

Cobertura del seguro estudiantil contra accidentes 2024-2025



Su escuela ha contratado el seguro estudiantil contra accidentes que cubre actividades patrocinadas y supervisadas por la escuela. Este folleto le proporciona la oportunidad de ampliar la cobertura del seguro contra accidentes contratado por su escuela, tal y como se explica a continuación.

Cobertura opcional contra accidentes las 24 horas

La cobertura del seguro se amplía para proporcionar protección contra lesiones ocurridas durante las horas y los días escolares y durante la asistencia y la participación en actividades patrocinadas y supervisadas por la escuela tanto dentro como fuera de las instalaciones escolares. La cobertura ampliada de accidentes proporciona cobertura durante los fines de semana y los periodos de vacaciones incluido todo el verano. Los estudiantes están protegidos mientras están en sus hogares o fuera de los mismos, en cualquier lugar y en cualquier momento. No se proporciona cobertura durante la participación en 1) deportes interescolares o 2) actividades patrocinadas y supervisadas por la escuela que ya están cubiertas por el programa del seguro estudiantil contra accidentes contratado por la escuela.

Prima anual

Plan estándar - \$32.00

Plan intermedio - \$59.00

Plan premier - \$155.00

Cobertura opcional contra accidentes las 24 horas – Cobertura solamente durante el verano, únicamente para estudiantes

El verano comienza el primer día después de que finalice el año escolar.

El verano finaliza el primer día del siguiente año escolar.

Plan estándar - \$14.00

Plan intermedio - \$26.00

Plan premier - \$61.00

Cobertura dental opcional las 24 horas (puede contratarse por separado o con otra cobertura)

La cobertura tiene vigencia las 24 horas del día. Se debe tratar la lesión dentro de los 60 días después de ocurrido el accidente. Los beneficios se abonan dentro de los 24 meses posteriores a la fecha de la lesión. El límite máximo de gastos aprobados a pagar por lesión cubierta asciende a \$50,000. Además, en los casos en que el odontólogo certifique que se debe posponer el tratamiento hasta después del Periodo de Beneficios, se pagarán los beneficios diferidos hasta una cantidad máxima de \$600. El estudiante deberá recibir tratamiento de un odontólogo legalmente certificado, que no sea su familiar directo. La cobertura se limita al tratamiento de los dientes sanos y naturales.

Prima anual: \$8.00

Periodo de cobertura

La cobertura opcional contra accidentes las 24 horas y la cobertura dental opcional las 24 horas entran en vigencia en 1) la fecha en la que complete su suscripción en línea y pague su prima, o 2) la fecha en la que el agente reciba su formulario de inscripción y el pago de la prima, pero no antes del primer día del año escolar. La cobertura opcional contra accidentes las 24 horas y la cobertura dental opcional terminan cuando la escuela reinicia sus actividades el siguiente año escolar. La cobertura se encuentra disponible conforme a los planes descritos durante todo el año escolar según las primas cotizadas.

(Las primas prorrateadas no se encuentran disponibles).

Cobertura primaria: Primaria

Se pagarán los beneficios por los gastos médicos cubiertos desde el primer dólar del gasto en el que se incurra. Los beneficios se pagan de manera adicional a cualquier otro pago que pueda recibirse de otro seguro.

Beneficios por gastos médicos por accidente

Cuando un accidente cubierto por la póliza resulte en 1) un tratamiento impartido por un médico o cirujano legalmente cualificado (que no sea familiar directo del estudiante ni una persona contratada por la escuela) o 2) la hospitalización del asegurado para recibir un tratamiento dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la lesión, la Compañía pagará los beneficios según lo indicado en la Tabla de Beneficios. Solamente se cubrirán los gastos médicos elegibles en los que incurrió el Asegurado dentro de las 52 semanas a partir de la fecha del accidente. Los beneficios para cualquier accidente no excederán en total la cantidad máxima establecida en la Tabla de Beneficios del Plan contratado. No se cubrirán los gastos en los que se incurra después de un año a partir de la fecha de la lesión, aunque el servicio sea continuo o sea necesario demorarlo pasado un año desde la fecha de la lesión.

Beneficios por muerte accidental y desmembramiento

Cuando una lesión cubierta por la póliza resulta en cualquiera de las pérdidas establecidas en la Tabla de Beneficios por muerte accidental o desmembramiento, la Compañía pagará los beneficios establecidos en la tabla para dicha pérdida. La pérdida debe haberse sufrido dentro de los 365 días posteriores a la fecha del accidente.

