SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES

Seleccione el plan de seguro que lo ayudará a compensar el costo de la atención médica...

- COBERTURA CONTRA ACCIDENTES EN TIEMPO ESCOLAR
- COBERTURA CONTRA ACCIDENTES DE TIEMPO COMPLETO (24 HORAS)
- OPCIÓN DENTAL POR ACCIDENTE (24 HORAS)
- PLAN DE SEGURO DE FÚTBOL AMERICANO
- COBERTURA DE DEPORTES INTERESCOLARES

CONSULTE LOS DETALLES EN EL INTERIOR - Plan Odontológico para Accidentes por un monto de hasta $5,000 por $9

¿Se tomará el tiempo para leer esto?
¿Cuenta su hijo/a con una cobertura adecuada?
¿Cuenta usted con un deducible o copago con su cobertura actual?

Formulario de inscripción adjunto

APROBADO POR SU ESCUELA DE PK A 12.º GRADO

STUDENT ASSURANCE SERVICES INCORPORATED

Administrado por

STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC.
PO Box 196 • Stillwater MN 55082-0196
Línea gratuita 800-328-2739 - (651) 439-7098

www.sas-mn.com

L-1538(2026)

Opciones de primas y cobertura

PLAN BÁSICO Primas anuales únicas de la póliza	PÓLIZA GA-2200Ed.11-16(ID)(LA)(NC)	PLAN PREFERENCIAL Primas anuales únicas de la póliza

Cobertura de tiempo completo Y cobertura de TODOS los deportes interescolares (NO incluye Cobertura de fútbol americano)

Grados De PK a 12.° grado $95	Grados De PK a 12.° grado $160

Cubre al estudiante las 24 horas del día hasta el comienzo del próximo año escolar. Incluye cobertura en el hogar y la escuela, durante los fines de semana y durante las vacaciones de verano. Cubre la participación en deportes interescolares para estudiantes de 7.º a 12.º grado. NO cubre fútbol americano para los estudiantes de 10.° a 12.° grado ni para los estudiantes de 7.° a 9.° grado que practiquen o participen en fútbol para estudiantes de 10.° a 12.° grado.

Cobertura de tiempo escolar Y cobertura de TODOS los deportes interescolares (NO incluye Cobertura de fútbol americano)

Grados De PK a 8.° grado $19 Grados De 9.° a 12.° grado $55	Grados De PK a 8.° grado $34 Grados De 9.° a 12.° grado $98

Cubre al estudiante durante:

a) la asistencia a las sesiones escolares normales;
b) la participación en actividades extracurriculares patrocinadas y supervisadas por la escuela o la asistencia a estas;
c) la práctica o competencia en deportes interescolares programados por la escuela y mientras el estudiante se encuentre bajo la supervisión directa de un empleado de la escuela; y
d) los traslados directos hacia y desde la escuela durante las sesiones escolares normales, y durante el traslado hacia y desde las actividades patrocinadas y supervisadas por la escuela en medios de transporte proporcionados por esta.

NO cubre la participación ni el traslado hacia y desde partidos de fútbol americano para los estudiantes de 10.° a 12.° grado ni para los estudiantes de 7.° a 9.° grado que practiquen o participen en fútbol americano para estudiantes de 10.° a 12.° grado.

Cobertura de fútbol americano de 10.º a 12.º grado y de 7.º a 9.º grado si practican o participan en fútbol americano para estudiantes de 10.° a 12.° grado

$125	$240

Cubre al estudiante durante la práctica o participación en fútbol americano interescolar patrocinado y supervisado por la escuela, incluido el traslado en medios de transporte proporcionados por esta.

Cobertura dental extendida de PK a 12.º grado

De PK a 12.° grado $9	De PK a 12.° grado $9

Brinda hasta $5,000 en beneficios por cualquier accidente de índole dental. Cubre al estudiante las 24 horas del día hasta el comienzo del próximo año escolar. El tratamiento debe comenzar dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la lesión y se debe realizar en el plazo de un año a partir de la fecha de la lesión. Sin embargo, si dentro del período de un año posterior a la fecha de la lesión, el dentista tratante del estudiante certifica que el tratamiento y/o reemplazo dental debe extenderse durante más de un año, la póliza pagará el costo estimado de dicha extensión del tratamiento, pero sin superar el monto de $200 por cada diente. Los beneficios para prótesis están limitados a $500 por lesión, incluidos los procedimientos realizados para colocarlas. Las prótesis dentales incluyen, en forma no limitativa, coronas, dentaduras postizas, puentes e implantes. La Cobertura dental extendida no cubre el tratamiento de ortodoncias y enfermedades dentales ni los gastos que superen el límite máximo del beneficio de prótesis dental.

