

SEGURO VOLUNTARIO DE ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES 2026 - 2027

PHILADELPHIA INSURANCE COMPANIES

A Member of the Tokio Marine Group

Underwritten by:
Philadelphia Indemnity Insurance Company (PIIC)
Rated "A++" (Superior) by AM Best Company

800.734.9326 | **PHLY.com**

SEGURO VOLUNTARIO DE ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES 2026 - 2027

¿Quién es elegible?
Un individuo que es estudiante o empleado del Titular de la Póliza.

¿Quién paga la prima?
El costo de este seguro es pagado por las Personas Cubiertas

Fecha de vigencia para individuos y terminación del seguro
El seguro entra en vigencia para una Persona Elegible que se inscribe y acepta hacer las contribuciones requeridas en la última de las siguientes fechas:

1. La fecha de vigencia de esta Póliza;
2. La fecha en que la persona se vuelve elegible;
3. La fecha en que recibimos el formulario de inscripción completo de La Persona Elegible y la primera prima requerida.

La Persona cubierta por el seguro finalizará en la fecha más temprana a continuación:

1. La fecha en que la persona ya no se encuentra en una Clase elegible;
2. El final del último período por el cual se paga la prima;
3. La fecha de terminación de esta Póliza

Elección de dos opciones que incluyen automáticamente beneficios dentales extendidos

Opción 1: Cobertura Escolar Excluyendo la Participación en Deportes Interescolares

1. Instrucción en el salón de clases programada regularmente;
2. Período de recreo o almuerzo programado y supervisado regularmente;
3. Un período de estudio o período de instrucción especial supervisado por un miembro de la facultad de la escuela;
4. Una pasantía autorizada por la escuela que incluye la supervisión de un adulto;
5. Viajes escolares cubiertos dentro de los Estados Unidos, Canadá y México entre
    1. El hogar y la escuela;
    2. Entre el hogar y otro lugar de reunión designado por la escuela.

Opción #2. Cobertura las 24 horas excluyendo la participación en deportes interescolares

Pagaremos los beneficios provistos por esta Póliza, sujetos a todas las condiciones y exclusiones aplicables, si la Persona Cubierta sufre una Pérdida Cubierta o incurre en Gastos Cubiertos como resultado directo, independientemente de todas las demás causas, de un Accidente Cubierto que ocurra en cualquier momento mientras esté asegurada. bajo esta Política.



PHILADELPHIA INSURANCE COMPANIES
A Member of the Tokio Marine Group

800.734.9326 | **PHLY.com**

500 Mamaroneck Ave, Suite #402 | Harrison, NY 10528 | Correo electrónico: AH@phly.com

AM BEST A++ SUPERIOR Financial Strength Rating

Philadelphia Insurance Companies is the marketing name for the insurance company subsidiaries of the Philadelphia Consolidated Holding Corp., a Member of the Tokio Marine Group. Coverage(s) described may not be available in all states and are subject to Underwriting.© 2026 Philadelphia Consolidating Holding Corp., All Rights Reserved.

MK1250-CTS Ed. 031626

SEGURO VOLUNTARIO DE ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES 2026 - 2027

Protección de seguro de accidentes
Ofrece un beneficio máximo de $25,000 para gastos médicos por accidentes

Gasto médico primario:
Pagaremos los Gastos cubiertos independientemente de cualquier Plan de atención médica que pueda tener la Persona cubierta, después de que se haya satisfecho cualquier Deducible aplicable.

Gastos cubiertos
Significa el menor entre el cargo razonable y habitual y el beneficio máximo que se muestra, para los servicios o suministros enumerados en el *Programa de beneficios* y descrito en la *sección Beneficios de gastos médicos por accidentes* de esta Póliza. Los Gastos Cubiertos deben ser Incurridos por una Persona Cubierta para el tratamiento de lesiones sufridas en un Accidente Cubierto.

Cargo usual y acostumbrado (U&C)
Significa el cargo normal, en ausencia de seguro, realizado por el proveedor de cualquier tratamiento, pero no más que el cargo prevaleciente en el área:
1. Por un servicio similar realizado por un proveedor con capacitación o experiencia similar; o
2. Por un suministro idéntico o sustancialmente equivalente. La determinación final de todos los Cargos Usuales y Acostumbrados recae únicamente en Nosotros.

