Dinuba Unified School District

ADMINISTRATIVE OFFICE: 1327 E. El Monte Way, Dinuba, California 93618
Tel. (559) 595-7200 • FAX (559) 591-3334

Seguro de accidente/médico/dental para estudiantes del año escolar 2026-27

Estimado padres/tutores de familia,

El Distrito Escolar Unificado de Dinuba Unified School District **no provee cobertura de seguro médico, accidente o dental,** para los alumnos que se lastimen en las instalaciones de la escuela o a través de las actividades escolares**.** En conformidad con la sección del Código de Educación 49472, el distrito está ofreciendo un programa de seguro médico/dental y accidente disponible a bajo costo.

Solamente planes de seguros de accidentes

El propósito de estos planes es de proveer asistencia a un costo mínimo para cumplir con algunos de los gastos por daños accidentales. Los planes pagan los primeros $500 en beneficios, en adición a otro seguro médico, que puede ayudarle a cubrir sus deducibles de seguro médico primario y/u otros gastos.

El costo de los diferentes planes está en la siguiente sección. Por favor visite la oficina de su hijo/a para obtener un folleto/solicitud; o puede obtener uno en esta página de Internet www.peinsurance.com (Oprima "Products", después "Student Insurance" e imprima el folleto y la solicitud en español). Favor de leer el folleto de los planes y beneficios para estudiantes y seleccione el plan que mejor se adapte a sus necesidades.

Todos los planes son **SOLO UN PAGO** una vez al año.

Opciones	***Bajo***	***Alto***
Plan durante el día escolar		
Grados P-8	$11.00	$25.00
Grados 9-12	$24.00	$54.00
Plan de 24-horas al día		
Grados P-8	$75.00	$161.00
Grados 9-12	92.00	192.00
Cobertura de futbol americano (Opcional)		
Grado 9	$36.00	$80.00
Grados 10-12	$84.00	$177.00

Favor de ver el folleto para detalles completos.

Planes de seguros de salud

Pacific Educators ahora puede asistir a personas con el proceso de solicitar los planes de seguros de salud que cumplan con las guías de **La Ley del Cuidado de Salud** y ayudarle a evitar posibles sanciones fiscales. Estas multas aumentaran más a partir del 2014. Algunos podrán beneficiarse para ahorros fiscales y asistencia del gobierno. Con gusto les ayudaremos a obtener información sobre todas las posibilidades de asistencia/subsidio al que estén elegibles. Favor de llamar al número que se encuentra en la parte de abajo o visite nuestra página de Internet www.peinsurance.com , oprima "Products" y después "Health Insurance".

Como el distrito NO provee cobertura de seguro médico, accidente o dental para los alumnos, esperamos que usted considere seriamente estos programas. Si tiene más preguntas, favor de llamar a Pacific Educators, Inc., al (800) 722-3365 o (714) 639-0962. Representantes bilingües están disponibles para asistencia en español.

Marti Kochevar, M. Ed.
Superintendente

INSTRUCCIONES PARA LLENAR UN FORMULARIO DE REEMBOLSO POR ACCIDENTE

- La Parte 1 del formulario de reembolso debe ser completada y firmada por un funcionario de la Escuela para las notificaciones que se presentan en virtud de la cobertura exclusiva en la escuela. La Parte 2 del formulario de reembolso debe ser completada y firmada por uno de los padres o el tutor (o el denunciante, si se trata de un adulto). Si el reembolso es presentado bajo la *cobertura de 24 horas*, el padre debe llenar y firmar el formulario de reembolso (a excepción de la sección de firma del funcionario de la escuela). Además, es necesario firmar la *Autorización HIPAA Para Permitir el Uso y la Divulgación de la Información de Salud.*
- Su plan Médico para Accidentes en la Escuela requiere que obtenga el tratamiento dentro de un plazo específico. Por favor, consulte el "Periodo de Tratamiento Inicial" en la Tabla de Beneficios en su Póliza o Certificado de Seguro.
- LA PRUEBA DEL SINIESTRO (FORMULARIO DE DENUNCIA LLENO Y FACTURAS DETALLADAS) DEBE SER PRESENTADA **DENTRO DE LOS 90 DÍAS DEL ACCIDENTE.** LAS FACTURAS ADICIONALES RELACIONADAS CON EL ACCIDENTE DEBEN SER PRESENTADAS **DENTRO DE LOS 90 DÍAS DEL TRATAMIENTO.**
- Por favor, adjunte las facturas detalladas al formulario de denuncia. Una factura de saldo adeudado no es suficiente.

