Cobertura de Seguro Contra Accidentes 2026-2027

Opciones de Plan

Cobertura Opcional de Accidentes en Horario Escolar

El seguro cubre:

- Lesiones cubiertas ocurridas durante horarios y días de clase, así como en actividades escolares supervisadas dentro o fuera del plantel.
- Actividades recreativas de verano organizadas por la escuela.
- Excursiones escolares de un día y actividades religiosas patrocinadas por la escuela.

La cobertura aplica al transporte hacia/durante/desde dichas actividades cuando se viaje en grupo mediante transporte provisto o coordinado por el Titular de la póliza. **Incluye cobertura para todos los Deportes Interescolares, excluyendo aquellos que participan en fútbol americano con tacle interescolar de preparatoria**.

Prima Anual

Plan Estándar - $8.00 **Plan Intermedio - $18.00** **Plan Premier - $50.00**

Cobertura por Accidente Opcional las 24 - horas

El seguro proporciona cobertura las 24 horas del día. Brinda cobertura durante fines de semana y períodos de vacaciones, incluso en verano. Los estudiantes tienen protección del seguro mientras están en casa o fuera, en cualquier momento y lugar. **Incluye cobertura para todos los Deportes Interescolares, excluyendo aquellos que participan en fútbol americano con tacle interescolar de preparatoria.**

Prima Anual

Plan Estándar - $58.00 **Plan Intermedio - $108.00** **Plan Premier - $285.00**

Cobertura Opcional de Fútbol Americano con Tacle de Escuela Secundaria

Cubre accidentes ocurridos mientras participa en prácticas o competencias interescolares de fútbol americano con tacle de escuela secundaria. El traslado está cubierto cuando va directamente y sin interrupción hacia o desde dichas prácticas o competencias como parte de un grupo en transporte proporcionado u organizado por el Titular de la póliza.

La cobertura opcional de fútbol americano con tacle de escuela secundaria comienza en la fecha de recepción del pago (en o después de la fecha efectiva de la póliza) y termina el último día de práctica o competencia. Esta cobertura opcional también está disponible para estudiantes de noveno grado que juegan fútbol americano con tacle con grados 10-12. Los estudiantes de noveno grado que juegan SOLO con otros de noveno grado no pagan extra por la cobertura de fútbol americano.

Prima Anual

Plan Estándar - $96.00 **Plan Intermedio - $157.00** **Plan Premier - $357.00**

Cobertura Dental Extendida Opcional (se puede adquirir como complemento a las opciones anteriores).

La lesión corporal accidental debe tratarse en un plazo de 60 días posteriores al accidente. El monto del beneficio para servicios dentales es pagadero en un plazo de 104 semanas posteriores a la fecha del accidente. Reembolsaremos hasta $50,000 por accidente en concepto de servicios dentales. Si un dentista certifica que los servicios dentales no pueden realizarse en el plazo de 104 semanas después del accidente, entonces pagaremos hasta el sublímite para los servicios dentales diferidos, $600 por accidente. En ningún caso pagaremos por los servicios dentales extendidos realizados pasadas las 572 semanas desde la fecha del accidente.

Nota: La cobertura dental extendida debe adquirirse junto con la Cobertura de accidentes en horario escolar, de 24 horas o de fútbol americano. No se puede adquirir como cobertura independiente.

Prima Anual: $7.00

Periodo de Cobertura

La cobertura en virtud de la Cobertura opcional de accidentes en horario escolar, la cobertura opcional por accidente las 24 horas y la cobertura dental opcional las 24 horas comienza en 1) la fecha en que completa su inscripción en línea y se paga su prima, o 2) la fecha en que el agente recibe su formulario de inscripción y pago de la prima, pero no antes del primer día del año escolar. La cobertura opcional de accidentes en horario escolar termina al finalizar el período escolar regular de nueve meses, excepto cuando el estudiante asista a sesiones académicas en el aula patrocinadas exclusivamente y supervisadas únicamente por la escuela durante el verano. La cobertura opcional por accidente las 24 horas y la cobertura dental extendida opcional terminan a la medianoche del día anterior a la reapertura de la escuela para el siguiente año escolar. La cobertura está disponible en virtud de estos planes durante el año escolar con las primas cotizadas. No hay primas pro rata disponibles.

