

2016-2017

PLAN DE SEGURO ANTE ACCIDENTES PARA LOS ALUMNOS

Si su hijo resulta lesionado, ¿cuenta con cobertura médica por accidentes?



Ofertado por:



5 Dodd Street • Marietta, Georgia 30060 • (770) 427-2461
1-800-633-2360

Garantizado por:

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

ELIJA ENTRE TRES PLANES DE BENEFICIOS

COBERTURA LAS 24 HORAS DEL DÍA

El plan de cobertura las 24 horas del día cubre accidentes en la escuela, los fines de semana y durante los períodos de vacaciones de verano, e incluye la participación en todos los deportes, excepto en el fútbol americano en el secundario. No cubre determinados accidentes en vehículos con motor (consulte las exclusiones).



Costo anual

Opción de primer nivel	Opción preferencial	Opción básica
\$ 215,00	\$ 129,50	\$ 79,00

COBERTURA DURANTE EL HORARIO ESCOLAR

La cobertura durante el horario escolar cubre accidentes en la escuela durante el día escolar, e incluye una hora antes y después de la escuela, mientras el alumno está de forma continua en las instalaciones de la escuela y mientras asiste a actividades auspiciadas y supervisadas por la escuela. También se incluye el viaje directo entre el hogar y la escuela para asistir a clases en horarios regulares o para participar en actividades escolares. La cobertura durante el horario escolar no incluye el fútbol americano de escuela secundaria ni determinados accidentes en vehículos a motor (consulte las exclusiones).

Costo anual

Opción de primer nivel	Opción preferencial	Opción básica
\$ 45,00	\$ 26,00	\$ 14,50

PERÍODO DE COBERTURA:

La cobertura con el plan durante el horario escolar y el de las 24 horas del día comienza el día de recepción de la prima pero no antes del inicio de las actividades del año escolar. La cobertura durante el horario escolar finaliza junto con el cierre del período escolar regular de nueve meses, con la excepción de los momentos en los que el asegurado esté asistiendo a actividades auspiciadas exclusivamente y supervisadas solamente por la escuela durante el verano. La cobertura las 24 horas del día finaliza cuando la escuela vuelve a abrir el siguiente período en otoño.

PLAN DE TIEMPO COMPLETO ANTE ACCIDENTES Y ODONTOLÓGICO

Cubre accidentes que se produzcan en cualquier momento o en cualquier lugar, e incluye todas las actividades atléticas y todos los medios de transporte. La cobertura comienza el día del pago de la prima (pero no antes del inicio del año escolar), y finaliza cuando la escuela reabre para el siguiente período en otoño.

Requerimientos y limitaciones del plan odontológico

Si, en el período de 60 días contado desde la fecha de la lesión, un dentista legalmente calificado (que no sea un miembro de su familia) atiende al asegurado por lesiones en los dientes, la Empresa PAGARÁ LOS GASTOS RAZONABLES Y HABITUALES del tratamiento odontológico necesario durante el año contado desde la fecha de la lesión.

CLÁUSULA DE EXCESO: Si usted cuenta con otra cobertura válida que brinde beneficios por la misma pérdida, los beneficios serán pagados primero por la otra cobertura. El saldo de gastos odontológicos elegibles no pagados será entonces pagado con esta póliza.

EXCLUSIONES: Condiciones que no son causadas por una lesión accidental. Volver a lastimarse una lesión o las complicaciones de una condición que existía antes del accidente. Ortodoncia y daño o pérdida de prótesis o puentes.

Prima anual: \$ 6,00

CLÁUSULA DE EXCESO

IMPORTANTE: (se aplica solamente si cuenta con otro seguro médico). El plan de seguro de su hijo está diseñado para proporcionar beneficios máximos 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.

Cuando 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.

BENEFICIOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

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 máximos por incidente

Compare y elija

Opción de primer nivel
\$ 250 000

Opción preferencial
\$ 100 000

Opción básica
\$ 50 000

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

Beneficios por muerte, pérdida de miembros y pérdida de visión accidentales

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

el monto más grande que se aplique:

(en un lapso de 180 días contados desde la fecha del accidente)

Pérdida de vida	\$ 2 500,00
Pérdida de ambas manos, ambos pies o la vista de los dos ojos	\$ 10 000,00
Pérdida de una mano, un pie o la vista de un ojo	\$ 5 000,00

TENGA EN CUENTA LAS EXCLUSIONES Y LIMITACIONES EN LA PÁGINA POSTERIOR.

