
**SEGURO ESTUDIANTIL
CONTRA ACCIDENTES**

Pre-Kinder hasta el grado 12

Plan de Beneficios
De tres selecciones

También Disponible
**PLAN DE BENEFICIO
CONTRA ACCIDENTES DENTALES**

2011-2012

AGENTE GENERAL:
STUDENT INSURANCE AGENCY
License Number: 0386216
11661 San Vicente Boulevard, Suite 200
Los Angeles, CA 90049
(310) 826-5688
(800) 367-5830

Aviso Importante:
El Plan solo provee seguro contra
ACCIDENTES. No provee cobertura
básica de hospital, medicina básica
ni mayor o de enfermedad.

Subscrito por:
National Union Fire Insurance Company
of Pittsburgh, Pa.
Casa Matriz: New York, NY ("the Company")
CA0611MB (SP)

Aviso Importante a los Padres

Cada año los padres llaman al Distrito Escolar diciendo "como me hubiera gustado haber comprado el seguro contra accidentes de Estudiante". ¿Porqué? Porque sus hijos(a) han sufrido un accidente y no tienen un plan de seguro familiar, o el que tienen solamente paga una pequeña porción de los gastos médicos asociados con un accidente. Por eso el Distrito Escolar le sugiere que considere uno de los planes que ofrecemos y que se describen en este folleto. Léalo cuidadosamente, se cubren gastos médicos específicos.

El Distrito ha aprobado este plan de seguro dental y médico para su consideración. Le urgimos a que considere los beneficios descritos en este folleto. A los padres que no tienen otro seguro, o cuyo deducible es \$500 o más, usted desearía considerar seriamente el nivel más alto de beneficios en el Plan de Opción Alta.

¿Preguntas?

LLAME:

SEGURO ESTUDIANTIL

11661 San Vicente Boulevard, Suite 200
Los Angeles, CA 90049
(310) 826-5688
(800) 367-5830

IMPORTANTE

Este folleto muestra solo una breve descripción de los beneficios ofrecidos bajo la serie de Póliza C11695DBG-CA. Esto no es un contrato de seguro y no contiene todos los términos y condiciones de la Póliza Maestra. Todos los derechos y beneficios estén regulados por la Póliza Maestra y los aditamentos anexos. No se emiten ni se envían pólizas individuales. Se emite una póliza maestra al Distrito Escolar y está archivada para su revisión. Si hay cualquier conflicto entre el contenido de este documento y la Póliza, la Póliza gobernará.

PROCESO DE RECLAMACIÓN

En caso de lesión, notifique a la escuela de inmediato. Obtenga un formulario de reclamación en la escuela, envíe el formulario lleno y las facturas a la dirección que aparece en el formulario. LAS DEMANDAS PARA LAS VENTAJAS SE DEBEN ARCHIVAR EN EL PLAZO DE 90 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE LESIÓN.

Favor de notar: Las primas recibidas por la Compañía serán consideradas completamente ganadas y no reembolsables.

Reclamos Administrados por:
Maksin Management Corp
Two Aquarium Drive, Suite 200
Camden, NJ 08103
(800) 257-6250

DEFINICIONES

Hospital – significa una facilidad que: (1) opera según la ley para el cuidado y tratamiento de personas heridas y enfermos; (2) tiene facilidades organizadas para diagnóstico y cirugía en su local o en facilidades disponibles bajo previo acuerdo; (3) tiene servicio de cuidado 24 horas al día por enfermeras registradas; y (4) esta supervisado por uno o mas médicos. Un hospital no incluye: (1) una unidad de enfermería, convalecencia o geriatría de un hospital cuando el paciente es internado principalmente para recibir cuidado de enfermería; (2) una facilidad que es, otro que incidentalmente, una casa de descanso, enfermería, convalecencia o asilo de ancianos; ni incluye pabellón, cuarto, ala u otra sección de un hospital que se utilice para tales propósitos; o (3) hospital militar o de veteranos o casa de soldados o cualquier hospital contratado por u operado por el gobierno nacional o agencia del gobierno para tratamiento de miembros o ex-miembros de las fuerzas armadas, excepto si hay una obligación de pagar.