Aspectos Destacados de la Cobertura

Beneficios de Gastos Médicos por Accidente

Ayuda a cubrir el costo de los gastos médicos resultantes de una lesión corporal accidental. Beneficios de Gastos Médicos por Accidente sólo se abonan:

- Por cargos razonables y habituales por servicios médicos, hasta el monto máximo del beneficio.
- Por servicios médicos médicamente necesarios.
- Si un asegurado incurre en gastos por atención o tratamiento en un plazo de 60 días posteriores al accidente que causó la lesión corporal accidental.
- Por gastos incurridos dentro de las 52 semanas posteriores a la fecha del Accidente que cause la Lesión Corporal Accidental.

La cobertura está disponible sobre una base primaria. Cobertura primaria significa que los beneficios por gastos médicos por accidente se aplican independientemente de otra cobertura de seguro que pueda estar disponible sobre una base primaria.

Beneficios por Muerte y Desmembramiento Accidentales

Paga beneficios en un único pago global si cualquiera de las pérdidas que se muestran en el cronograma de pérdidas cubiertas ocurre dentro de un año a partir de la fecha del accidente. Los beneficios son pagaderos por el porcentaje de la suma principal especificada para la pérdida. « Siniestro » significa los siguientes hechos Accidentales: Pérdida del Pie; Pérdida de la Mano; Pérdida de la Audición; Pérdida de la Vida; Pérdida de la Vista; Pérdida de la Vista de Un Ojo; Pérdida del Habla o Pérdida del Pulgar y del Dedo Índice. El siniestro debe ocurrir en el plazo de un (1) año a partir del Accidente. “Pérdida de un Pie” significa la amputación completa a la altura de la articulación del tobillo o por arriba de esta. Consideraremos dicho desmembramiento una Pérdida de un Pie aunque luego se reimplante el pie. Si el reimplante no resulta exitoso y es necesario realizar la amputación, no pagaremos la Suma de Beneficio adicional por dicha amputación. "Pérdida de una Mano" significa la desmembración completa, según lo determine un Médico, de al menos cuatro (4) dedos a la altura de la articulación metacarpofalángica, o por arriba de esta, de la misma mano, o al menos tres (3) dedos y el pulgar de la misma mano. Consideraremos dicho desmembramiento una Pérdida de una Mano aunque luego se reimplanten la mano, los dedos o el pulgar. Si el reimplante no resulta exitoso y es necesario realizar la amputación, no pagaremos la Suma de Beneficio adicional por dicha amputación. "Pérdida de la Audición" significa sordera permanente, irrecuperable y total, según lo determine un Médico, con un umbral de audición superior a 90 decibeles en cada oído. La sordera no puede corregirse con ningún aparato o dispositivo, según lo determine un Médico. "Pérdida de la Vida" significa el fallecimiento, incluso la muerte clínica, según lo determine la autoridad médica que rija en el ámbito en el que ocurra dicha muerte dentro de los 365 días posteriores al Accidente. “Pérdida de la Visión” significa pérdida permanente de la visión. La visión remanente no debe ser superior a 20/200 con el uso de un aparato o dispositivo de corrección, según lo determine un Médico. “Pérdida de la Vista de Un Ojo” significa la pérdida permanente de la vista en un ojo. La visión remanente en ese ojo no debe ser superior a 20/200 con el uso de un aparato o dispositivo de corrección, según lo determine un Médico. "Pérdida del Habla" significa la pérdida permanente, total e irrecuperable de la capacidad de hablar sin la asistencia de dispositivos mecánicos, según lo determine un Médico. "Pérdida del Pulgar o Dedo Índice" significa amputación total, a la altura de las articulaciones metacarpofalángicas, del pulgar y el dedo índice de la misma mano, según lo determine un Médico. Consideraremos dicho desmembramiento una Pérdida de un Pulgar y Dedo Índice aunque luego se reimplanten el pulgar, el dedo índice o ambos. Si el reimplante no resulta exitoso y es necesario realizar la amputación, no pagaremos la Suma de Beneficio adicional por dicha amputación.

Definiciones

"Accidente" o "Accidental" significan un evento repentino, imprevisto e inesperado que: 1) ocurra de forma inesperada; 2) surja de una fuente externa a el Asegurado; 3) no esté relacionado con enfermedades, afecciones u otro problema corporal, o tratamiento quirúrgico o médico del mismo; 4) ocurra mientras el Asegurado esté cubierto bajo la póliza que esté vigente; y 5) sea causa directa del siniestro.