Separe por la línea perforada, humedezca la tira con adhesivo y cierre.

CÓMO INSCRIBIR A SU HIJO PARA ESTA PROTECCIÓN ANTE ACCIDENTES

1. Marque las celdas en la solicitud del plan de beneficios que mejor satisfaga sus necesidades.
2. Complete el sobre de solicitud en su totalidad, uno por cada niño que va a asegurar. Adjunte un cheque o giro postal pagadero a T.W. Lord & Associates. La devolución del cheque de parte del banco por cualquier motivo invalidará el seguro hasta que se haya cobrado la prima apropiada.
3. Devuelva el sobre de acuerdo con lo indicado. Su cheque cobrado o talón de giro postal será su recibo y confirmación de pago. (Escriba el nombre del alumno y el nombre de la escuela en su cheque.) Conserve el resto del folleto en sus registros.

(Introduzca el cheque en el lugar y pliegue antes de cerrar)

SOLICITUDES DE INSCRIPCIÓN

Tarifas para el año escolar - 2016-2017

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

EN LETRA DE IMPRENTA

APELLIDO DEL ALUMNO _____	
PRIMER NOMBRE DEL ALUMNO nombre _____	Inicial del segundo _____
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ALUMNO _____	FECHA DE NACIMIENTO (Mes/Día/Año) _____
GRADO _____	TELÉFONO _____
HOGAR DIRECCIÓN _____	
N.º y calle _____	Apto. _____
CIUDAD _____	ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____
SISTEMA ESCOLAR/DISTRITO _____	
NOMBRE DE LA ESCUELA _____	
FIRMA _____	FECHA _____
(Padre, madre, tutor o adulto solicitante)	

Tarifas para el año escolar - 2016-2017			
Marque lo que elija			
PLANES DE COBERTURA	OPCIONES DE BENEFICIOS		
	Opción de primer nivel	Opción preferencial	Opción básica
Tiempo completo	\$ 215,00 <input type="checkbox"/>	\$ 129,50 <input type="checkbox"/>	\$ 79,00 <input type="checkbox"/>
Horario escolar	\$ 45,00 <input type="checkbox"/>	\$ 14,50 <input type="checkbox"/>	\$ 14,50 <input type="checkbox"/>
Tiempo completo odontológico	\$ 6,00 <input type="checkbox"/>	\$ 6,00 <input type="checkbox"/>	\$ 6,00 <input type="checkbox"/>
Pago total ADJUNTO	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Los cheques deben ser pagaderos a: T.W. Lord & Associates 25 Dodd Street, Marietta, Georgia 30060 (770) 427-2461			

AVISO IMPORTANTE A LOS PADRES:

Nos complace ofrecerles el seguro ante accidentes de alumnos 2016-2017 a través del sistema escolar. Esta cobertura brinda excelente protección ante gastos médicos que se originen por lesiones accidentales de su hijo.

Para aquellos que cuentan con otro seguro, este programa le ayudará a pagar los deducibles y el coseguro. Para quienes no tienen otro seguro, esta cobertura proporcionará los beneficios tan necesarios a un costo razonable.

Lea el folleto con atención y seleccione la cobertura que satisfaga mejor sus necesidades. Si tiene preguntas, no dude en llamar al administrador del plan a los números que aparecen a continuación.

Para obtener más información,
comuníquese con:



25 Dodd Street

Marietta, Georgia 30060

(770) 427-2461

Fuera del área de mercado de
Atlanta

1-800-633-2360

DE



PLACE
STAMP
HERE

T.W. Lord & Associates
P.O. Box 1185
Marietta, GA 30061-1185

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

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 o tres ruedas, un vehículo recreativo de cuatro ruedas 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 autoinflingidas 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.

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.

CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN:

Informe los accidentes de inmediato al funcionario de la escuela. Se entregan formularios de reclamación por accidente en la oficina del director. (Durante las vacaciones, póngase en contacto con el administrador del plan.) La Empresa debe recibir comprobante completo de la pérdida y las facturas acumuladas en un lapso de 90 días.