Cobertura primaria: paga independientemente de otro seguro de salud
Proporciona el pago de los gastos habituales y habituales (U&C) incurridos para el tratamiento de una lesión causada por un accidente cubierto, sujeto al máximo establecido en la póliza y un deducible de $ 100.00. Los gastos cubiertos deben ser por tratamiento médicamente necesario, y el primer gasto se debe incurrir dentro de los 90 días posteriores al accidente cubierto. Para ser pagaderos, los gastos deben realizarse dentro de los 365 días posteriores al Accidente cubierto. Todos los beneficios se basarán en el cargo normal, en ausencia de seguro, realizado por el proveedor para cualquier tratamiento médicamente necesario, pero no más que el cargo vigente en el área por servicios similares de un proveedor con capacitación y experiencia similares.

Beneficios De Gastos Medicos por Accidents
Cualquier límite de beneficio y Porcentaje de Beneficio para los Beneficios de Gastos Médicos por Accidente se aplican, a menos que se especifique lo contrario, por Persona Cubierta por Accidente Cubierto. Todos los Deducibles aplicables deben cumplirse dentro de los períodos de tiempo especificados antes de que se paguen los beneficios.

Alcance de la Cobertura Aplicable a los Beneficios Médicos por Accidente
Se incluirá uno de los siguientes - Gasto médico primario

Beneficios de gastos medicos
Total Máximo para todos
Beneficios de gastos médicos por accidents $25,000

Los primeros gastos cubiertos deben incurrirse ..... 180 días después de un
..... Accidente Cubierto
dentro del período de beneficios ..... 365 días a partir de la
..... fecha del Accidente Cubierto
Deductible $100
no incluye ..... gastos cubiertos pagados bajo
..... otro plan de atención médica

Gastos cubiertos
Hospital de campaña móvil ..... 80 %

Servicios hospitalarios para pacientes internados
Beneficio diario de UCI o CCU ..... 80 %
Beneficio diario en el hospital ..... 80 % la tarifa promedio de
..... una habitación semiprivada
Servicios misceláneos ..... 80 % por estadía en el hospital

Centro médico ambulatorio Servicios médicos 80%

Tratamiento en la sala de emergencias ..... 80 %

Servicios Médicos
Beneficio de cirugía ..... 80 %
Cirujano Asistente ..... 35% De Beneficio Quirúrgico
Instalaciones quirúrgicas del medico 80%
incluir siempre cuando se incluyan servicios quirúrgicos

Segunda Opinión o Consulta 80%
Asistente medico 80%
Beneficio de anesthesia ..... 35% De Beneficio Quirúrgico

Visitas de pacientes hospitalizados 80%
Visitas a la Oficina ..... 80% por visita

Radiografía ambulatoria, tomografía computarizada,
Resonancia magnética y prueba de laboratorio 80%

Fisioterapia Ambulatoria 80%

Servicios de Enfermería 80%

Servicios de ambulancia ..... El beneficio se basará en la tarifa publicada por el departamento de conneticut de Salud Publica

Alquiler de equipos medicos 80%

Suministros y servicios médicos 80%

Servicios dentales 80%

Beneficio de medicamentos recetados Beneficio por receta
Deducible por año civil $0
Visita de atención médica domiciliaria ..... el menor de
(1) *75%* de lo habitualy cargo habitual, o (2) cargos facturados

Máximo de Visitas ..... 80 por año
calendario o en cualquier período continuo de 12 meses

*Este máximo no se aplica a una Persona cubierta diagnosticada por un médico como una enfermedad terminal con un pronóstico de vida de seis meses o menos. En este caso el beneficio anual por servicios médicos sociales no excederá de $200.

Suministros Médicos, Medicamentos y Medicamentos 100%

Cada visita de un representante de una agencia de salud en el hogar se considerará como una visita; cuatro horas de servicio de asistente de salud en el hogar se considerarán como una visita.

PHILADELPHIA INSURANCE COMPANIES
A Member of the Tokio Marine Group

800.734.9326 | **PHLY.com**

500 Mamaroneck Ave, Suite #402 | Harrison, NY 10528 | Correo electrónico: AH@phly.com

AM BEST A++ SUPERIOR Financial Strength Rating

Philadelphia Insurance Companies is the marketing name for the insurance company subsidiaries of the Philadelphia Consolidated Holding Corp., a Member of the Tokio Marine Group. Coverage(s) described may not be available in all states and are subject to Underwriting.© 2026 Philadelphia Consolidating Holding Corp., All Rights Reserved.

