

COBERTURA DE SEGURO DE ACCIDENTES DE ESTUDIANTES 2019 - 2020

COBERTURA OPCIONAL DE ACCIDENTES DURANTE EL HORARIO ESCOLAR - Se proporciona cobertura de seguro por lesiones cubiertas que tienen lugar durante el horario y los días en que la escuela está en funcionamiento y durante la asistencia o participación en actividades patrocinadas y supervisadas por la escuela tanto dentro como fuera de las instalaciones escolares. Incluye la participación en: Deportes intercolegiales (si pagó prima por su participación), a excepción de fútbol americano intercolegial a nivel de escuela secundaria superior (participación con los grados 10 a 12; ver abajo opción cobertura opcional de fútbol); actividades recreativas de verano patrocinadas por la escuela; excursiones de un día de duración (no incluye viajes de 7 o más noches consecutivas) y actividades religiosas patrocinadas por la escuela. Se proporciona cobertura para viajes de ida y vuelta a tales actividades o durante las actividades, como miembro de un grupo, en el transporte proporcionado u organizado por el titular de la póliza, y al viajar directamente de ida y vuelta entre sus casas y la escuela o el sitio de una actividad cubierta.

Prima anual:	Plan "Básico"	Plan "A"	Plan "B"	Plan "C"
A excepción de todos deportes a nivel de escuela secundaria superior*	\$ 9.00	\$ 12.00	\$ 29.00	\$ 45.00
Incluye todos los deportes a nivel de escuela secundaria superior excepto fútbol americano de escuela secundaria superior	\$ 24.00	\$ 27.00	N/A	N/A

*Plan a disposición de estudiantes de formación profesional

COBERTURA OPCIONAL DE ACCIDENTES DURANTE LAS 24 HORAS - La cobertura del seguro se proporciona durante todo el día, las 24 horas del día. Proporciona cobertura durante los fines de semana y períodos de vacaciones incluido todo el verano. Los estudiantes están protegidos mientras están en su casa o fuera de ella, en cualquier entorno, en cualquier momento y en cualquier lugar. Se proporciona cobertura para deportes intercolegiales (si pagó prima por su participación), a excepción de fútbol americano intercolegial a nivel de escuela secundaria superior (participación con los grados 10 a 12; ver abajo opción cobertura opcional de fútbol).

Prima anual:	Plan "Básico"	Plan "A"	Plan "B"	Plan "C"
A excepción de todos deportes a nivel de escuela secundaria superior	\$ 65.00	\$ 77.00	\$ 150.00	\$ 225.00
Incluye todos los deportes a nivel de escuela secundaria superior excepto fútbol americano a nivel de escuela secundaria superior	\$ 80.00	\$ 92.00	N/A	N/A

COBERTURA OPCIONAL PARA FÚTBOL AMERICANO - Cubre accidentes que ocurren durante la participación en la práctica o la competencia de fútbol americano intercolegial a nivel de escuela secundaria. Se cubre el viaje cuando va directamente y sin interrupción hacia o desde tal práctica o competencia como parte de un grupo en el transporte proporcionado u organizado por el titular de la póliza. Consulte los beneficios y limitaciones que se describen en el interior de este folleto. La cobertura opcional para fútbol americano comienza en la fecha de la recepción de la prima y termina el último día de práctica o competencia. A los estudiantes de noveno grado que juegan SOLAMENTE con otros estudiantes de 9º grado no se les cobra el adicional para la cobertura de fútbol americano. En caso de contratación, se aplicará su cobertura opcional durante el horario escolar o su cobertura opcional de accidentes las 24 horas.

Prima anual:	Plan "Básico"	Plan "A"
Otoño y primavera/verano	\$ 75.00	\$ 110.00
Primavera/verano	\$ 30.00	\$ 39.00

(para nuevos jugadores que participan en primavera/verano y no están ya asegurados en virtud de la opción otoño y primavera/verano)

COBERTURA DENTAL OPCIONAL DURANTE LAS 24 HORAS (puede adquirirse por separado o con otra cobertura) - La cobertura del seguro está en vigor las 24 horas del día. La lesión debe tratarse en un plazo de 60 días después de que ocurra el accidente. Los beneficios se pagan dentro de los 12 meses después de la fecha de la lesión. Los gastos máximos elegibles por pagar por lesión cubierta no pueden exceder \$ 25,000. Además, cuando el dentista certifica que el tratamiento debe aplazarse hasta después del período de beneficios, se pagarán beneficios diferidos hasta un máximo de \$ 1,000. El estudiante debe recibir tratamiento por lesión en los dientes por parte de un dentista legamente calificado, que no sea miembro de la familia inmediata del estudiante. La cobertura se limita al tratamiento de dientes sanos y naturales. **Prima anual: \$ 8.00 (plan disponible para estudiantes vocacionales)**

PERÍODO DE COBERTURA - La cobertura en virtud de la cobertura opcional de accidentes durante el horario escolar, la cobertura opcional de accidente durante las 24 horas y la cobertura dental opcional durante las 24 horas comienza en la fecha de recepción de la prima, pero no antes del inicio del año escolar. La cobertura opcional de accidentes en horario escolar termina al cierre del período regular escolar de nueve meses, excepto cuando el estudiante asiste a sesiones de clases académicas patrocinadas exclusiva y únicamente bajo la supervisión de la escuela durante el verano. La cobertura opcional de accidentes durante las 24 horas y la cobertura dental opcional durante las 24 horas terminan cuando la escuela vuelve a abrir para el siguiente año escolar. La cobertura está disponible en virtud del plan durante el año escolar con las primas cotizadas (**no hay primas prorrateadas disponibles**).