Los beneficios médicos y las exclusiones se aplican a las opciones de cobertura mencionadas anteriormente.

CÓMO INSCRIBIRSE

1. Seleccione la cobertura deseada entre las opciones detalladas anteriormente. La prima no puede prorratearse. Hay dos opciones de inscripción y pago.
2. Complete el Formulario de inscripción e incluya la prima (cheque pagadero a: STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC. o la información de pago de la tarjeta de crédito). Escriba el nombre del estudiante en el cheque. Devuelva el pago de la prima con la información de inscripción solicitada a Student Assurance Services Inc. P.O. Box 196, Stillwater, MN. 55082. O
3. Complete el formulario de inscripción en línea en el sitio web de Student Assurance Services, Inc.: www.sas-mn.com. El formulario en línea está disponible en “School Look-up” en la sección K-12.
4. Asegúrese de conservar este folleto y una copia del pago de la prima como comprobante del seguro. No recibirá una póliza ni una tarjeta de identificación. La póliza base es emitida a su escuela.

FECHAS DE ENTRADA EN VIGENCIA Y DE VENCIMIENTO

La cobertura entrará en vigencia a partir de la fecha que resulte posterior de las siguientes: la fecha de entrada en vigencia de la póliza base; o a las 12:01 a. m. del día posterior a la fecha del matasellos postal en el sobre que incluye el formulario de inscripción y el pago de la prima, aplicado por el Servicio Postal de los EE. UU.; o bien, para las inscripciones en línea, a las 12:01 a. m. después de la fecha en la que el administrador del plan reciba la prima correspondiente. La Cobertura de deportes interescolares expira en el último día de la temporada autorizada correspondiente al año escolar en curso. Las Coberturas de tiempo escolar y tiempo completo expira el primer día de clases del año siguiente.

BENEFICIOS MÉDICOS (lo que el Plan de Seguro paga): Cuando una lesión cubierta por la póliza resulta en el tratamiento practicado por un médico autorizado para ejercer dentro de los 60 días posteriores a la fecha del accidente, la Compañía pagará los cargos usuales y habituales (Usual and Customary, U&C) incurridos por concepto de servicios cubiertos, según se menciona a continuación, por los gastos reales incurridos en un plazo de un año a partir de la fecha de la lesión y hasta el Beneficio Médico Máximo de $50,000 por lesión. (En NC, los beneficios son pagaderos después de que se cumpla el deducible, el deducible es el monto pagado o pagadero para la misma lesión por otra cobertura válida) A menos que se especifique lo contrario, todos los montos que se detallan a continuación son por lesión
La póliza pagará los beneficios sin tener en consideración otra cobertura válida si el gasto de reclamación cubierto es menor a $200. Si el gasto de reclamación cubierto supera los $200, los beneficios serán pagaderos primero por otra cobertura válida. (La cobertura es primaria en NC después del deducible e ID)