  Una factura detallada es una declaración que indica:

  1.) La fecha(s) de tratamiento,

  2.) El/los tipo(s) de servicio,

  3.) El diagnóstico,

  4.) El nombre y la dirección del proveedor de servicios médicos,

  5.) Y el cargo individual para cada gasto.
- Si tiene otra cobertura de seguro (primaria); por favor, envíenos una copia de la declaración de su pago o denegación de seguro ("Explicación de Beneficios").
- Entregue el formulario completo, las facturas detalladas y otra declaración de pago o denegación (en su caso del seguro ("Explicación de Beneficios") a:

  GUARANTEE TRUST LIFE INSURANCE COMPANY, P.O. Box 1144, Glenview, Illinois 60025
- Por favor, identifique las facturas que usted ha pagado. Si prefiere que el pago se envíe directamente al proveedor médico, por favor, indíquelo en las facturas.
- Solo requerimos el envío de un formulario de reembolso lleno por accidente. Las facturas adicionales afines o el tratamiento de seguimiento a ser enviados a nuestras oficinas deben indicar su nombre, nombre de la escuela y/o el número de la póliza y la fecha del accidente.
- Le sugerimos sacar fotocopias de toda la correspondencia enviada a nuestra oficina para que conserve sus propios registros.

IMPORTANTE:

Por favor, tenga en cuenta que su reembolso podrá sufrir retrasos en el procesamiento como resultado de la ausencia en el suministro de algunos de los siguientes documentos: formularios de solicitud completos, facturas detalladas de su proveedor médico y una copia de otra declaración de su pago o seguro o de denegación ("Explicación de Beneficios ").

Si tiene alguna pregunta, por favor, comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al (800) 338-7452.

GUARANTEE TRUST LIFE INS. CO.
P.O. BOX 1144
Glenview, IL 60025
(800) 338-7452

NOMBRE DE LA ESCUELA _____

DIRECCIÓN _____

No. de Póliza _____

¡IMPORTANTE! ESTA INFORMACIÓN DEBE SER DADA O RECLAMO SERÁ DEVUELTO

SPECIAL RISK ACCIDENT CLAIM FORM

ASIGNACION DE BENEFICIOS:

Médico:_____ Hospital:_____ Otro:_____

Dirección:_____ Dirección:_____ Dirección:_____

_____ _____ _____

_____ _____ _____

Ciudad Estado Código Postal Ciudad Estado Código Postal Ciudad Estado Código Postal

Por la presente autorizo Guarantee Trust Life Insurance Co. para pagar las facturas en relación con este accidente directamente al médico, hospital u otro beneficiario indicado anteriormente.

FECHA : _____ FIRMA DEL PADRE O TUTOR _____

Reclamante - Si es un ADULTO

OFICIAL DE LA ESCUELA PARA COMPLETAR: POR FAVOR ESCRIBA

(PADRE DEBE COMPLETAR SI UNA RECLAMACIÓN de 24 HR COBERTURA ESTA COMPROMETIDA.)