Lesión / Herida – significa lesión corporal causada por un accidente que: (1) ocurre mientras la Póliza es vigente en cuanto a la persona cuya lesión es la base del reclamo; (2) ocurre mientras tal persona toma parte en una actividad cubierta; y (3) resulta directamente e independientemente de todas otras causas en una pérdida cubierta.

Médicamente Necesario – significa un Servicio de Accidente Cubierto que: (1) es esencial para el diagnóstico, el tratamiento o el cuidado de la Lesión/Herida para que se prescribe o es realizado; (2) satisface los estándares generalmente aceptados de la practica medica; y (3) es ordenado por un Medico y realizado bajo su cuidado, supervisión u orden.

Tenedor de Póliza - significa el Distrito Escolar.

Cargos Usuales y Acostumbrados (U&C) - significa un cargo que: (1) se hace por un Servicio Medico Cubierto de Accidente; (2) no excede el nivel usual de cargos por tratamiento, servicio o provisiones similares en la localidad donde se incurre el gasto; (3) es el honorario negociado, y (4) no incluye cargos que no se harían si no existiese un seguro.

CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

1. Obtenga un formulario de reclamación en la oficina de su escuela o la compañía de seguros, responda a todas las preguntas en detalle (incluyendo firmas) al frente de la forma.
2. Anexe todas las facturas al formulario y envíe a la dirección indicada abajo dentro 90 días desde el accidente.
3. Cualquier factura no incluida en la reclamación deberá ser enviada dentro 90 días desde la fecha de servicio a la Oficina de Reclamos identificada con el nombre del estudiante, del distrito escolar al que pertenece y la fecha del accidente.

Maksin Management Corp
Two Aquarium Drive, Suite 200
Camden, NJ 08103
(800) 257-6250



SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES

Cobertura empieza en la fecha que el administrador reciba la inscripción y el pago de la prima o en la fecha de vigencia de la póliza (cual sea más tarde). Una vez que esté vigente, la cobertura continua hasta que la póliza de la escuela termina. **Comuníquese con la escuela para saber las fechas de vigencia y terminación. Estas coberturas estén sujetas a los términos y condiciones de la póliza.**

COBERTURA DE 24 HORAS	Opción Alta	PRIMA \$210.00
	Opción Media	\$108.00
	Opción Baja	\$ 83.00

Cubre accidentes las 24 horas, 7 días a la semana.

- Cualquier actividad cubierta
- 24-Horas al día
- Cubre fines de semana y vacaciones
- Protección casera y durante viajes
- Cualquier deporte patrocinado y supervisado por la escuela (excluyendo Fútbol Americano)

COBERTURA SOLO EN LA ESCUELA	Opción Alta	PRIMA \$43.00
	Opción Media	\$28.00
	Opción Baja	\$15.00

Cobertura de seguro durante los días y horas que la escuela esté abierta y mientras participa en actividades patrocinadas y supervisadas por la escuela, dentro y fuera de las premisas de la escuela.

- Durante al año escolar
- Viajes directamente a y de la escuela
- Actividades supervisadas por la escuela
- Paseos escolares
- Cualquier deporte patrocinado y supervisado por la escuela (excluyendo Fútbol Americano)

COBERTURA DE FÚTBOL AMERICANO	Opción Alta	PRIMA \$215.00
	Opción Media	\$115.00
	Opción Baja	\$ 88.00

Cada jugador del Equipo de Fútbol Americano Interescolastico de la Escuela, que se haya inscrito en el seguro, está cubierto por lesiones que reciba mientras participe en practicas o competencias patrocinadas o supervisadas por la escuela, o mientras viaja a, durante y regresa de tales actividades como miembro de un grupo y en un transporte proporcionado por el tenedor de póliza. Las reclamaciones por Fútbol Americano se pagan en una base completa del exceso. **Fútbol Americano Interescolástico significa grados 9-12 excepto si se especifica lo contrario.**

**BENEFICIOS EXTENDIDOS POR
TRATAMIENTO DENTAL
\$50,000 MÁXIMO**

Cobertura Dental Extendida (compra opcional)	PRIMA \$15.00
---	--------------------------