"Médicamente Necesario" significa un servicio, suministro o tratamiento médico o dental que: (1) sea ordenado o recetado por un Médico; (2) sea adecuado y conforme al diagnóstico del paciente; (3) esté de acuerdo con la práctica médica o dental actual aceptada; y (4) que no podría eliminarse sin afectar adversamente el estado del paciente.

"Médico" significa un profesional del arte de curar habilitado, que actúe dentro del alcance de su habilitación en la medida dispuesta por las leyes de la jurisdicción en la que se brinda el tratamiento médico. Médico no incluye: (1) una Persona Asegurada; (2) un Familiar Directo; (3) el empleador o socio comercial de la Persona Asegurada; o (4) el Titular de la Póliza.

"Cargo Razonable y Habitual (R&C)" el menor de los siguientes: (1) el cargo usual cobrado por Médicos u otros proveedores médicos por un servicio o suministro determinado; o (2) el cargo que Nosotros determinemos razonablemente que es el cargo imperante cobrado por Médicos u otros proveedores médicos por un servicio o servicio determinado en el área geográfica en el que se provee.

Exclusiones

Este seguro no es aplicable a ningún accidente, lesión corporal accidental o pérdida causados por o que sean consecuencia de, directa o indirectamente de:

- Una persona asegurada que se encuentra, ingresa a o desembarca de cualquier nave aérea al actuar como o capacitarse como piloto o miembro de la tripulación. Esta exclusión no corresponde para pasajeros que realicen temporalmente funciones de piloto o tripulación en una emergencia que represente un peligro de vida.
- Trauma emocional, enfermedad mental o física, afección, embarazo, parto o aborto espontáneo, infección bacteriana o viral, mal funcionamiento corporal, diagnóstico de la persona asegurada o el tratamiento médico o quirúrgico de los mismos. Esta exclusión no se aplica a la infección bacteriana en la Persona Asegurada causada por un accidente o el consumo accidental de una sustancia contaminada por bacterias o por envenenamiento accidental con ptomaína.
- La comisión por parte de una persona asegurada de cualquier delito grave, asalto o participación en una ocupación ilegal, motín, insurrección o conmoción civil.
- Cualquier ocurrencia mientras la persona asegurada se encuentra encarcelada después de una condena.
- La persona asegurada está intoxicada en el momento de un accidente. Intoxicación se define de acuerdo con las leyes de jurisdicción donde se produce el accidente. Si dicha jurisdicción no cuenta con una legislación que defina intoxicación, en virtud de esta póliza significará un contenido de alcohol en sangre de 0.08 o superior;
- La persona asegurada bajo la influencia de cualquier narcótico o cualquier otra sustancia controlada o que intencionalmente ingiera o inhale gases o humos tóxicos en el momento del accidente. Esta exclusión no corresponde si el estupefaciente o la sustancia controlada se utiliza y consume según lo prescrito por un médico.
- Una persona asegurada que conduzca un vehículo a motor sin la licencia requerida, permiso de restricción o en violación de una restricción de licencia para operar dicho vehículo en la jurisdicción donde ocurrió el accidente.
- La presencia en, el ingreso o el egreso de una persona asegurada de cualquier aeronave: 1) de propiedad de, alquilada u operada por el titular de la póliza o en nombre del titular de la póliza; o 2) operada por un empleado del titular de la póliza en nombre del titular de la póliza.
- La participación de una persona asegurada en bungee jumping, paracaidismo, skydiving, ultraligero, ala delta, parapente o parasailing.
- Una persona asegurada que esté involucrada o participe en una carrera de vehículos motorizados o concurso de velocidad o una práctica para una carrera o concurso de velocidad.
- La participación de una persona asegurada en acción militar mientras se encuentra en actividad como miembro de las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional establecida. Sin embargo, esta exclusión no corresponde para los primeros sesenta (60) días consecutivos de servicio militar activo en las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional establecida.
- El suicidio, intento de suicidio de la persona asegurada o lesión infligida intencionalmente.
- Guerra, guerra no declarada, guerra civil, insurrección, rebelión, revolución, actos bélicos por la fuerza militar o personal, toda medida adoptada para impedir o defender cualquiera de estos, la destrucción o confiscación de propiedad para fines militares, o cualquier consecuencia de estos actos, independientemente de cualquier otra causa o evento directo o indirecto, ya sea cubierto o no, que contribuya en cualquier secuencia al siniestro. Guerra no declarada no incluye actos de terrorismo.