MK1250-CTS Ed. 031626

SEGURO VOLUNTARIO DE ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES 2026 - 2027

Beneficios por Muerte Accidental Y Desmembramiento

Suma principal.....$25,000
La pérdida debe ocurrir dentro.....365 días del Accidente Cubierto

Programa de Pérdidas Cubiertas

Pérdida cubierta	Beneficio
Pérdida de vida	100% de la Suma Principal
Pérdida de dos o más manos o pies	200% de la Suma Principal
Pérdida de la vista de ambos ojos	200% de la Suma Principal
Pérdida de una mano o pie y Vista en un ojo	200% de la Suma Principal
Pérdida de una mano o un pie	100% de la Suma Principal
Pérdida de la vista en un ojo	100% de la Suma Principal
Pérdida del habla	100% de la Suma Principal
Pérdida de la audición en ambos oídos	100% de la Suma Principal
Pérdida del pulgar y el dedo índice de la misma mano	50% de la Suma Principal

Límite agregado de indemnización.....$500,000
Se aplica a:.....Todas las Condiciones
.....de Cobertura

No se pagará más del Límite agregado de indemnización especificado anteriormente por todas las Pérdidas cubiertas sufridas por todas las Personas cubiertas aseguradas bajo este Beneficio por muerte accidental y desmembramiento como resultado de cualquier Accidente cubierto que ocurra bajo una de las Condiciones de cobertura, como se especifica arriba. Si este monto no permite que todas las Personas Cubiertas reciban los montos que establece esta Póliza, el monto pagado será la proporción de la pérdida de la Persona Cubierta al total de todas las pérdidas, multiplicado por el Límite Agregado de Indemnización.

Beneficio De Gastos Dentales Extendido

Período de beneficios.....2 años
Beneficio Máximo.....$50,000 por Accidente Cubierto
Porcentaje de beneficio.....100%

Pagaremos los Beneficios de gastos dentales extendidos, hasta el Máximo de beneficios dentales extendidos que se muestra arriba, para Gastos dentales cubiertos incurridos por una Persona cubierta, sujeto a todas las condiciones y exclusiones aplicables, para el tratamiento de Lesiones cubiertas que resulten directa e independientemente de todas las demás causas de un Accidente Cubierto.

Gastos dentales cubiertos

Los Gastos Dentales Extendidos deben Incurrirse dentro del Período de Beneficios Dentales Extendidos que se muestra en el *Programa de Beneficios*.

Los gastos dentales cubiertos incluyen los gastos incurridos para el tratamiento, la reparación y el reemplazo de cada diente natural lesionado, incluidos: examen; diagnóstico; radiografía; tratamiento restaurador; endodoncia; y cirugía bucal; más la reposición de tapones; coronas; dentadura postiza; y aparatos ortopédicos. Si hay más de una forma de tratar un problema dental, pagaremos según el procedimiento menos costoso si ese procedimiento cumple con los estándares comúnmente aceptados de la Asociación Dental Estadounidense.

Las exclusiones que aplican a este beneficio se especifican en la *Sección de Exclusiones Comunes*.

Todos los demás términos, condiciones y limitaciones de la Póliza de seguro general contra accidentes se aplican a este Suplemento.

Aviso de reclamación

Se nos debe enviar un aviso de reclamación por escrito o por correo electrónico o por teléfono autorizado dentro de los 90 días posteriores a la ocurrencia o comienzo de una Pérdida cubierta o tan pronto como sea razonablemente posible. Si no se da un aviso por escrito o electrónico/teléfono autorizado en ese tiempo, el reclamo no será invalidado o reducido si se demuestra que dicho aviso se dio tan pronto como fue razonablemente posible. Se puede dar aviso: a Nosotros en Nuestra Oficina Administrativa, One Bala Plaza, Suite 100, Bala Cynwyd, PA 19004; o a cualquier otro lugar que podamos designar para el propósito; o a Nuestro agente autorizado. El aviso debe incluir el nombre y el número de póliza del Titular de la póliza y el nombre y la dirección de la Persona cubierta.

Formularios de reclamación

Enviaremos formularios de reclamación para presentar prueba de pérdida cuando recibamos notificación de una reclamación. Si dichos formularios no se envían dentro de los 15 días posteriores a la recepción de la notificación, los requisitos de prueba se cumplirán mediante la presentación, dentro del tiempo fijado en esta Póliza para la presentación de prueba de pérdida, prueba escrita o electrónica autorizada de la naturaleza y el alcance de la pérdida para que se hace la reclamación.