Los beneficios dentales pueden ser extendidos bajo el Máximo por Gastos Médicos para proporcionar pago por gastos cubiertos hasta el máximo de \$50,000. Este beneficio adicional proporciona por Gastos Usuales y Acostumbrados incurridos en dos (2) años desde la fecha del accidente cubierto por tratamiento, reparación, y reemplazo de cada diente natural, incluyendo reemplazo de tapas dentales, coronas, dentaduras postizas y aparatos ortodónticos (incluyendo frenillos). **LA COBERTURA ESTÁ VIGENTE LAS 24 HORAS AL DÍA INCLUSO CUANDO SEA COMBINADA CON CUALQUIER OTRA COBERTURA DE HORAS ESCOLARES SOLAMENTE.**

**IDENTIFICACIÓN DE ESTUDIANTE ASEGURADO
2011 – 2012**

Subscrito por: National Union Fire Insurance Company
of Pittsburgh, Pa., Casa Matriz: New York, NY

Nombre del Estudiante _____

Si la prima ha sido pagada, el estudiante cuyo nombre aparece arriba está asegurado bajo la póliza de ACCIDENTE SOLAMENTE emitida a:

Distrito Escolar: _____

Plan de Cobertura:

- 24 Horas Periodo Escolar Fútbol Americano Dental
Opciones: Alta Media Baja

STUDENT INSURANCE
11661 San Vicente Boulevard, Suite 200, Los Angeles, CA 90049
(310) 826-5688 • (800) 367-5830

SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES

ESCOJA ENTRE TRES PLANES DE BENEFICIOS

GASTO MÉDICO POR ACCIDENTE – PRIMARIO (menos Fútbol Americano a el cual Exceso Completo aplica)

Provee pago por Gastos Usuales y Acostumbrados ("U&C") incurridos por tratamiento de lesión causada por un accidente cubierto sujeto a los máximos establecidos en la póliza. El tratamiento debe ser Médicamente Necesario y el primer gasto debe ser incurrido a más tardar 90 días después del accidente. Para ser pagaderos, los otros gastos deben ser incurridos a más tardar 730 días después del primer accidente.

ESCOJA UNO DE LOS PLANES	OPCIÓN ALTA	OPCIÓN MEDIA	OPCIÓN BAJA
BENEFICIOS MÁXIMOS POR ACCIDENTE:			
*Solo en la escuela/24-Horas (compra opcional) (excluyendo Fútbol Americano)	\$100,000	\$50,000	\$25,000
*Surf	\$ 5,000	\$ 5,000	\$ 5,000
*menos heridas que resultan de un accidente de automovil limitado a \$5,000			
SERVICIOS DE HOSPITAL/INSTALACIONES			
Paciente Internado			
Cuarto del Hospital (pensión completa)	\$625/día	\$500/día	\$400/día
Cuidado Intensivo del Hospital (10 máximo)	\$2200/día	\$1400/día	\$1200/día
Diversos Gastos de Internado	\$1500/día máximo	\$800/día máximo	\$550/día máximo
Paciente no Internado			
Diversos Gastos no internado (excepto servicios médicos y Rayos-X son pagados como indicado abajo)	\$1500 máximo	\$700 máximo	\$400 máximo
Sala de Emergencia del Hospital	100% subvención quirúrgico	\$300 máximo	\$200 máximo
Instalación de Cirugia Ambulatoria	\$1,500 máximo	\$800 máximo	\$500 máximo
SERVICIOS MÉDICO			
Pago de cirugía al valor de unidad multiplicado por	\$300	\$200	\$160
Cuando lesion cubierta requiere 2 o mas procedimientos quirurgicos cubiertos que se realicen a traves o iguales acerca a tiempo o sucesion inmediata, la compania pagara el valor completo el procedimiento mas costoso y el 50% del valor el 2do procedimiento realizado y el 25% del valor cualquier procedimiento adicional realizado.			
Cirujano Auxiliar (cuando medicamenta necesario)	25% subvención quirúrgico	25% subvención quirúrgico	25% subvención quirúrgico
Anestesista	25% subvención quirúrgico	25% subvención quirúrgico	25% subvención quirúrgico
Tratamiento del médico sin cirugía, (excepto fisioterapia)	\$70 primera visita, \$40 visitas adicionales	\$40 primera visita, \$25 visitas adicionales	\$30 primera visita, \$20 visitas adicionales
Tratamiento del médico en conexión de fisioterapia o tratamiento similar (no internado)	\$30/visita—máximo 9	\$25 visita—máximo 6	\$20/visita—máximo 5
Poscirugía	\$40/visita—máximo 8	\$30/visita—máximo 7	\$25/visita—máximo 5
Consulta Médica (cuando medicamente necesario)	\$250	\$200	\$150
OTROS SERVICIOS			
Rayos-X incluyendo su interpretación	80% U&C máximo \$300	75% U&C máximo \$250	50% U&C máximo \$150
Diagnósticos de imágenes (MRI, CAT scanografía incluyendo su interpretación)	80% U&C máximo \$900	75% U&C máximo \$500	50% U&C máximo \$300
Servicios proveídos por Enfermeras Registradas	100% U&C	80% U&C	75% U&C
Prescripciones – sin internado	100% U&C	80% U&C	60% U&C
Exámenes de Laboratorio – sin internado	100% U&C	80% U&C	60% U&C
Servicios Aéreos o Terrestres de Ambulancia	100% U&C	80% U&C	75% U&C
Equipo médico ortopédico incluyendo renta de muletas y sillas de ruedas	100% U&C	80% U&C	75% U&C
Tratamiento dental: para dientes naturales	\$500 máximo	\$300 máximo	\$200 máximo
Reemplazo de gafas, aparatos auditivos y lentes de contacto, en caso de lesión solamente.	\$400 máximo	\$400 máximo	\$400 máximo
Las cargas de la provocación o de re-lesion para el tratamiento de la provocación (cualesquiera cargos de una condición manifestada y existente seran limitadas a un permiso maximo pagadero dentro del periodo de la politica	\$1000 máximo	\$1000 máximo	\$1000 máximo