También pueden corresponder exclusiones, limitaciones o condiciones adicionales para beneficios o riesgos específicos. Consulte la póliza para obtener más detalles.

Aviso Importante: Conserve para Sus Registros

Esta póliza no proporciona cobertura por enfermedad. Esta información es una descripción breve de las características importantes de los planes de seguro. No es un contrato de seguro. Esta comunicación contiene resúmenes de productos únicamente. La cobertura está sujeta al texto de las pólizas, según fueron emitidas. Los beneficios de seguro están suscritos por Federal Insurance Company. La cobertura puede no estar disponible en todos los estados o ciertos términos podrían ser diferentes cuando la ley estatal lo exija. Pueden aplicarse exclusiones y limitaciones adicionales. Puede consultar la copia de la póliza a solicitud. Chubb es el nombre de comercialización utilizado para referirse a ciertas subsidiarias de Chubb Limited que ofrecen seguros y otros servicios relacionados. Para obtener una lista de estas subsidiarias, por favor visite nuestro sitio web en www.chubb.com.

Cómo Presentar un Reclamo

En caso de un accidente, los estudiantes deben notificar a la escuela de inmediato. Para presentar un reclamo: obtenga un formulario de reclamo en la escuela, que puede obtenerse en persona o electrónicamente por correo electrónico. El formulario de reclamo incluye el número de cuenta de la escuela/distrito y está diseñado para completarse electrónicamente. Una vez que tenga el formulario de reclamo, complételo y adjunte las facturas relevantes. Siga el proceso de presentación de reclamación detallado en el formulario. El formulario de reclamo completo y los documentos que se adjuntan se pueden enviar por correo o correo electrónico al administrador de reclamos indicado a continuación. Tenga en cuenta que los reclamos por beneficios deben presentarse en un plazo de 90 días posteriores a la fecha del accidente o tan pronto como sea razonablemente posible a partir de entonces. Para hacer preguntas sobre reclamos, comuníquese con el administrador de reclamos de la póliza que se indica a continuación.

Gerente de Programa:
The Young Group, Inc.
P.O. Box 91386
Raleigh, NC 27675

Llamada sin cargo: **888.574.6288**

Administrador de Reclamos:
Health Special Risk, Inc.
P.O. Box 250649
Plano, TX 75025
Email: K12claims@hsri.com
Llamada sin cargo: **866.523.3199**

Lista de Beneficios

La cobertura es solo para lesiones por accidentes.

Beneficios Máximos:	Plan Estándar	Plan Intermedio	Plan Premier
Opción en horario escolar	$25,000	$25,000	$25,000
Opción de 24 horas	$25,000	$25,000	$25,000
Opción de fútbol americano	$25,000	$25,000	$25,000
Beneficio por muerte / desmembramiento doble accidentales	$10,000 / $15,000	$10,000 / $15,000	$10,000 / $15,000
Desmembramiento simple	$5,000	$5,000	$5,000
Período de pérdida para beneficios médicos	El tratamiento debe comenzar en un plazo de 60 días posteriores a la fecha de la lesión.		
Período de beneficio para beneficios médicos y AD&D	1 año	1 año	1 año
Base de cobertura médica por accidente	Primario	Primario	Primario
Gastos Cubiertos: Habitación y comida en hospital (tarifa de habitación semiprivada)	Máximo de $200 por día	Máximo de $400 por día	100% de R&C*
Servicios varios hospitalarios	Máx de $500 por día	Máx de $1,000 por día	80% de R&C* / $10,000 máximo
Servicios de enfermero(a) registrado(a)	75% de R&C*	80% de R&C*	100% de R&C*
Tratamiento en la sala de emergencias	Máximo de $200	Máximo de $400	80% de R&C* / $600 máximo
Honorarios de cirujano	Máximo de $750	Máximo de $1,500	80% de R&C* / $5,000 máximo
Tarifas de centro médico para ambulancias	Máximo de $750	Máximo de $1,000	80% de R&C* / $5,000 máximo
Asistente de cirujano y/o anestesiólogo	20% de beneficios quirúrgicos	25% de beneficios quirúrgicos	80% de R&C*
Tarifas de segunda opinión o consulta	Máximo de $200	Máximo de $400	80% de R&C* / $600 máximo
Visitas al consultorio/médico (excluye fisioterapia)	$30 la primera visita / $25 cada visita posterior	$50 la primera visita / $30 cada visita posterior	100% de R&C* / $75 por día máximo
Fisioterapia	$30 la primera visita / $25 cada visita posterior / 5 visitas máx.	$50 la primera visita / $30 cada visita posterior / 10 visitas máx.	80% de R&C* / $75 máximo por día / 15 visitas máx.
Medicamentos Recetados	Máximo de $50	Máximo de $100	100% de R&C*
Radiografías, incluida la interpretación - Paciente ambulatorio	Máximo de $200	Máximo de $400	80% de R&C* / $600 máximo
Imágenes diagnósticas (IRM, tomografía computarizada, etc.) incluida la interpretación - Paciente ambulatorio	Máximo de $200	Máximo de $400	80% de R&C* / $1,200 máximo
Pruebas de laboratorio	Máximo de $50	Máximo de $100	80% de R&C* / $600 máximo
Ambulancia	Máximo de $200	Máximo de $500	80% de R&C* / $1500 máximo
Equipos médicos durables (incluye aparatos ortopédicos y dispositivos)	Máximo de $50	Máximo de $100	80% de R&C* / $500 máximo
Reemplazo de anteojos, audífonos, lentes de contacto en tratamiento médico que también se reciba por la lesión cubierta	100% de R&C*	100% de R&C*	100% de R&C*
Tratamiento dental para dientes naturales sanos debido a una lesión cubierta	$100 por diente	$300 por diente	80% R&C* / $2,000 máximo