	PLAN BÁSICO	PLAN PREFERENCIAL
BENEFICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS		
Habitación y comida en el hospital (Room and Board, R&B)	Cargos por habitación semiprivada, hasta $300 por día	Cargos por habitación semiprivada hasta $1,000 por día
Cuidados intensivos (en lugar de R&B)	U&C, hasta $300 por día	U&C, hasta $1,000 por día
Servicios hospitalarios varios (todos los cargos excepto R&B o cuidados intensivos)	U&C, hasta $1,000 por día	U&C, hasta $2,000 por día
Visitas médicas no quirúrgicas (no incluye fisioterapia)	U&C, hasta $50 per visita; máximo de 10 visitas	U&C, hasta $100 per visita; máximo de 10 visitas
Fisioterapia (incluye visitas al consultorio)	Incluido en Servicios hospitalarios varios	Incluido en Servicios hospitalarios varios
Radiografías y radiología (incluye cargos por su interpretación)	Incluido en servicios hospitalarios varios	Incluido en servicios hospitalarios varios
Personal de enfermería registrado	70 % U&C	80 % U&C
BENEFICIOS QUIRÚRGICOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS		
Cirugía diurna (cargo del centro: incluye habitación, insumos y todos los demás gastos para cirugía ambulatoria)	U&C, hasta $1,000	U&C, hasta $1,500
OTROS BENEFICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS		
Cargos de la sala de emergencias del hospital	U&C, hasta $250	U&C, hasta $500
Servicios de radiografías (incluye cargos por su interpretación)	U&C, hasta $250	U&C, hasta $500
Diagnóstico por imágenes (resonancia magnética, tomografía axial computarizada y gammagrafía ósea, incluye cargos por su interpretación)	U&C, hasta $400	U&C, hasta $800
Visitas médicas no quirúrgicas (incluye fisioterapia)	U&C, hasta $50 per visita; máximo de 10 visitas	U&C, hasta $100 per visita; máximo de 10 visitas
Dispositivos ortopédicos (cuando los prescriba un médico con fines curativos)	U&C, hasta $250	U&C, hasta $500
Medicamentos recetados	U&C, hasta $100	U&C, hasta $200
Servicio de ambulancia	U&C, hasta $500	U&C, hasta $1,000
Servicios de laboratorio	U&C, hasta $100	U&C, hasta $200
OTROS SERVICIOS MÉDICOS		
Tratamiento dental (en lugar de todos los demás beneficios médicos; incluidas las radiografías de dientes sanos y naturales)	U&C, hasta $250 por diente	U&C, hasta $500 por diente
Atención médica quirúrgica (paciente hospitalizado o ambulatorio)	U&C, hasta $1,000	U&C, hasta $2,000
Cargos del cirujano asistente (paciente hospitalizado o ambulatorio)	25 % de la asignación para cirugía	25 % de la asignación para cirugía
Cargos de anestesia (paciente hospitalizado o ambulatorio)	25 % de la asignación para cirugía	25 % de la asignación para cirugía
Consulta médica (con derivación del médico tratante)	U&C, hasta $500	U&C, hasta $800
SERVICIOS VARIOS		
Lesión en vehículo motorizado (sujeto a los límites de los servicios cubiertos)	Igual que cualquier Lesión, hasta $1,000	Igual que cualquier Lesión, hasta $1,000
Reemplazo de anteojos y audífonos cuando se requiere tratamiento médico por una lesión cubierta)	U&C, hasta $100	U&C, hasta $300

MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTALES

Los beneficios mencionados a continuación serán pagaderos cuando la lesión cubierta por esta póliza resulte en muerte o desmembramiento accidentales dentro de los 180 días posteriores a la fecha del accidente.

Pérdida de la vida	$2,500	Pérdida de dos miembros	$10,000
Pérdida de un ojo	$5,000	Pérdida de un miembro	$5,000

La póliza contiene una cláusula que limita la cobertura a cargos usuales y habituales. Esta limitación puede resultar en gastos adicionales para el Asegurado.

ESTA PÓLIZA NO TIENE EL OBJETIVO DE PROPORCIONAR BENEFICIOS PARA UN PROBLEMA MÉDICO EXISTENTE. No se cubrirá una nueva lesión si el asegurado ha recibido tratamiento dentro de un período de 180 días antes de la fecha de entrada en vigencia de la póliza.

EXCLUSIONES (lo que el Plan NO paga)

La póliza no proporciona beneficios para lo siguiente:

1. Ninguna dolencia, enfermedad, infección (salvo las causadas por una herida o lesión abierta), lo que incluye, de forma no limitativa, el agravamiento de un trastorno congénito, ampollas, dolores de cabeza, hernias de cualquier clase, dolencia mental o física, enfermedad de Osgood-Schlatter, osteocondritis, osteocondritis disecante, osteomielitis, espondilólisis, deslizamiento de la epífisis capital femoral y ortodoncias.
2. Lesiones para las cuales corresponden los beneficios pagaderos según las leyes de Compensación Laboral o Responsabilidad del Empleador. (En NC, se excluyen los beneficios si el empleado, el empleador o la aseguradora son responsables según la sentencia o el acuerdo de liquidación según la ley estatal)
3. Toda lesión que involucre un vehículo motorizado de dos o tres ruedas, moto de nieve o cualquier vehículo motorizado o impulsado por motor que no esté diseñado principalmente para su uso en las calles y carreteras públicas, a menos que el asegurado participe en una actividad que patrocine el Titular de la Póliza. (En ID, el asegurado debe participar en calidad de profesional).
4. Reemplazo de lentes de contacto, o las prescripciones o exámenes que correspondan a estos.
5. La práctica o el juego de fútbol americano, incluido el transporte hacia y desde tal práctica o juego para estudiantes de 10.º a 12.º grado o estudiantes de 7.° a 9.° grado que practican o participan en fútbol americano para estudiantes de 10.° a 12.° grado (a menos que se adquiera dicha cobertura).