RETENGA ESTA PORCION PARA SUS ARCHIVOS

BENEFICIOS POR ACCIDENTE DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO

Se pagan beneficios de acuerdo con la siguiente tabla cuando la pérdida resulte de un accidente cubierto. La pérdida debe ocurrir dentro de los 365 días desde la fecha del accidente.

Pérdida de vida	\$10,000.00
Pérdida de ambas manos o pies	\$20,000.00
Pérdida de visión en ambos ojos	\$20,000.00
Pérdida de una mano y un pie	\$20,000.00
Pérdida de una mano y un ojo	\$20,000.00
Pérdida de un pie y un ojo	\$20,000.00
Pérdida de habla y audición en ambos oídos	\$20,000.00
Pérdida de una mano o un pie	\$10,000.00
Pérdida de vista en un ojo	\$10,000.00
Pérdida de habla o audición en ambos oídos	\$10,000.00
Pérdida de audición en un oído	\$ 5,000.00
Pérdida del dedo pulgar e índice de la misma mano	\$ 5,000.00

"Pérdida del habla y la audición" significa la pérdida total e irrecuperable de la misma. Si la pérdida de la audición puede ser corregida por un aparato de ayuda auditiva, éste no se considera pérdida irrecuperable.

"Pérdida del dedo pulgar e índice de la misma mano" significa la amputación de dos o más falanges de ambos dedos.

"PÉRDIDA" significa con relación a las manos y pies, la amputación total en o por encima de la articulación de muñeca o del tobillo; con referencia a los ojos, es la pérdida irrecuperable y completa de la visión. Si una o más pérdidas resultan del mismo accidente, se pagará solamente una cantidad, la que sea mayor.

EXCLUSIONES

La Póliza no cubre ninguna pérdida causada en total ni en parte por, ni teniendo como resultado el total ni en parte de, lo siguiente:

1. Suicidio, intento de suicidio o lesiones causadas a sí mismo.
2. Enfermedad o infección de cualquier tipo; menos infecciones bacterianas causadas por un corte o herida o tomaña venenosa o el botulismo.
3. Lesiones que al asegurado sufra mientras comete o intenta cometer un acto criminal o de participar en una ocupación ilegal.
4. Lesiones causadas por un acto de guerra declarada o no.
5. Servicio militar activo de jornada completa en las fuerzas armadas, la Guardia Nacional o el cuerpo organizado de la reserva de cualquier país o autoridad internacional. (Al notificarnos de la entrada al servicio armado, se devolverá la prima prorrateada.) Pérdidas causó mientras en el deber a corto plazo de la Guardia Nacional o reserva para regularmente planificado entrenando propósitos no se excluyen.
6. Lesiones que resulten de un viaje aéreo, o por asociación con un viaje aéreo; excepto cuando este viajando como pasajero (para transporte solamente) en una línea aérea comercial.
7. Lesiones cubiertas por leyes de compensación laboral o leyes similar.
8. El asegurado está bajo la influencia de cualquier narcótico o producto tóxicos, a menos que sea administrado bajo consejo de un médico.
9. Reparación o reemplazo de miembros artificiales, de ojos artificiales u otros aparatos protésicos ya existentes o de la renta de Equipo Médico Duradero ya existente; a menos que para el propósito de reparar o reemplazar el artículo debido a una Lesión/Herida cubierta. Aplica Sola a Gastos Médicos de Accidente.

10. Nuevo, o la reparación o el reemplazo de: dentadura postiza, puentes, injertos dentales, bandas dentales, aparato de ortodoncia o cualquier otro aparato dental; coronas, cascotes, incrustaciones o incrustaciones con recubrimiento, rellenos/empastes, o cualquier otro tratamiento de los dientes o las encías, excepto la reparación o reemplazo como resultado de Lesión/Herida hasta el Máximo Dental mostrado en el Plan De Beneficios. Aplica Sola a Gastos Médicos de Accidente.
11. Espejuelos/Gafas ni lentes de contacto nuevos del ojo o examen de los ojos en relación a la corrección de la vista o las pruebas de espejuelos o lentes de contacto, a menos que la Lesión/Herida haya causado deterioro de la vista; o reparación o reemplazo de espejuelos o lentes de contacto del ojo ya existentes a menos que para el propósito de reparar o reemplazar el artículo debido a Lesión/Herida cubierta. Aplica Sola a Gastos Médicos de Accidente.
12. Audífonos nuevos o exámenes de audición, a menos que una Lesión/Herida haya causado deterioro de la audición; o reparación o reemplazo de audífonos ya existentes a menos que para el propósito de reparar o reemplazar el artículo debido a Lesión/Herida cubierta. Aplica Sola a Gastos Médicos de Accidente.
13. La renta del Equipo Médico Duradero donde el gasto total de renta excede el gasto usual de la compra para equipo semejante en la localidad donde el gasto es incurrido (pero si, en el juicio único de la Compañía, los beneficios para la renta del Equipo Médico Duradero son esperados exceder el gasto usual de la compra para equipo semejante en la localidad donde el gasto es incurrido, la Compañía puede, pero no es requerida, escoger considerer tal gasto de la compra en vez de tal gasto de la renta). Aplica Sola a Gastos Médicos de Accidente.
14. Cuales quiera calgos médico que el asegurado no está legalmente obligado a pagar.
15. Cuidado, tratamiento o servicios dado por el asegurado o un Familiar.
16. Examen físico rutinario y servicios médicos relacionados.
17. Los artículos personales y de conveniencia en el hospital, tal como pero no limitado a cargas telefónicas, a la renta de la televisión, o a comidas de huésped. Aplica Sola a Gastos Médicos de Accidente.
18. Cirugía plástica o cosmética a excepción de la cirugía reconstructiva encendido y de la parte danada del cuerpo.
19. hernia.

FÚTBOL AMERICANO

Exceso Completo – Los beneficios son pagaderos, en los máximos aplicables, para gastos cubiertos que no son recuperables de otro plan que provee beneficios médicos. Si el asegurado no es cubierto por otro plan que provee beneficios para gastos médicos, la provisión del exceso no aplicará, y gastos son pagaderos hasta los límites descritos en este folleto.

Subscrito por:
National Union Fire Insurance Company of Pittsburgh, Pa.
Casa Matriz: New York, NY

FIJAR
ESTAMPILLA
AQUI

STUDENT INSURANCE
11661 SAN VICENTE BOULEVARD, SUITE 200
LOS ANGELES, CA 90049