*R&C significa gasto razonable y habitual.

Cobertura Seleccionada: (conservar para sus registros).

Plan Estándar	☐ Horario escolar $8.00	☐ Accidente las 24 horas $58.00	☐ Fútbol americano $96.00
Plan Intermedio	☐ Horario escolar $18.00	☐ Accidente las 24 horas $108.00	☐ Fútbol americano $157.00
Plan Premier	☐ Horario escolar $50.00	☐ Accidente las 24 horas $285.00	☐ Fútbol americano $357.00
	☐ Cobertura dental extendida $7.00		

Inscripción

Para inscribirse para la cobertura con una tarjeta de crédito, visite www.k12studentinsurance.com

También puede inscribirse con el siguiente formulario. Recorte a lo largo de la línea punteada, complete el formulario y envíelo por correo, junto con su cheque o giro postal, a la siguiente dirección:

The Young Group, Inc.
P.O. Box 91386
Raleigh, NC 27675

¿TIENE DUDAS?
Llame sin cargo: 888.574. 6288

Si está inscribiendo a más de un estudiante, complete un formulario por separado para cada uno. **No envíe dinero en efectivo.**

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN 2026-2027 (Escriba en letra de imprenta o a máquina)

Apellido del estudiante	Nombre del estudiante	Inicial de su 2.° nombre del estudiante	Grado

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

Número de teléfono	Fecha de nacimiento

Dirección de correo electrónico

Sistema escolar o distrito escolar | Nombre de la escuela

Marque su elección a continuación:

Plan Estándar	☐ Horario escolar $8.00	☐ Accidente las 24 horas $58.00	☐ Fútbol americano $96.00
Plan Intermedio	☐ Horario escolar $18.00	☐ Accidente las 24 horas $108.00	☐ Fútbol americano $157.00
Plan Premier	☐ Horario escolar $50.00	☐ Accidente las 24 horas $285.00	☐ Fútbol americano $357.00
	☐ Cobertura dental extendida - $7.00		

Extienda un cheque o giro postal pagadero a: Chubb.

Total incluido:

Firma del Padre/Madre o Tutor: | Fecha:

ID del estudiante Card

Complete la información a continuación y recorte por las líneas punteadas.

ID del estudiante 2026-2027 Card

Nombre de la escuela: | Distrito escolar:

Nombre del estudiante:

PREGUNTAS SOBRE RECLAMOS: LLAME AL 866.409.5734

This document has been translated from its original English form. If there is any inconsistency between the translated version of the form and the English version that has a material impact on the coverage provided, the English version will govern. Este documento es una traducción del formulario original en inglés. Si existe cualquier tipo de falta de uniformidad entre la versión traducida del formulario y la versión en inglés que tenga un impacto sustancial sobre la cobertura proporcionada, la versión en inglés será la que prevalecerá.