GTL GUARANTEE TRUST LIFE — PLANES DE SEGUROS DE ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES 2026-27

- ¡Los accidentes son comunes! Cuando le suceden a su hijo, alguien debe pagar esos costos.
- Aquí le presentamos planes de seguros contra accidentes para cubrir a su hijo las 24 horas del día (Plan de 24 horas) o en la escuela (Plan de Tiempo Escolar).
- Estos planes ofrecen beneficios para ayudar a cubrir el costo de los gastos médicos y hospitalarios.
- Si tiene otro Seguro, estos planes pueden ayudar a compensar los deducibles y coaseguro de dichos planes.
- Si no tiene otro seguro, estos planes proporcionarán cobertura básica.
- Cualquier beneficio pagable por esta póliza como resultado de un servicio médico, quirúrgico, dental, hospitalario o de enfermería será pagado directamente al hospital o a la persona que proporcione dichos servicios, a menos que se proporcione prueba del pago completo. .

24-Horas	Tiempo Escolar	DETALLES IMPORTANTES SOBRE LA PROTECCIÓN
✓	✓	Entra en vigor en la fecha en que Guarantee Trust Life Insurance Company (GTL) sus representantes o funcionarios escolares reciben el pago de la prima (pero no antes del primer día de clases). Los estudiantes que participen en prácticas preescolares o practiquen deportes interescolares autorizados por la Asociación Atlética de Escuelas Secundarias de Ohio estarán cubiertos a partir de la misma fecha del pago de la prima, pero solo mientras participen en sesiones de práctica o juego. Otros aspectos de la cobertura no entrarán en vigor hasta el primer día de clases regulares.
✓	✓	Proporciona cobertura durante las horas en las cuales la escuela está en actividades regulares.
✓		Proporciona cobertura las 24 horas del día.
✓	✓	Ofrece cobertura durante el tiempo necesario para el viaje entre la casa del asegurado y el comienzo o final de clases regulares.
✓	✓	Brinda cobertura mientras participa (o asiste) a actividades organizadas, patrocinadas y supervisadas por la escuela. También se proporciona cobertura para viajar directamente hacia y desde tales actividades en un Vehículo Designado provisto por la escuela.
	✓	La cobertura expira al terminar el ciclo escolar regular. (La cobertura se extenderá mientras se asista a clases académicas para obtener créditos en el verano, cuando las actividades escolares son patrocinadas y supervisadas exclusiva y únicamente por la escuela, no se proporcionará cobertura para el transporte de y hacia las clases.)
✓		La cobertura continúa sin interrupción todo el verano, hasta que la escuela inicie el siguiente ciclo escolar.

La cobertura opcional de fútbol comienza en la fecha en que GTL, sus representantes o los oficiales de la escuela reciban la prima, pero no antes de la primera fecha oficial de entrenamiento, y continúa hasta la fecha del último partido oficial de la temporada actual, incluyendo las eliminatorias. **La prima de fútbol cubre solo fútbol.**

Para presentar un reclamo: reporte los accidentes a la escuela. Los formularios se proporcionarán a través de la oficina del director (durante las vacaciones, comuníquese con los administradores del plan). La prueba completa de la pérdida y las facturas acumuladas debe ser recibida por Guarantee Trust Life Insurance Company dentro de los 90 días posteriores al accidente.

COBERTURA DE ACCIDENTES LAS 24 HORAS DEL DÍA

¡Protección las 24 horas para cada accidente cubierto!

Proteja a su hijo durante todo el año escolar y se extiende durante el verano - hasta que la escuela inicie nuevamente.

Su hijo estará cubierto EN TODO EL MUNDO, LAS 24 HORAS DEL DÍA.

Esto incluye accidentes cubiertos: ✎ En el hogar ✎ Al jugar ✎ En la escuela

✎ Durante las vacaciones ✎ Al acampar, explorar, etc. ✎ Durante viajes cubiertos

✎ Mientras participe en deportes, excepto aquellos que estén excluidos específicamente o para los cuales se requiere cobertura opcional*

*Vea las OPCIONES para descubrir cualquier cobertura opcional para deportes.

COBERTURA DE ACCIDENTES DURANTE EL TIEMPO ESCOLAR

Ayuda a proteger a su hijo mientras asiste a clases regulares. Incluye cobertura para los viajes directos hacia y desde su residencia para asistir a clases regulares, durante el tiempo de viaje requerido, pero durante no más de una hora antes o después de las clases regulares. El tiempo de viaje en el autobús escolar se extiende por cualquier tiempo adicional necesario. Además, se ofrece cobertura mientras se participa en (o se asiste) a actividades cubiertas organizadas, patrocinadas y supervisadas exclusivamente por la escuela y los empleados de la escuela, incluido el viaje directo hacia y desde la actividad en un Vehículo designado proporcionado por la escuela y supervisado únicamente por los empleados de la escuela. Es posible que se requiera cobertura opcional para los deportes interescolares. Consulte OPCIONES para conocer la cobertura deportiva opcional disponible, si corresponde.