Las preguntas relacionadas con los procedimientos de presentación de reclamos o el estado del reclamo pueden dirigirse directamente a: claims@nahga.com or 800-952-4320

¿Preguntas sobre este plan? Contáctenos:

Philadelphia Insurance Companies
800.734.9326
Correo electrónico: AH@phly.com

Pregunte por nuestro Departamento de K12

PHILADELPHIA INSURANCE COMPANIES
A Member of the Tokio Marine Group

800.734.9326 | **PHLY.com**

500 Mamaroneck Ave, Suite #402 | Harrison, NY 10528 | Correo electrónico: AH@phly.com

AM BEST A++ SUPERIOR Financial Strength Rating

Philadelphia Insurance Companies is the marketing name for the insurance company subsidiaries of the Philadelphia Consolidated Holding Corp., a Member of the Tokio Marine Group. Coverage(s) described may not be available in all states and are subject to Underwriting.© 2026 Philadelphia Consolidating Holding Corp., All Rights Reserved.

MK1250-CTS Ed. 031626

EXCLUSIONES COMUNES

Además de las exclusiones específicas de beneficios, no se pagarán beneficios por ninguna lesión cubierta o pérdida cubierta que, directa o indirectamente, en su totalidad o en parte, sea causada o resulte de cualquiera de los siguientes, a menos que la cobertura sea específicamente proporcionada por nombre en la sección Descripción de beneficios:

1. Lesión intencionalmente autoinfligida, suicidio o cualquier intento de hacerlo mientras esté cuerdo o loco;
2. Comisión de un delito grave por el cual la Persona Cubierta ha sido condenada de conformidad con la ley estatal o federal.
3. Comisión voluntaria o participación activa voluntaria en una revuelta o insurrección.
4. Puenting; paracaidismo; paracaidismo; parasailing; ala delta;Guerra o guerra no declarada o acto de guerra;
5. Guerra o acto de guerra declarado o no declarado
6. Vuelo, embarque o aterrizaje desde una aeronave o cualquier nave diseñada para volar sobre la superficie de la Tierra: excepto como pasajero que paga una tarifa en una aerolínea comercial regularmente programada;
7. Viajar dentro o sobre cualquier vehículo motorizado todoterreno que no requiera licencia como vehículo automotor;
8. Participación en cualquier carrera
9. Un accidente si la Persona Cubierta es la operadora de un vehículo de motor y no posee una licencia de operador de vehículo de motor válida; excepto mientras participa en el Programa de Educación del Conductor;
10. Enfermedad; enfermedad física o mental; infección bacteriana o viral o tratamiento médico o quirúrgico de la misma; a excepción de cualquier infección bacteriana resultante de un corte o herida externa accidental o ingestión accidental de alimentos contaminados;
11. Viajes o actividades fuera de los Estados Unidos, Canadá o México
12. Viajar en cualquier avión de propiedad, arrendado o controlado por el tomador del seguro o cualquiera de sus subsidiarias o afiliadas. Se considerará que una aeronave está "controlada" por el Titular de la póliza, si la Aeronave puede ser utilizada como el Titular de la póliza lo desea por más de 10 días consecutivos, o más de 15 días en cualquier año;
13. La intoxicación de la Persona Cubierta según lo determinado de acuerdo con las leyes de la jurisdicción en la que ocurrió el Accidente Cubierto;

No pagaremos beneficios por:

14. Servicios o tratamientos prestados por un médico, enfermera o cualquier otra persona que sea:
    a. empleado o retenido por el tomador del seguro;
    b. Prestación de servicios homeopáticos, aromaterapéuticos o terapéuticos a base de hierbas;
    c. viviendo en el hogar de la persona cubierta;
    d. quien es un padre; hermano; esposa; o hijo de la Persona Cubierta
15. Cualquier estadía en el hospital o días de estadía en el hospital que no sean apropiados para la condición y la localidad.
16. Cualquier hospitalización o días de hospitalización que no sean apropiados para la afección y la localidad.
    a. Conducía un automóvil privado de pasajeros en el momento del Accidente cubierto que resultó en la Pérdida cubierta; y
    b. Estaba intoxicado, ya que ese término está definido por la ley de la jurisdicción en la que ocurrió el Accidente Cubierto