1. El nombre completo del reclamante _____ Nombre alternativo _____
   Fecha de nacimiento ___/___/___ grado ____

2. Dirección del reclamante: la calle o RFD _____ Ciudad _____ Estado_____ Código Postal _____

3. Fecha del Accidente _____ 20_____ Hora _____ AM ☐ PM ☐

4. Descripción del Accidente: **(A)** ¿Cómo y dónde ocurrió? _____
   _____ (Si necesita más espacio, adjunte una hoja aparte)
   (B) Naturaleza de la lesión _____

5. Descripción de la actividad (¿Qué estaba haciendo el demandante en el momento de la lesión?) _____
   Si Atletismo, nombre del deporte _____ Intramural ☐ Interescolar ☐ Otro ☐

6. **(A)** En la fecha del accidente a qué hora empezó la escuela para este estudiante? _____ AM ☐ PM ☐
   (B) ¿A qué hora fue despedido de la escuela? _____ AM ☐ PM ☐
7. ¿Se ha presentado un reclamo anterior de este accidente? Sí ☐ No ☐

8. **(A)** Nombre de la Autoridad Escolar supervisando actividad _____
   (B) ¿Fue Supervisor un testigo? Sí ☐ No ☐
   (C) Si no, cuando se informó del accidente a la autoridad escolar? _____

TIPO DE ESCUELA EL RECLAIMANTE ASISTE: Primaria ☐ Jr. High ☐ Alto ☐ Otros ☐

Certifico que la información anterior es correcta, a la mejor de mi conocimiento y creencia.

Fecha de este informe _____ Firma del Oficial _____ Título _____

PADRES PARA COMPLETAR (o reclamante, si es un adulto) PARA QUE RECLAMO SEA PROCESADO.

9. El paciente/reclamante es eligible o esta cubierto por Medicare? ☐Sí ☐No

10. El paciente/reclamante esta cubierto por Medicaid? ☐Sí ☐No

11. ¿Tiene otro seguro, que cubre esta condición, ambos grupos, individual, de automóviles de responsabilidad médica o? ☐Sí ☐No

En caso afirmativo, dé el nombre de la empresa y número de teléfono _____

Póliza #_____

12. Nombre de los padres: Padre _____ Madre _____

Nombre del empleador: _____ _____

Dirección del empleador: _____ _____

Certifico que la información anterior es correcta, a mejor de mi conocimiento y creencia.

FIRMA:_____ **FECHA** _____ **DIRECCIÓN**_____

California - Para su protección, la ley de California exige que aparezca lo siguiente en este formulario: Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y confinamiento en una prisión estatal.

Guarantee Trust Life Insurance Company
P.O Box 1144, Glenview, Illinois 60025
1-800-338-7452

AUTORIZACIÓN HIPAA

Para Permitir el Uso y Divulgación de Información Sanitaria

Esta Autorización fue elaborada a efectos de obtener información para procesar una solicitud de prestación.

Póliza/Certificado # _____

Yo, el abajo firmante, autorizo a cualquier médico licenciado, profesional médico, hospital, clínica u otra instalación médica, farmacias, encargados de farmacia, agencia gubernamental, empresa de seguros, organización de seguros, agencia de informes de solvencia, grupo propietario de la póliza, empleador o administrador del plan de prestaciones a proporcionar a Guarantee Trust Life Insurance Company (GTL) o a algún agente, abogado o administrador independiente que actúe en su representación, cualquier información médica y sanitaria relacionada con directrices, asistencia o tratamientos proporcionados al paciente abajo nombrado. Esta información médica o sanitaria incluye información sobre el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales, consumo de alcohol y drogas. También incluye información sobre el diagnóstico, tratamiento y resultados de test de VIH, SIDA y enfermedades de transmisión sexual, salvo en los casos en que la legislación estatal lo restrinja. Esta Autorización excluye notas de psicoterapia. Esta Autorización también incluye información proporcionada a nuestro departamento sanitario para suscripciones y reclamaciones e información proporcionada a cualquier empresa de seguros afiliada en solicitudes anteriores. Entiendo que yo o mi representante autorizado tendremos derecho a recibir una copia de la Autorización si la solicitamos.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a GTL, a la atención del Encargado del Departamento de Reclamaciones, a la dirección arriba indicada. Entiendo que la revocación no será efectiva en la medida en que GTL haya usado o divulgado la información sanitaria protegida o si mi Autorización fue obtenida como condición para determinar mi elegibilidad para recibir prestaciones.