¿POR QUÉ MI ESTUDIANTE DEBE ESTAR CUBIERTO POR ESTE SEGURO?

Como un servicio para sus estudiantes, su escuela ofrece la oportunidad de inscribirse en un plan de seguro estudiantil contra accidentes administrado por Student Assurance Services, Inc. La participación en este plan es voluntaria. Este folleto describe varias opciones de cobertura y primas. Analice todo el folleto antes de tomar la decisión de adquirir este seguro o comuníquese directamente con nosotros para hacernos preguntas.

¿POR QUÉ LA ESCUELA PARTICIPA EN ESTA OFERTA?

Los estudiantes son especialmente susceptibles a las lesiones accidentales. Este plan ayudará a brindar cobertura para los gastos que no están cubiertos por su cobertura familiar médica o dental.

¿QUÉ CLASE DE SEGURO ES ESTE?

Este es un seguro contra lesiones corporales accidentales que se produzcan durante el plazo de vigencia de la cobertura. Las enfermedades como infecciones en los oídos o dolores de garganta no están cubiertas.

¿QUIÉN DEBERÍA CONSIDERAR LA CONTRATACIÓN DE ESTE SEGURO?

1. Todas las familias que no cuentan con otra cobertura de salud.
2. Familias que cuentan con otra cobertura médica o dental que tiene deducibles, copagos o coseguro. Nuestra póliza incluye beneficios para los gastos adicionales de su otra cobertura de salud. (La cobertura es primaria en NC después del deducible e ID)

CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

1. Notifique a la escuela y obtenga inmediatamente un formulario de reclamación. La escuela completará la Parte A del formulario de reclamación si es una lesión escolar.
2. Los padres completan la Parte B del formulario de reclamación. Responda todas las preguntas.
3. Primero, envíe copias de las facturas pormenorizadas a la cobertura familiar médico y dental del estudiante, incluso si hay un deducible alto. El otro plan de seguro enviará un informe denominado Explicación de los beneficios (Explanation of Benefits, EOB). Este plan es complementario a toda otra cobertura válida. ¡Primero se debe presentar la reclamación con la otra cobertura! (La cobertura es primaria en NC después del deducible e ID) Este plan NO cubre penalizaciones impuestas por no usar a los proveedores preferidos o designados por la cobertura primaria.
4. Envíe el formulario de reclamación completo, copias de las facturas pormenorizadas del estudiante y la EOB a:
   STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC. • PO BOX 196 • STILLWATER, MN. 55082
5. No puede tramitarse reclamación alguna si no se han proporcionado todos los documentos anteriormente mencionados.

NOTA: El estudiante debe haber sido tratado por un médico autorizado para ejercer dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la lesión. La evidencia de la reclamación debe enviarse dentro de los 90 días posteriores a la fecha del accidente o dentro de un período razonable después de este, el cual no deberá exceder de un año. Las facturas pormenorizadas deben enviarse dentro de los 90 días posteriores a la fecha del tratamiento o dentro de un período razonable después de este, el cual no deberá exceder de un año. La póliza es responsable únicamente por los gastos incurridos dentro de un año. (En NC, las facturas pormenorizadas deben enviarse dentro de los 180 días posteriores a la fecha del tratamiento, el cual no deberá exceder de un año)

Aquí se ofrece una breve descripción de algunas de las características importantes de la póliza de seguro. No es la póliza de seguro en sí ni la representa. La explicación completa de los beneficios, las excepciones y las limitaciones se incluyen en el Formulario de la Póliza de Seguro Grupal por Accidente GA-2200Ed.11-16 (y todas las especificaciones por estado) y los adjuntos que correspondan. Esta póliza es un seguro de accidentes a plazo (excepto en ID) y no es renovable. Es posible que este producto no se encuentre disponible en todos los estados y esté sujeto a regulaciones específicas de cada estado. La póliza base es emitida a su distrito escolar/escuela. Es posible obtener una copia del Aviso de privacidad y del Certificado de cobertura (donde aplique) en el sitio web www.sas-mn.com.