RESCISIÓN DE LA PÓLIZA/CERTIFICADO DE COBERTURA: La Póliza se emite por el plazo de cobertura acordado y no es renovable. La cobertura terminará en la fecha que ocurra primero entre: (1) la fecha de terminación de la póliza; o (2) la fecha en que el asegurado deja de ser miembro de los equipos deportivos del titular del seguro; o (3) el último día de actividad deportiva programada regularmente; o (4) la fecha en que el asegurado deja de ser una persona elegible; o (5) el final del período por el cual se ha pagado cualquier prima aplicable. Tenemos derecho a cancelar la cobertura de cualquier asegurado que presente un reclamo fraudulento bajo la póliza.

¿Qué cubren? *Hasta un* máximo de $25,000 de acuerdo a la descripción de Cobertura y Beneficios:

- Accidentes que ocurran durante la vigencia de la cobertura.
- Pérdida debido a lesiones accidentales que resulten directa e independientemente de todas las otras causas.
- Gastos médicos cubiertos que comienzan dentro de los 30 días posteriores al accidente e incurridos dentro de las 52 semanas posteriores al accidente.

COBERTURA Y BENEFICIOS

Los beneficios se pagan *hasta el* monto en dólares especificado a continuación

BENEFICIOS POR LESIÓN		Opción Baja	Opción Alta
ALOJAMIENTO Y COMIDA EN HOSPITAL Y CUIDADOS GENERALES DE ENFERMERÍA	Por día	$150	$300
GASTOS VARIOS DE HOSPITAL		$1,000	$2,000
ATENCIÓN DE EMERGENCIA HOSPITALARIA		$150	$300
HONORARIOS MÉDICOS POR CIRUGÍA	Limitado a un máximo de	$1,500	$3,000
SERVICIOS DE ANESTESIA		100% de lo razonable y usual	
GASTOS DE AMBULANCIA		$100	$200
CONSULTAS MÉDICAS No quirúrgicas Incluye terapia física	Por consulta	$25	$50
	Terapia física por consulta	$25	$50
	Número máximo de consultas por lesión	3	3

BENEFICIOS POR LESIÓN		Opción Baja	Opción Alta
PROCEDIMIENTOS DE IMAGENOLOGÍA	Incluye radiografías e interpretación	$100	$200
EXPLORACIÓN POR MRI/TAC		$125	$250
APARATOS ORTOPÉDICOS	Provistos por el hospital	$100	$200
TRATAMIENTO DENTAL	Para Lesiones en dientes naturales sanos, por diente	$200	$400
	Hasta un máximo de	$600	$1,200
MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO Solo uno de estos beneficios, el más grande, será pagadero además de otros beneficios que se mencionan	Causado por una lesión y ocurrido dentro de los 365 días posteriores al accidente cubierto		
	MUERTE ACCIDENTAL	$2,000	
	DESMEMBRAMIENTO		
	Pérdida de una mano o un pie	$1,000	
	Pérdida de la vista completa de ambos ojos	$1,000	
	Pérdida de ambas manos o pies	$10,000	

Una Lesión es toda Lesión corporal originada en un Accidente que resulte directa e independientemente de una enfermedad, dolencia corporal o cualquier otra causa; que única, directa e independientemente de todas las demás causas, resulte en gastos médicos; que ocurra después de la fecha de entrada en vigor de la cobertura del Asegurado por la Póliza; y que ocurra mientras la Póliza esté en vigor. Todas las lesiones sufridas en cualquier Accidente, entre ellas todas las condiciones relacionadas y los síntomas recurrentes de estas lesiones, son consideradas una sola Lesión.

