertos asumidos dentro de un plazo de hasta un año a partir de la fecha de la primera Consulta médica. Sin embargo, si la lesión sufrida requiere la extracción de clavos quirúrgicos, tratamiento continuo para quemaduras graves o el tratamiento de una fractura sin consolidación o con consolidación defectuosa, el periodo de beneficios se extenderá a 104 semanas. Cada condición cubierta puede estar sujeta a un deducible, así que consulte los detalles de la cobertura.

Definiciones

"Accidente cubierto" significa un Accidente que ocurre mientras la cobertura esté vigente para un Asegurado y tenga como consecuencia una pérdida o Lesión cubierta por la Póliza por la cual se deben pagar beneficios. **"Lesión"** hace referencia al daño corporal accidental sufrido por un Asegurado que surge directamente e independientemente de todas las demás causas de un Accidente cubierto. La Lesión debe ser causada únicamente por medios accidentales. Todas las Lesiones sufridas por una persona en cualquier Accidente cubierto, incluidas todas las afecciones relacionadas y los síntomas recurrentes de estas lesiones, se consideran una sola Lesión. **"Cargos usuales y acostumbrados"** significa el monto promedio cobrado por la mayoría de los proveedores de tratamiento, servicio o suministros en el área geográfica donde se proporciona el tratamiento, servicio o suministro. **"Medicamento necesario" o "Necesidad médica"** significan los servicios o suministros proporcionados por un Hospital, Doctor u otro proveedor que son necesarios para identificar o tratar una Lesión y que, según lo determine la Compañía: 1) son acordes con el síntoma o el diagnóstico y tratamiento de la Lesión o Enfermedad; 2) son apropiados con respecto a los estándares de buenas prácticas médicas; 3) no están destinados únicamente para la conveniencia de la Persona cubierta; y 4) son el suministro o nivel de servicio más apropiado que se pueda proporcionar de manera segura. Cuando se aplica a la atención de un Paciente hospitalizado, significa además que los síntomas médicos o la afección de la Persona requieren que los servicios no puedan prestarse de manera segura como paciente ambulatorio. El hecho de que un Doctor pueda prescribir, autorizar o indicar un servicio no hace, por sí mismo, que sea Medicamento necesario o que esté cubierto por la Póliza. Compra o renta de 1) aires acondicionados; 2) purificadores de aire; 3) equipos de transporte motorizados; y 4) escaleras eléctricas o ascensores en casas particulares. Un servicio o suministro podría no ser Medicamento necesario si hubiera podido utilizarse una alternativa de diagnóstico o tratamiento menos intensiva o más apropiada. Podemos considerar el costo de la alternativa como el Gasto cubierto.

Disposición sobre excedentes

Para mantener las primas en el nivel más asequible posible, estas coberturas pagan beneficios bajo la modalidad de excedente. Esto significa que, si una persona está asegurada por una o más de estas coberturas y por cualquier otro seguro o acuerdo de salud válido, cualquier monto pagadero o proporcionado por las otras coberturas se restará de los gastos cubiertos y pagaremos los beneficios en función del monto restante.

Facilidades de pago

Siempre que los pagos que debieron haberse realizado conforme a la Póliza sean realizados por cualquier otra póliza, la Compañía se reserva el derecho de pagar a cualquier cobertura que realice los demás pagos, cualquier monto que la Compañía determine que está justificado con el fin de satisfacer el propósito de esta disposición. Los montos pagados se consideran beneficios pagados conforme a la Póliza y, en la medida de dichos pagos, la Compañía quedará totalmente exonerada de responsabilidad conforme a la Póliza. En ningún caso la Compañía pagará un monto que supere los beneficios que debe pagar conforme a la Póliza para todas las pólizas que proporcionen los mismos beneficios o beneficios similares emitidas al Titular de la póliza y suscritas por la Compañía.

AVISO IMPORTANTE: este folleto contiene una breve descripción de los beneficios disponibles en virtud de los programas de seguros. No es un contrato de seguro. Los términos y condiciones de cobertura se establecen en las pólizas entregadas en el estado bajo el número de formulario AH-57720-BASE-OR. Los detalles completos se pueden encontrar en las pólizas. CIERTOS PLANES DE SEGURO DESCRITOS EN EL PRESENTE PROVEEN BENEFICIOS POR ENFERMEDAD DE DURACIÓN LIMITADA A CORTO PLAZO. NO CONSTITUYEN UNA COBERTURA DE SEGURO MEDICO INTEGRAL (A MENUDO DENOMINADA "COBERTURA MEDICA PRINCIPAL") Y NO SATISFACEN LA OBLIGACIÓN INDIVIDUAL DE UNA PERSONA DE CUMPLIR CON EL REQUISITO DE COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA EN VIRTUD DE LA LEY DE CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE (AFFORDABLE CARE ACT, ACA). PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE LA ACA, CONSULTE www.HealthCare.gov

TODAS LAS PRIMAS SE CONSIDERAN TOTALMENTE DEVENGADAS TRAS SU RECEPCIÓN Y NO PUEDEN SER REEMBOLSADAS NI CONVERTIDAS

Para recibir un folleto en español, o para obtener asistencia en español, llame al 800-827-4695