

FÚTBOL INTERESCOLAR

SEGURO ANTE ACCIDENTES PARA LA JUNTA DE EDUCACIÓN DEL CONDADO DE DEKALB 2016-2017



Ofertado por:



P.O. Box 1185 • Marietta, Georgia 30061

Teléfono: (770) 427-2461

Fuera del área de marcado de Atlanta: 1-800-633-2360

Garantizado por:

United States Fire Insurance Company
junto con Fairmont Specialty, una división de Crum &
Forster
Eatontown, Nueva Jersey

NOTA

Esta carpeta no es un contrato. Es solamente una referencia de los beneficios. Puede leer el certificado oficial en la oficina del distrito escolar. Conserve esta carpeta para referencias futuras. Conserve su cheque cobrado como prueba de su cobertura.

PROTECCIÓN DE SEGURO ANTE ACCIDENTES PARA EL FÚTBOL INTERESCOLAR SECUNDARIO QUE BRINDA UN MÁXIMO DE \$25.000 EN GASTOS MÉDICOS

BENEFICIOS MÉDICOS

Si un alumno recibe tratamiento de un médico o cirujano (que no sea un miembro de la familia) o está internado en un hospital, y el tratamiento comienza en el lapso de 60 días desde el día de la lesión, la Empresa pagará los gastos razonables y habituales en los que se incurra por la atención médica, odontológica u hospitalaria de conformidad con las provisiones, limitaciones y exclusiones descritas en este folleto. La Empresa pagará estos gastos durante un año completo contado desde la fecha de la lesión. La lesión debe producirse mientras la póliza está en vigencia.

BENEFICIOS POR MUERTE, PÉRDIDA DE MIEMBROS Y PÉRDIDA DE VISIÓN

Se paga, además de otros beneficios, uno de los siguientes:

el monto más grande que se aplique

(en un lapso de 180 días desde la fecha de la lesión)

Pérdida de vida \$ 2 500

Pérdida de ambas manos,

ambos pies o la vista de los dos ojos \$ 10 000

Pérdida de una mano, un pie o la vista de un ojo.... \$ 5 000

Los beneficios se pagan hasta los siguientes montos máximos

	DE PRIMER NIVEL	PREFERENCIAL	BÁSICO
Alojamiento y comida en el hospital	Tarifa de habitación semiprivada	Tarifa de habitación semiprivada	\$ 150,00 por día
Servicios y suministros hospitalarios	80% de lo razonable y habitual, hasta \$ 5 000,00	80% de lo razonable y habitual, hasta \$ 3 000,00	70% de lo razonable y habitual, hasta \$ 2 000,00
Sala de emergencias hospitalaria (incluye todos los servicios y suministros, con la excepción de las radiografías)	Lo razonable y habitual, hasta \$ 500,00	Lo razonable y habitual, hasta \$ 200,00	Lo razonable y habitual, hasta \$ 100,00
Cirugía	Lo razonable y habitual al 80 %	Lo razonable y habitual al 80 %	Lo razonable y habitual al 80 %
Tratamiento médico ambulatorio (todos los servicios y suministros, con la excepción de las radiografías)	\$ 100,00 por la primera consulta; \$ 75,00 por cada consulta subsiguiente, con un máximo de 5 consultas	\$ 40,00 por consulta con un máximo de 5 consultas	\$ 25,00 por la primera consulta; \$ 75,00 por cada consulta subsiguiente, con un máximo de 5 consultas
Servicios de enfermeras registradas	Lo razonable y habitual en su totalidad	Lo razonable y habitual en su totalidad	Lo razonable y habitual en su totalidad
Radiografías, diagnóstico por imágenes, resonancia magnética, tomografías computarizadas, etc.	80% de lo razonable y habitual, hasta \$ 750,00	80% de lo razonable y habitual, hasta \$ 300,00	80% de lo razonable y habitual, hasta \$ 150,00
Terapia física (dentro o fuera del hospital)	Lo razonable y habitual, hasta \$ 250,00	Lo razonable y habitual, hasta \$ 100,00	\$ 25,00 por la primera consulta; \$ 15,00 por cada consulta subsiguiente, con un máximo de 5 consultas
Transporte por tierra en ambulancia	Lo razonable y habitual	Lo razonable y habitual	Un viaje completo
Fajas y dispositivos ortopédicos	Lo razonable y habitual, hasta \$ 200,00	Lo razonable y habitual, hasta \$ 50,00	Lo razonable y habitual, hasta \$ 25,00
Prescripciones	Los gastos razonables y habituales como paciente hospitalizado; Lo razonable y habitual hasta \$ 100,00 como paciente ambulatorio	Los gastos razonables y habituales como paciente hospitalizado; Lo razonable y habitual hasta \$ 50,00 como paciente ambulatorio	Los gastos razonables y habituales como paciente hospitalizado; Lo razonable y habitual hasta \$ 25,00 como paciente ambulatorio
Tratamiento odontológico	\$ 250,00 por diente natural	\$ 150,00 por diente natural	\$ 150,00 por diente natural
Lesiones que involucren vehículos a motor	Hasta \$ 2 000,00 por lesión	Hasta \$ 1 000,00 por lesión	Hasta \$ 500,00 por lesión

Este no es un contrato, sino una ilustración de las coberturas

NO SE PAGAN LOS BENEFICIOS POR:

1. Condiciones que no sean causadas por una lesión accidental;
2. Tratamiento por la pérdida ocasionada por una hernia, independientemente de la causa, por la enfermedad de Osgood Schlatter u osteocondritis;
3. Lesión producida como resultado de operar, subirse o descender de un vehículo a motor de dos, tres o cuatro ruedas recreativo o moto de nieve;
4. Volver a lastimarse una lesión o las complicaciones de una condición que existía antes del accidente;
5. Lesión producida como resultado de la práctica o el juego de fútbol americano interescolar, a menos que se haya pagado una prima por dicha cobertura;
6. Los gastos por los cuales se pagan beneficios de conformidad con el programa de seguro por accidente catastrófico de la Asociación de Actividades Interescolares de Escuelas Secundarias del Estado;
7. Tratamiento realizado por un miembro de la familia o persona relacionada con la escuela;
8. Lesiones autoinfringidas intencionalmente, o lesiones debido a: actos de guerra, suicidio, violación o intento de violación de la ley, peleas o riñas excepto en defensa personal, o pérdida como consecuencia de estar ebrio o bajo la influencia de drogas o narcóticos a menos que se hayan administrado de conformidad con el consejo de un médico;
9. Lesiones por las cuales hay disponibles beneficios de compensación de los trabajadores o similares;
10. Infecciones bacterianas o enfermedades de cualquier tipo tales como faringitis estreptocócica o amigdalitis, golpes de calor, quemaduras de sol, congelación, desmayos o reacciones alérgicas;
11. Intoxicación con plantas tales como hiedra venenosa o zumaque venenoso o intoxicación alimentaria;
12. Gastos incurridos por el tratamiento de los trastornos de la articulación temporomandibular y dolor miofacial relacionado.

Por favor, separe y devuelva a su escuela.

Nombre del alumno _____
 Número de seguro social _____
 Edad _____ Grado _____
 Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____
 Código postal _____ Teléfono _____
 Nombre de la escuela _____

PLAN	COSTO		
Temporada regular	Alumno	Escuela	Total
<input type="checkbox"/> Opción de primer nivel	\$ 107,00	\$ 107,00	\$ 214,00
<input type="checkbox"/> Opción preferencial	\$ 67,25	\$ 67,25	\$ 134,50
<input type="checkbox"/> Opción básica	\$ 37,25	\$ 37,25	\$ 74,50

Prácticas de primavera			
<input type="checkbox"/> Opción de primer nivel	\$ 22,00	\$ 22,00	\$ 44,00
<input type="checkbox"/> Opción preferencial	\$ 12,50	\$ 12,50	\$ 25,00
<input type="checkbox"/> Opción básica	\$ 7,50	\$ 7,50	\$ 15,00

Deseo el seguro descrito antes y estoy adjuntando un cheque pagadero a la escuela por
 (marque la cobertura deseada)

Temporada regular	
_____ Opción de primer nivel	\$ 107,00
_____ Opción preferencial	\$ 67,25
_____ Opción básica	\$ 37,25

Prácticas de primavera*	
_____ Opción de primer nivel	\$ 22,00
_____ Opción preferencial	\$ 12,50
_____ Opción básica	\$ 7,50

NO DESEO ESTE SEGURO porque el jugador mencionado está cubierto adecuadamente por seguro ante accidentes con pólizas apropiadas, con las que ya cuento.

Fecha _____

Firma _____

Padre, madre o tutor

*No debe pagarse hasta justo antes de la fecha de comienzo de las prácticas de primavera.

Instrucciones para completar reclamaciones:

En caso de accidente, notifique a la escuela de inmediato. Obtenga formularios de reclamaciones en la escuela, adjunte la factura o facturas al formulario completo de reclamación y envíelo por correo a la dirección indicada en el formulario de reclamación. **LAS RECLAMACIONES POR BENEFICIOS DEBEN PRESENTARSE EN UN LAPSO DE 90 DÍAS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE.**

IMPORTANTE: CLÁUSULA DE EXCESO. (Aplicable solamente si tiene otro seguro médico.) El plan de seguro del alumno está diseñado para proporcionar el máximo de beneficios por una prima mínima. Si su reclamación es de más de \$ 100 y tiene otro seguro médico, presente su reclamación a su otra compañía de seguro primero. Envíenos su declaración de beneficios cuando la reciba. Pagaremos los beneficios por aquellos gastos elegibles que su otro seguro no pague.

Quando se proporciona seguro de exceso y el otro plan que brinda beneficios médicos al asegurado es una organización de mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés), organización con proveedores preferenciales (PPO, por sus siglas en inglés) o acuerdo similar para la provisión de servicios y el asegurado no utiliza las instalaciones o servicios de la HMO, PPO o acuerdo similar para la provisión de beneficios o servicios, los beneficios médicos que de lo contrario se pagarían de conformidad con esta póliza se reducirán en un 50 %. Esta limitación no se aplica al tratamiento de emergencia requerido en un plazo de 24 horas después de un accidente cuando el accidente se produce fuera del área geográfica correspondiente a la HMO, PPO o acuerdo similar para la provisión de beneficios o servicios.

DEFINICIONES

LESIÓN: indica la lesión corporal que resulta directa e independientemente de todas las demás causas en la pérdida cubierta por la póliza, y causada por un accidente ocurrido mientras la póliza está en vigencia para la persona lesionada.

ACCIDENTE: se refiere a un acontecimiento inesperado, externo y repentino que no depende de ninguna otra causa.