Entiendo que GTL podrá condicionar el pago de una reclamación a mi firma de esta Autorización si la revelación de información fuera necesaria para determinar el nivel o validez del pago reclamado. En caso de no firmar esta Autorización o de ser revocada, GTL podría verse impedida de procesar su solicitud o evaluar reclamos presentados, y ello podrá ser motivo para denegar una solicitud o reclamo de prestaciones; sin embargo, su capacidad de recibir atención sanitaria y servicios no se verá alterada en caso de no firmar esta Autorización.

Una vez la información sea revelada a GTL en cumplimiento de esta Autorización, la información seguirá protegida por GTL de acuerdo con las leyes federales o estatales de privacidad. Sin embargo, también entiendo que si alguna persona o entidad que reciba esta información no se encontrara protegida por regulaciones federales de privacidad, la información podrá ser divulgada a su vez por dicha persona o entidad, y dejará de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Esta autorización conservará su fuerza y efecto hasta pasados dos (2) años desde la fecha de su firma, momento en el que vencerá esta autorización.

Si esta Autorización es firmada por un representante autorizado, la autoridad de dicho individuo para actuar en mi representación queda descrita abajo

(En Letras de Imprenta) Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Firma del Paciente _____ Fecha _____

(En Letras de Imprenta) Nombre del Representante Autorizado o Familiar _____

Relación del Representante Autorizado o Familiar con el Paciente _____

Firma del Representante Autorizado o Familiar _____ Fecha _____

Pacific Educators
Insurance Services

- Tenga en cuenta que hay cuatro páginas del folleto (no incluido ésta)

- Usted puede aplicarse en línea con una tarjeta de crédito. Aquí la informacion: https://www.peinsurance.com/signup/

- Si desea realizar su solicitud, la tercera página es la aplicación que puede imprimir y llenar a mano, **o puede completar en la computadora e imprimir**. POR FAVOR NO ENVIE DINERO EN EFECTIVO. Haga un cheque o giro postal a Pacific Educators y envíelo a:

    - **Pacific Educators**
      2808 E. Katella Ave, Suite 101
      Orange, CA 92867

- La última página es una **tarjeta GRATIS del programa de prescripción para medicamentos,** se puede imprimir y llevar a una farmacia para ayudar a alguien a reducir el costo de medicamentos.

- Si tiene alguna pregunta, por favor no dude en ponerse en contacto directamente con nosotros (800) 722-3365 o correo electrónico en applications@peinsurance.com

PLANES DE SEGUROS DE ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES 2026-2027

RECOMENDAMOS LA COBERTURA DE 24 HORAS DEL DÍA

- ¡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 le proporcionan beneficios para ayudarle a cubrir los costos médicos y hospitalarios.
- Si usted tiene otro seguro, estos planes pueden ayudarle a cubrir los deducibles y los coseguros de dichos planes.
- Si usted no tiene otro seguro, estos planes le 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
✓	✓	La cobertura se vuelve efectiva el día que Guarantee Trust Life Insurance Company (GTL) o su representante reciba el pago de la prima (pero no antes del primer día que abra la escuela).
✓	✓	Proporciona cobertura durante las horas en las cuales la escuela está en actividades regulares.
✓		Proporciona cobertura las 24 horas del día.
✓	✓	Proporciona cobertura durante el tiempo necesario para viajar entre el hogar del asegurado y el inicio o fin de las actividades escolares regulares.
✓	✓	Proporciona cobertura mientras se participa (o se 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 y proporcionado 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.