EXCLUSIONS - LA PÓLIZA NO CUBRE: (1) tratamientos, servicios o suministros que no sean Médicamente necesarios; no recetados por un Médico como necesarios para tratar una Lesión; de naturaleza experimental/de investigación; recibidos sin cargo ni obligación legal de pago; recibidos de personas empleadas o contratados por el Titular de la Póliza o cualquier Miembro de la Familia, salvo que se especifique lo contrario; o no catalogados específicamente como Cargos Cubiertos en la Póliza; (2) lesiones autoinfligidas intencionalmente; (3) lesiones sufridas al violar o intentar violar cualquier ley debidamente promulgada; (4) lesiones por actos de guerra, declarada o no; (5) lesiones recibidas durante un viaje o vuelo, excepto en el caso en el que se viaje como pasajero que paga una tarifa en una aerolínea comercial regular; (6) lesiones cubiertas por la Ley de Compensación al Trabajador o la Ley de Enfermedades Ocupacionales; (7) tratamientos de enfermedades, dolencias o infecciones, excepto infecciones que resulten de una Lesión accidental o infecciones que resulten de la ingestión accidental, involuntaria o no intencional de una sustancia contaminada; (8) hernias, de cualquier tipo; (9) lesiones sufridas en peleas o reyertas, excepto en defensa propia; (10) suicidio o intento de suicidio; (11) cualquier sanción impuesta por otro seguro o plan válido y cobrable por no seguir los procedimientos del plan; (12) pérdida resultante del uso de cualquier droga o agente clasificado como narcótico, psicolítico, psicodélico, alucinógeno o que tenga una clasificación o efecto similar, a menos que sea recetado por un Médico; (13) lesiones sufrida al operar, viajar en, subirse o bajarse de cualquier vehículo recreativo de dos, tres o cuatro ruedas con motor, motonieve o vehículo todo terreno (ATV, por sus siglas en inglés); (14) lesiones sufridas mientras se participa en o practicaba fútbol americano interescolar de escuela preparatoria, incluido el grado 9 si jugaba en el grado 10 o superior, incluido el viaje, a menos que se haya comprado una cobertura opcional; (15) cirugías cosméticas o plásticas, excepto cirugías reconstructivas en una parte lesionada del cuerpo; (16) tratamientos en cualquier Administración de Veteranos u Hospital federal, excepto si existe una obligación legal de pago; (17) pérdida resultante de estar legalmente intoxicado o bajo la influencia del alcohol según lo definido por las leyes del estado en el que ocurre la Lesión; (18) tratamientos odontológicos, salvo que se indique específicamente; (19) servicios de un cirujano asistente o Doctor cuando se realiza una cirugía; (20) anteojos, lentes de contacto, exámenes oculares de rutina o recetas para los mismos; (21) medicamentos recetados, muletas, aparatos ortopédicos, miembros artificiales, etc., salvo que se indique específicamente.

El seguro Blanket contra Accidentes se emite según la serie de formularios de póliza GP-2030, GP-2020 o GP-1200 por Guarantee Trust Life Insurance Company, Glenview, IL. La póliza tiene exclusiones, limitaciones, reducciones de beneficios y condiciones de elegibilidad y terminación. Sujeto a disponibilidad y variabilidad estatal. La Póliza prevalecerá en caso de conflicto entre la Póliza y este folleto. Para obtener detalles completos de la cobertura, comuníquese con el agente que administra el programa.

Administrado por: **STUDENT PROTECTIVE AGENCY,** 300 Coshocton Ave., Mount Vernon, OH 43050 • (800) 278-2544

Pagadas por: **GUARANTEE TRUST LIFE INSURANCE COMPANY (GTL),** 1275 Milwaukee Ave., Glenview, IL 60025 • (800) 622-1993

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA EL AÑO ESCOLAR 2026-27

SOLO UN PAGO POR AÑO		
OPCIONES	Opción Baja	Opción Alta
PLAN DE 24 HORAS AL DÍA ESTUDIANTES DE GRADOS K-6	❑ $79	❑ $158
ESTUDIANTES DE GRADOS 7-12	❑ $91	❑ $182
PLAN DE TIEMPO ESCOLAR ESTUDIANTES DE GRADOS K-6	❑ $23	❑ $46
ESTUDIANTES DE GRADOS 7-12	❑ $37	❑ $74
COBERTURA OPCIONAL DE FÚTBOL (GRADOS 10-12, INCLUYENDO GRADO 9 SI SE JUEGA EN 10-12) TEMPORADA 2026 SOLO POR JUGADOR	❑ $129	❑ $258
TOTAL $_____ Por favor no envíe efectivo		

EXTIENDA EL CHEQUE A FAVOR DE SU AGENCIA LOCAL

NO HAY REEMBOLSOS DISPONIBLES

GTL GUARANTEE TRUST LIFE

POR FAVOR ESCRIBIR CLARAMENTE:

Nombre del Estudiante _____
Primer Nombre Inicial 2o. Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento _____ **Masculino** ❑ **Femenino** ❑
Mes Día Año

Distrito Escolar _____ **Escuela** _____

Grado _____ **Dirección del estudiante** _____

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

Teléfono # _____ **Fecha de inscripción** _____

Correo electronico del Padre o Tutor _____

_____
Nombre Del Padre O Tutor (En Letra De Molde)

_____
Firma del Padre o Tutor

POR FAVOR RECUERDE:

COMPLETAR EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y MARCAR EL PLAN Y LAS OPCIONES QUE DESEA.

EMITIR SU CHEQUE O GIRO POSTAL (POR FAVOR NO ENVÍE EFECTIVO) POR EL TOTAL A PAGAR DE ACUERDO A LO INDICADO.

Envíe su formulario de inscripción con su cheque o el giro postal a:

STUDENT PROTECTIVE AGENCY
300 Coshocton Avenue
Mount Vernon, OH 43050