GASTOS EXCLUIDOS

1. Sangre, plasma sanguíneo o almacenamiento de sangre, excepto los gastos de un Hospital para el procesamiento o la administración de sangre.
2. Cirugía o atención estética, o tratamiento únicamente con fines estéticos, o complicaciones derivadas de los mismos. Esta exclusión no se aplica a:
    a. cirugía estética resultante de un accidente, si el tratamiento inicial de la Persona Cubierta se inicia dentro de los 12 meses posteriores a la fecha del Accidente;
    b. reconstrucción incidental o posterior a una cirugía que resulte de un Accidente Cubierto.
3. Cualquier tratamiento electivo o de rutina:; cirugía; tratamiento de salud; o exámenes; incluyendo cualquier servicio, tratamiento o suministros que sean (a) considerado por Nosotros como experimental o de investigación; y (b) no son una práctica médica reconocida y generalmente aceptada en los Estados Unidos.
4. Tratamiento en cualquier centro de la Administración de Veteranos, federal o estatal, a menos que exista una obligación legal de pago.
5. Servicios o tratamientos prestados por personas que normalmente no cobran por sus servicios, salvo que exista una obligación legal de pago.
6. Curas de descanso o cuidados de custodia.
7. Reparación o reemplazo de: dentaduras postizas existentes; dentaduras parciales; tirantes; o puentes..
8. Servicios personales como televisión y teléfono, o transporte
9. Gastos pagaderos por cualquier póliza de seguro de automóvil sin tener en cuenta la culpa.
10. Servicios o tratamientos prestados por una enfermería operada por el Asegurado.
11. Tratamiento de lesiones que resultan durante un período de tiempo, como ampollas, codo de tenista, etc., que son un resultado normal y previsible de la participación en la Actividad cubierta.
12. Tratamiento o servicio proporcionado por una enfermera privada.
13. Tratamiento de hernias de cualquier tipo

Otras Exclusiones que se aplican a este Beneficio se encuentran en la *Sección de Exclusiones Comunes.*

PHILADELPHIA INSURANCE COMPANIES
A Member of the Tokio Marine Group

800.734.9326 | **PHLY.com**

500 Mamaroneck Ave, Suite #402 | Harrison, NY 10528 | Correo electrónico: AH@phly.com

AM BEST A++ SUPERIOR Financial Strength Rating

Philadelphia Insurance Companies is the marketing name for the insurance company subsidiaries of the Philadelphia Consolidated Holding Corp., a Member of the Tokio Marine Group. Coverage(s) described may not be available in all states and are subject to Underwriting.© 2026 Philadelphia Consolidating Holding Corp., All Rights Reserved.

Print Application | Clear Application

SEGURO VOLUNTARIO DE ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES 2026 - 2027

Formulario de inscripción 2026 - 2027

Nombre de escuela _____

Nombre del distrito escolar _____

Grado/Departamento _____

Persona que se asegurará _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____ Correo electrónico _____

Fecha de nacimiento _____

Firma del padre o la madre _____

Seguro de accidentes para estudiantes elegido para:

Estudiante ☐ Docente ☐ Administrador ☐

Cobertura elegida: (seleccione solo una) **Prima anual**

Tiempo en la escuela con cobertura dental extendida ☐ $12.00

Cobertura de 24 horas con cobertura dental extendida ☐ $74.00

Fecha: _____ Cantidad adjunta: _____
(No envíe dinero en efectivo))

Incluya cheque o giro postal a nombre de:

Philadelphia Insurance Companies

No hay obligación de comprar este de seguro.

Después de seleccionar el plan de seguro aprobado por la escuela que sea mejor para usted:

- ✓ Complete el formulario de inscripción e imprímalo
- ✓ Adjunte un cheque o giro postal
- ✓ No envíe dinero en efectivo
- ✓ Devuelva el formulario de inscripción y el cheque o giro postal a:

Philadelphia Insurance Companies
500 Mamaroneck Ave, Suite 402
Harrison, NY 10528

PHILADELPHIA INSURANCE COMPANIES
A Member of the Tokio Marine Group

800.734.9326 | **PHLY.com**

500 Mamaroneck Ave, Suite #402 | Harrison, NY 10528 | Correo electrónico: AH@phly.com

AM BEST A++ SUPERIOR Financial Strength Rating

Philadelphia Insurance Companies is the marketing name for the insurance company subsidiaries of the Philadelphia Consolidated Holding Corp., a Member of the Tokio Marine Group. Coverage(s) described may not be available in all states and are subject to Underwriting.© 2026 Philadelphia Consolidating Holding Corp., All Rights Reserved.

MK1250-CTS Ed. 031626