El beneficio máximo a pagar se establece en la Tabla de Beneficios en el punto Beneficios Máximos, y cubre las siguientes pérdidas:

1) Vida; 2) ambas manos o ambos pies, o la vista en ambos ojos; 3) una mano y un pie; 4) una mano y la vista completa en un ojo; 5) un pie y la vista completa en un ojo. Se pagará la mitad del beneficio máximo por la pérdida de una mano, un pie o la vista en un ojo o la pérdida del dedo pulgar y dedo índice de la misma mano. Pérdida de la mano o pie significa la amputación total a la altura o por encima de la muñeca o la articulación del tobillo. Pérdida de la vista significa la pérdida completa y permanente de la vista en un ojo. La pérdida de la vista debe ser irreparable por medios naturales, quirúrgicos o artificiales. Pérdida del pulgar e índice de la misma mano significa la amputación total a la altura o por encima de las articulaciones metacarpofalángicas de la misma mano (las articulaciones entre los dedos y la mano). Amputación significa la separación total y el desmembramiento de una parte del cuerpo.

Si el Asegurado sufre más de una de las pérdidas cubiertas mencionadas anteriormente como resultado del mismo accidente, la cantidad total que pagará la Compañía será la cantidad del beneficio máximo. Los beneficios se pagarán de manera adicional a cualquier otro beneficio proporcionado por la Póliza.

Definiciones

Accidente cubierto significa un evento repentino, inesperado y externo que resulta, directamente e independientemente de todas las demás causas, en una lesión o pérdida. El accidente debe ocurrir durante el periodo de vigencia de la Póliza y mientras el Asegurado está cubierto por la misma. **Gastos razonables** significa el promedio que cobran la mayoría de los proveedores por el tratamiento, los servicios e insumos dentro del área geográfica donde se proporciona el tratamiento, el servicio y los insumos. Dichos servicios e insumos deben ser recomendados y aprobados por un médico.

Exclusiones

No se pagarán beneficios por lesiones causadas por: 1) suicidio, lesión autoinfligida intencionalmente, o cualquier intento similar, esté la persona en su sano juicio o no; 2) tratamiento de hernia de cualquier tipo; 3) viajar en un vehículo estándar o un vehículo motorizado recreativo que no requiere licencia de vehículo motorizado; 4) cometer o intentar cometer un delito grave o agresión, o por iniciar o participar activamente de un disturbio o insurrección; 5) guerra declarada o no declarada o acto de guerra; 6) servicios o tratamiento proporcionado por personas que no cobran usualmente por servicios, a menos que exista la obligación legal de pagar; 7) realizar un vuelo, embarcar en o descender de una aeronave excepto que el Asegurado sea un pasajero que haya pagado su boleto en una aerolínea comercial o un vuelo chárter regular; 8) practicar bungee-jumping (puenting), paracaidismo, paracaidismo con caída libre, parapente, parasailing, ala delta; 9) un accidente si el asegurado es el operador de un vehículo motorizado y no posee una licencia válida de conductor del vehículo motorizado, a menos que posea un permiso de aprendiz válido y reciba instrucciones del instructor de manejo; 10) servicios o tratamiento proporcionado por cualquier persona empleada o contratada por el titular de la póliza o que resida en la residencia del asegurado: un padre, un hermano, un cónyuge o niño del asegurado o del cónyuge del asegurado o el asegurado; 11) cirugía estética, excepto la cirugía reconstructiva necesaria como resultado de una lesión cubierta por la póliza; 12) lesiones cubiertas conforme a la ley de indemnización laboral o cualquier ley similar; 13) enfermedad, dolencia, enfermedad corporal o mental, infección bacteriana o viral o tratamiento médico o quirúrgico que de allí resulte, excepto cualquier infección bacteriana que resulte de un corte o herida externa accidental, o una ingestión accidental de alimentos contaminados; 14) por estar legalmente intoxicado según lo establecido en las leyes del estado en el cual ocurra la lesión o por la ingestión voluntaria de estupefacientes, drogas, veneno, gas o escapes, a menos que sean recetados o se tomen por instrucción de un médico y de acuerdo con la dosificación prescrita; 15) cualquier estancia en hospital o días de estancia en hospital que no correspondan al tratamiento apropiado por la afección y su ubicación; 16) tratamiento de la lesión que resulte de una afección que el asegurado conocía el día en que se produce una lesión cubierta por la póliza, a menos que la compañía haya recibido el alta médica por escrito de su médico; 17) lesión sufrida como resultado de una práctica o participación en cualquier deporte interescolar, o lesiones cubiertas por el seguro estudiantil contra accidentes. Pueden aplicarse limitaciones adicionales. Consulte la política para obtener detalles adicionales.