This provides a very brief description of some of the important features of the insurance policy. It is not the insurance policy and does not represent it. A full explanation of benefits, exceptions and limitations is contained in the Group Accident Insurance Policy Form GA-2200Ed.11-16 (and any state specific), and any applicable endorsement(s). This policy is considered term accident insurance and is non-renewable. This product may not be available in all states and is subject to individual state regulations. The Master Policy is issued to the School District/School. A copy of the Privacy Notice and Certificate of Coverage (where applicable) may be obtained on the website **www.sas-mn.com**.

¿TIENE PREGUNTAS? LLÁMENOS EN FORMA GRATUITA AL (800) 328-2739 O (651) 439-7098

Suscrito por

Ameritas

Ameritas Life Insurance Corp.
Lincoln, Nebraska

SOBRE DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES

Llene la información de inscripción adjunta, seleccione la cobertura deseada y envíela con la prima correspondiente (información de pago con cheque o tarjeta de crédito) lo más pronto posible.

NOTA: Puede adquirir este seguro en cualquier momento entre la fecha de entrada en vigencia y de vencimiento de la póliza base durante el año escolar en curso.

RECUERDE LLENAR TODA LA INFORMACIÓN REQUERIDA Y ENVIARLA JUNTO CON SU PRIMA O INFORMACIÓN DE PAGO CON SU TARJETA DE CRÉDITO A: Student Assurance Services, Inc.
P.O. Box 196
Stillwater, MN 55082-0196

A fin de que la cobertura entre en vigencia, envíe este formulario de inscripción completado lo más pronto posible.

FECHA DE RECEPCIÓN _____

Ameritas
Ameritas Life Insurance Corp.
Lincoln, Nebraska

SOBRE DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES

↑ APELLIDO DEL ESTUDIANTE ↑ (una letra en cada casilla)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE Escriba en letra de molde — INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Dirección _____ (Calle)

_____ (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Dirección de correo electrónico _____

Nombre de la escuela _____

Nombre del distrito _____

Edad del estudiante_____ Grado _____ Teléfono _____

X _____

GAA-2203Ed.11-16 (Firma del padre, la madre o el tutor legal) (Fecha)

PLANES DE COBERTURA	Primas anuales únicas de la póliza PLAN BÁSICO	PLAN PREFERENCIAL
Cobertura de tiempo completo de PK a 12.º grado Y de TODOS los deportes (excepto la Cobertura de fútbol americano)	☐ $95	☐ $160
Cobertura de tiempo escolar de PK a 8.° grado Ycon Cobertura de TODOS los deportes (excepto la cobertura de fútbol americano)	☐ $19	☐ $34
Cobertura de tiempo escolar de 9.° a 12.º Y cobertura para TODOS los deportes (excepto la cobertura de fútbol americano)	☐ $55	☐ $98
Cobertura de fútbol americano de 10.º a 12.° grado y de 7.° a 9.° grado si practican o participan en fútbol americano para estudiantes de 10.° a 12.° grado	☐ $125	☐ $240
Cobertura dental extendida PK a 12.° grado	☐ $9	☐ $9

NO ENVÍE EFECTIVO

TOTAL DE LA PRIMA

Extienda los cheques a nombre de: STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC.
* Escriba el nombre del estudiante en el anverso del cheque.
NO ES REEMBOLSABLE

L-1538

PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO DEL SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES

INDIQUE LA PRIMA SELECCIONADA Y COMPLETE LA INFORMACIÓN SOLICITADA DE INSCRIPCIÓN AL DORSO DE ESTE FORMULARIO.
Se agrega un Cargo por Procesamiento de $5.00 a TODAS las transacciones realizadas con tarjeta de crédito (no se aplica a los residentes de NC)

☐ Cargar $ _____ + $5.00 de Cargo por Procesamiento = $ _____ a la siguiente tarjeta de crédito: ☐VISA® ,☐MasterCard®, o ☐Discover®

Número de tarjeta de crédito | Código de seguridad (al dorso de la tarjeta, 3 dígitos) | Fecha de vencimiento de la tarjeta (Mes) (Año)

La facturación de la tarjeta de crédito indicará: "Student Assurance Services, Inc."

Nombre del titular en letra de imprenta _____ Fecha ____/_____/_____

Firma del titular _____

Dirección del titular _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Número de teléfono (_____) _____ - _____

GAA-2203Ed.11-16

SEPARE - Coloque dentro del sobre

L-1538