Para presentar un reclamo: Reporte los accidentes al oficial de la escuela. se proporcionarán formularios simplificados en la oficina del director (durante las vacaciones, contacte a los administradores del plan). Se debe proporcionar una prueba completa de pérdida y facturas acumuladas a Guarantee Trust Life Insurance Company dentro de 90 días.

COBERTURA DE ACCIDENTES LAS 24 HORAS DEL DÍA

¡Protección las 24 horas para cada accidente cubierto!

Ayuda a proteger 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

Su hijo está protegido al asistir a las actividades escolares regulares. También está cubierto el viaje directamente hacia y desde su residencia para asistir a las actividades escolares regulares para el tiempo requerido, pero no más de una hora antes o después de las clases regulares. El tiempo de viaje en el autobús escolar se extiende a cualquier tiempo adicional necesario. Además, se proporciona cobertura al participar en (o asistir a) actividades cubiertas que son organizadas, patrocinadas y supervisadas exclusiva y únicamente por la escuela y los empleados de la escuela, incluyendo el viaje directamente hacia y desde una actividad en un vehículo asignado para el traslado, proporcionado por la escuela y supervisado únicamente por empleados de la escuela. La cobertura opcional puede ser necesaria para deportes interescolares. Vea las OPCIONES para descubrir cualquier cobertura opcional para deportes.

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.

Este es un ejemplo de los beneficios de su hijo. Por favor guárdelo. Esto no es un contrato. La póliza principal está archivada en la escuela.

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.

¿Qué cubren? *Hasta un* máximo de $50,000 de acuerdo a la descripción en la Beneficios Por Lesión

■ 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, los cuáles comienzan en los primeros 120 días después del accidente y que se incurren en las primeras 52 semanas de la primera fecha de tratamiento médico.

BENEFICIOS POR LESIÓN - Los beneficios se pagan *hasta el* monto en dólares especificado a continuación	**OPCIÓN ALTA**	**OPCIÓN BAJA**
ATENCIÓN HOSPITALARIA Y DE ENFERMERÍA GENERAL Alojamiento y manutención por día		
- Tarifa de cuarto semiprivado	100% de lo razonable y usual	$300
- Cuidado intensivo, por día	$1,200	$600
CARGOS VARIOS PARA PACIENTE HOSPITALIZADO Y AMBULATORIO	$3,000	$1,500
ATENCIÓN HOSPITALARIA DE EMERGENCIA Honorarios profesionales excluidos	$300	$150
HONARIOS DEL DOCTOR POR CIRUGÍA Limitado a un máximo de	$5,000	$3,000
ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA	100% de lo razonable y usual	
HONORARIOS DEL CIRUJANO ASISTENTE	100% de lo razonable y usual	
CONSULTAS NO QUIRÚRGICAS AMBULATORIAS Una visita por día, incluida la terapia física, la cual se limita a 9 visitas		
- Primera Visita	$120	$60
- Cada visita a partir de ese momento	$60	$30
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS Incluyendo aparatos ortopédicos	$100	$50
CARGOS POR AMBULANCIA	100% de lo razonable y usual	$250
SERVICIOS AMBULATORIOS DE RAYOS X	$500	$250
PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES Incluyendo la interpretación por RMI/TAC	$900	$500
MEDICAMENTOS DE PRESCRIPCIÓN	100% de lo razonable y usual	$50
TRATAMIENTO DENTAL Para una lesión de dientes sanos naturales, por cada diente	$300	$150
GASTOS DE REEMPLAZO DE ANTEOJOS Para anteojos rotos, lentes o lentes de contacto resultantes de una lesión requiriendo tratamiento medico	$150	$100
AGRAVACIÓN O LESIÓN POR CONDICIÓN EXISTENTE	$500	$500
Para los beneficios que se muestran a continuación, sólo se pagará una de las cantidades, la más grande, por cualquier pérdida resultante de un accidente		
MUERTE ACCIDENTAL Causada por una lesión y que ocurra dentro de los 365 días del accidente cubierto	$5,000	$5,000
DESMEMBRAMIENTO Causado por una lesión y que ocurra dentro de los 365 días del accidente cubierto		
- Pérdida de una mano, pie u ojo	$5,000	$5,000
- Ambas manos, pies u ojos	$10,000	$10,000