Conserve esta descripción para sus registros

AVISO IMPORTANTE – ESTA PÓLIZA NO OFRECE COBERTURA POR ENFERMEDAD. La información aquí descrita es una reseña de los aspectos importantes de esta póliza de seguro. No es un contrato. Los términos y condiciones de la cobertura se especifican en el formulario de póliza serie AH-BAM-2002, o sus versiones correspondientes según el estado, suscrito por QBE Insurance Corporation. Esta póliza ampliada de seguro médico por accidentes se encuentra sujeta a las leyes de la jurisdicción donde fue emitida. Pueden aplicarse exclusiones y limitaciones adicionales. Puede solicitar una copia de la póliza.

Cómo presentar una reclamación

En caso de accidente, los estudiantes deberán notificarlo a la escuela de inmediato. A fin de presentar una reclamación, deberá solicitar un formulario de reclamaciones a la escuela, adjuntar al formulario completo el o los recibos de pagos efectuados y enviarlo por correo a la dirección indicada en el formulario.

Llamar al Administrador de Reclamaciones que se indica abajo para cualquier consulta sobre reclamaciones.

Las reclamaciones de beneficios deben presentarse dentro de los 90 días posteriores a la fecha del accidente o tan pronto como sea posible.

Gerente del programa:

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

Línea gratuita: **888.574.6288**

Administrador de reclamaciones:

Health Special Risk, Inc.
8400 Belleview Drive, Suite 150
Plano, TX 75024

Línea gratuita: **866.409.5734**

Tabla de beneficios

Cobertura de lesiones por accidentes solamente

Beneficio máximo:	<u>Plan estándar</u>	<u>Plan intermedio</u>	<u>Plan premier</u>
Opción Escolar	\$25,000	\$25,000	\$25,000
Opción 24 horas	\$25,000	\$25,000	\$25,000
Opción Fútbol Americano	\$25,000	\$25,000	\$25,000
Beneficio por muerte accidental / desmembramiento doble	\$10,000 / \$15,000	\$10,000 / \$15,000	\$10,000 / \$15,000
Desmembramiento único	\$5,000	\$5,000	\$5,000
Periodo de pérdida para recibir los beneficios médicos	El tratamiento debe comenzar dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la lesión		
Periodo para beneficios médicos, por muerte accidental y desmembramiento	1 año	1 año	1 año
Cobertura médica primaria por accidentes	Primaria	Primaria	Primaria
Gastos cubiertos:			
Servicios de hospital/centro médico - Hospitalización			
Habitación y alimentos en el hospital (tarifa de habitación semi privada)	\$150 máx. por día	\$200 máx. por día	80% GR*
Servicios varios para pacientes hospitalizados	\$500 máx. por día	\$1,000 máx. por día	80% GR*
Servicios de enfermera matriculada	75% GR*	80% GR*	80% GR*
Consultas médicas (Una consulta/día máx.; solo aplicable a visitas no quirúrgicas)	\$30 primera consulta / \$25 cada consulta subsiguiente	\$50 primera consulta / \$30 cada consulta subsiguiente	80% GR*
Servicios de hospital/centro médico - Ambulatorio			
Servicios varios para pacientes ambulatorios (excepto los servicios del médico y las radiografías, que se especifican a continuación)	\$750 máximo	\$1,000 máximo	80% GR* / \$5,000 Máximo
Tratamiento en sala de emergencias del hospital	\$150 máximo	\$250 máximo	80% GR*
Servicios del médico			
Gastos quirúrgicos	\$750 máximo	\$1,000 máximo	80% GR* / \$5,000 máximo
Cirujano auxiliar y/o anestesiólogo	20% de beneficios quirúrgicos	25% de beneficios quirúrgicos	80% GR*
Asesor médico	\$200 máximo	\$400 máximo	80% GR*
Consultas médicas (Una consulta/día máx.; solo aplicable a visitas no quirúrgicas; no incluye terapia física)	\$30 primera consulta / \$25 cada consulta subsiguiente	\$50 primera consulta / \$30 cada consulta subsiguiente	80% GR* / \$50 por día máximo
Tratamiento médico ambulatorio relacionado con Terapia física (Una consulta/día máx.)	\$30 primera consulta / \$20 cada consulta subsiguiente / 5 consultas máx.	\$40 primera consulta / \$30 cada consulta subsiguiente / 5 consultas máx.	80% GR* / \$50 por día máximo / 15 consultas máximo
Otros servicios			
Recetas - ambulatorio	\$50 máximo	\$100 máximo	80% GR*
Radiografías, con informe - ambulatorio	\$200 máximo	\$400 máximo	80% GR*
Diagnóstico por imágenes (resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, etc.) con informe - ambulatorio	\$200 máximo	\$400 máximo	80% GR* / \$1,200 máximo
Laboratorio	\$50 máximo	\$150 máximo	80% GR* / \$600 máximo
Ambulancia	\$200 máx.	\$500 máx.	80% GR*
Equipo médico de larga duración (incluidos soportes y aparatos ortopédicos)	\$75 máximo	\$100 máximo	80% GR*
Reemplazo de gafas, audífonos, lentes de contacto, si además se recibe tratamiento médico para la lesión cubierta	100% GR*	100% GR*	100% GR*
Tratamiento dental para los dientes sanos y naturales a causa de una lesión cubierta	\$100/diente	\$300/diente	80% GR*
* GR significa Gastos razonables			
Cobertura elegida: (Consérvese para sus registros)			
Plan estándar	<input type="checkbox"/> Accidente las 24 horas \$32.00	<input type="checkbox"/> Accidente las 24 horas solo en verano \$14.00	
Plan intermedio	<input type="checkbox"/> Accidente las 24 horas \$59.00	<input type="checkbox"/> Accidente las 24 horas solo en verano \$26.00	
Plan premier	<input type="checkbox"/> Accidente las 24 horas \$155.00	<input type="checkbox"/> Accidente las 24 horas solo en verano \$61.00	
	<input type="checkbox"/> Cobertura dental ampliada las 24 horas \$8.00		

Suscripción

Para solicitar la cobertura con tarjeta de crédito, diríjase a www.k12studentinsurance.com.

También puede suscribirse **utilizando el formulario que se muestra a continuación. Recorte el formulario por la línea punteada, complételo y envíelo por correo junto con su cheque u orden de pago, a la siguiente dirección:**

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

¿PREGUNTAS?
Línea gratuita: 888.574.6288

Si desea inscribir a más de un estudiante, complete un formulario distinto para ese estudiante. **No envíe dinero en efectivo.**

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN 2024 – 2025 (completar a máquina o en letra mayúscula)

Apellido del estudiante:	Nombre del estudiante:	Inicial del segundo nombre del estudiante:	Grado
Dirección		Ciudad	Estado
			Código postal
Número telefónico		Fecha de nacimiento	
Email			
Sistema escolar o distrito escolar		Nombre de la escuela	

Marque la opción elegida.

Plan estándar	<input type="checkbox"/>	Accidente las 24 horas \$32.00	<input type="checkbox"/>	Accidente las 24 horas solo en verano \$14.00
Plan intermedio	<input type="checkbox"/>	Accidente las 24 horas \$59.00	<input type="checkbox"/>	Accidente las 24 horas solo en verano \$26.00
Plan premier	<input type="checkbox"/>	Accidente las 24 horas \$155.00	<input type="checkbox"/>	Accidente las 24 horas solo en verano \$61.00
	<input type="checkbox"/>	Cobertura dental ampliada las 24 horas \$8.00		

Efectuar los cheques o pagos en efectivo a la orden de: QBE Insurance Corporation.

Total adjunto:

Firma del padre/madre o tutor	Fecha
-------------------------------	-------

Tarjeta de identificación de estudiante

Por favor, complete la información que se requiere a continuación y recorte por las líneas punteadas.



Tarjeta de identificación estudiante 2024 – 2025

Nombre de la escuela:	Distrito escolar:
-----------------------	-------------------

Nombre del estudiante:

PREGUNTAS SOBRE RECLAMACIONES: LLAME AL 866.409.5734