Opción De Beneficio Dental Extendido: Por una prima adicional, el Beneficio de Tratamiento Dental se incrementará para pagar todos los cargos razonables y usuales para examinación, diagnósticos y rayos X; tratamiento restaurativo, endodoncia; y cirugía oral (no incluye periodoncia u ortodoncia); hasta $250 por prótesis dental para pagar el costo de un puente, dentadura parcial o dentadura, o para reemplazar reparaciones dentales en condiciones similares. Si durante el Período de Beneficios el dentista del Asegurado certifica que el tratamiento debe ser aplazado, la aseguradora pagará hasta un máximo de $100 por todos los otros beneficios dentales.

Ecláusula De Exceso: El pago de todos los cargos cubiertos superiores a los $500 será considerado como exceso, si cualquier otro seguro o plan válido y cobrable cubre a la persona asegurada. GTL pagará los primeros $500 en cargos cubiertos sin importar la existencia de otro seguro.

Exclusiones: La póliza no proporciona los siguientes beneficios: 1. Tratamiento, servicios o suministros que: no sean médicamente necesarios; no son prescritos por un Médico a como sea necesario para tratar alguna lesión; están determinados a ser de naturaleza Experimental/Investigativa; se reciben sin cargo ni obligación legal de pago; se reciben de personas empleadas o retenidas por el titular de la póliza o cualquier miembro de la familia, a menos que se especifique lo contrario; o no están específicamente listados como Cargos Cubiertos en la Póliza; 2. Lesión intencionalmente autoinfligida; 3. Lesión recibida al violar o intentar violar cualquier ley debidamente promulgada; 4. Lesiones por actos de guerra, ya sea declarada o no; 5. Lesiones cubiertas por la Compensación a Trabajadores o la Ley de Enfermedades Profesionales; 6. Agotamiento por caloro golpe de calor; 7. Hernia o epífisis capital de femoral deslizado; 8. Lesión causada directamente por peleas o altercados, excepto como víctima inocente; 9. Lesiones sufridas al operar, viajar o subirse o bajarse de cualquier vehículo recreativo de dos, tres o cuatro ruedas con motor / máquina o motonieve o vehículo todo terreno (ATV); 10. Lesión sufrida mientras participaba o jugaba fútbol americano de tackle interescolar en los grados 9-12, incluido el viaje para participar, a menos que se haya comprado una cobertura opcional; 11. Tratamiento de enfermedades, dolencias o infecciones, excepto infecciones que resulten de alguna lesión accidental o infecciones que resulten por la ingestión accidental, involuntaria o no intencionada de alguna sustancia contaminada; 12. Cualquier multa impuesta por otro plan o seguro válido y cobrable por no seguir los procedimientos del plan; 13. Los cargos por tratamientos, servicios o suministros que excedan los cargos razonables y habituales; 14. Pérdidas derivadas directa o indirectamente de cualquier liberación y/o contaminación química o biológica que resulte de una actividad terrorista; 15. Cualquier pérdida como resultado de una actividad terrorista y/o de armas de destrucción masiva no detonantes; 16. Cualquier pérdida que surja directa o indirectamente de cualquier explosión, detonación, liberación y/o contaminación nuclear, ya sea en tiempo de paz o de guerra, e independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o en cualquier otra secuencia a ello.

Administrado por: **PACIFIC EDUCATORS, INC.**, 2808 E. Katella Ave., Suite 101, Orange, CA 92867-5299 - (714) 639-0962 or (800) 722-3365
Licencia en California de Pacific Educators No. - 0429928

Reclamaciones suscritas y 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 Alta**	**Opción Baja**
Protección Las 24 Horas al Día **$50,000 Maximo Por Lesión** Grados P - 8 Grados 9 -12	 ❑ $161 ❑ $192	 ❑ $75 ❑ $92
Plan Tiempo Escolar **Máximo Por Lesión:** **$50,000** Para Opción Alta **$25,000** Para Opción Baja Grados P - 8 Grados 9 -12	 ❑ $25 ❑ $54	 ❑ $11 ❑ $24
Cobertura Fútbol Americano (sólo temporada 2026) **$25,000 Maximo Por Lesión** Pagable en adición a los planes 24 horas o Tiempo Escolar Grado 9 Grados 10 - 12	 ❑ $80 ❑ $177	 ❑ $36 ❑ $84
Opción de Beneficios Dentales Extendidos ❑ $6		
TOTAL $_____ (favor no enviar efectivo) HAGA CHEQUE PAGADERO A: **PACIFIC EDUCATORS, INC.**		
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 _____

_____
Firma del Padre o Tutor

Para Pagar Con Tarjeta De Crédito / Débito (Aplican Tarifas) www.peinsurance.com (marque: PRODUCTS y luego: STUDENTS) o llama AL 800-722-3365

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:

Pacific Educators, Inc.
2808 E. Katella Ave., Suite 101
Orange, CA 92867-5299

POR FAVOR TOME EN CUENTA: SU CHEQUE CANCELADO ES SU RECIBO. SI NO RECIBE UN CHEQUE CANCELADO DENTRO DE 60 DÍAS, POR FAVOR COMUNÍQUESE CON EL ADMINISTRADOR DE SU PLAN.

Para obtener un servicio más rápido, puede pagar por medio de tarjeta de crédito o débito (aplican tarifas). Por favor visítenos en:
Pacific Educators - www.peinsurance.com
(chasque PRODUCTS entonces STUDENTS)
o llama 800-722-3365

Pacific Educators
FREE Prescription Drug Card

Member: California Student
ID Number: 26291W22ES
Program: UNARxCard
RxBIN: 610709
RxGrp: PFCEDU

Note: Todos son elegibles para este programa. No hay restricciones de edad orincome . Cada miembro de la familia debe tener su tarjeta / herown . Si no puede imprimir una una tarjeta de tener su farmacia llamada Línea de Ayuda thePharmacy y les ayudará yourprescription proceso.

ESTE PROGRAMA NO ES SEGURO
Este programa es un PUNTO DE VENTA plan de descuento

INSTRUCCIONES Esta tarjeta es pre-activado y se puede utilizar inmediatamente. Sólo hay que imprimir esta tarjeta participating pharmacy to receive a discount. You can search y llevar a cualquier farmacia participante para recibir un descuento. Puede buscar farmacia, información de precios, preguntas frecuentes en el sitio web. Estamos restringidos de la revelación de precios de los medicamentos sobre el teléfono.
Atención al cliente (llamada gratuita) 800-726-4232

ATTENTION PHARMACIST If you need help processing a prescription call our Pharmacy Help Line at Pharmacy Help Line (TOLL FREE) 877-321-6755.

PROGRAM POWERED BY:
United Networks OF AMERICA
UNARxCard

© Copyright 2010 United Networks of America

IMPORTANTE: TARJETA DE IMPRESIÓN . USTED NECESITA PARA LLEVAR ESTA TARJETA A LA FARMACIA CON SU RECETA.

Estamos orgullosos de anunciar que el Pací co Educadores ahora está haciendo disponible una **GRATIS con receta Programa de la tarjeta de drogas** para ayudar a alguien a reducir sus costos de medicamentos recetados.

Esta tarjeta se puede utilizar con un plan primario y / o en las recetas no cubiertos por su plan de seguro. También puede ser usado incluso si usted no tiene ningún tipo de seguro . El Programa Rx Card no tiene restricciones o requisitos de participación y está abierto a cualquier persona.

Esta receta gratuitos tarjeta de medicamentos es pre - activado y se puede utilizar inmediatamente.