DISPOSICIÓN POR EXCESO DE COBERTURA - La compañía pagará los gastos razonables que no son reembolsables por ningún otro plan. La compañía determinará el monto de los beneficios proporcionados por otros planes sin hacer referencia a ningún tipo de coordinación de beneficios. La no duplicación de beneficios o disposiciones similares. El monto de otros planes incluye cualquier importe al que el asegurado tiene derecho, ya sea que se haga o no una reclamación por los beneficios. Este seguro general de accidentes para estudiantes es secundario a todas las demás pólizas. Esta disposición no se aplicará si el total de los gastos razonables incurridos por beneficios de servicios hospitalarios y profesionales son inferiores a la cantidad indicada en la aplicabilidad del plan de beneficios bajo exceso de cobertura.

BENEFICIOS MÉDICOS - Cuando una lesión con cobertura que sufrió un estudiante dio lugar a 1) tratamiento por un médico legalmente calificado o un cirujano (que no sea un miembro de la familia inmediata o persona contratada por la escuela) o 2) internación en el hospital, y el tratamiento comienza dentro de los 90 días a partir de la fecha de la lesión, la compañía pagará el beneficio tal como se establece en el plan de beneficios, sujeto a la disposición por exceso de cobertura que se detalla arriba. Solo tienen cobertura los gastos médicos elegibles incurridos por el asegurado en un plazo de 52 semanas a partir de la fecha del accidente. Los beneficios para cualquier accidente no deberán exceder en conjunto el máximo indicado en el plan de beneficios médicos contratado. Los gastos incurridos después de un año desde la fecha de la lesión no están cubiertos, a pesar de que el servicio sea constante o uno que se haya retrasado necesariamente más allá de un año desde la fecha de la lesión.

MUERTE, DESMEMBRAMIENTO Y PÉRDIDA DE LA VISTA POR CAUSA ACCIDENTAL - Cuando una lesión cubierta da lugar a cualquiera de las pérdidas al asegurado que se establecen en el plan de beneficios por muerte, desmembramiento o pérdida de la vista por causa accidental, entonces la compañía pagará el beneficio indicado en el plan por esa pérdida. La pérdida debe haber tenido en un plazo de 365 días después de la fecha del accidente.

El máximo beneficio pagadero bajo esta disposición se establece en el plan de beneficios bajo límites máximos y período de beneficio: 1) Vida 2) Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos; 3) Pérdida de una mano y un pie; 4) Pérdida de una mano y de la vista completa de un ojo; 5) Pérdida de un pie y la vista completa de un ojo; 6) Pérdida de una mano o un pie; 7) Pérdida de la vista en un ojo; 8) Pérdida del habla; 9) Pérdida de la audición (ambos oídos); 10) Pérdida del habla y de la audición (ambos oídos); 11) Pérdida del dedo pulgar e índice de la misma mano.

Por la pérdida de una mano, un pie o la vista de un ojo se pagará la mitad del máximo beneficio. La pérdida de mano o pie significa la separación completa a través o por encima de la articulación de la muñeca o del tobillo. La pérdida de la vista significa la pérdida total y permanente de la vista en un ojo. La pérdida de la vista debe ser irrecuperable por medios naturales, quirúrgicos o artificiales. La pérdida del habla significa la pérdida total y permanente de comunicación audible que es irrecuperable por medios naturales, quirúrgicos o artificiales. La pérdida de la audición significa la pérdida total y permanente de la capacidad de escuchar cualquier sonido en ambos oídos que es irrecuperable por medios naturales, quirúrgicos o artificiales. La pérdida del dedo pulgar e índice de la misma mano significa la separación completa a través o por encima de la articulación metacarpofalángica de la misma mano (las articulaciones entre los dedos y la mano). La separación significa la escisión y el desmembramiento completos de la parte del cuerpo. Si el asegurado sufre más de una de las pérdidas cubiertas mencionadas anteriormente como consecuencia del mismo accidente, la cantidad total que pagará la compañía es el beneficio máximo. Los beneficios pagados en virtud de esta disposición se pagarán además de cualquier otro beneficio previsto por la póliza. Los beneficios previstos en esta disposición están sujetos a todas las demás disposiciones de la póliza, incluida toda la cobertura y limitaciones, límites máximos y exclusiones.

DEFINICIONES - **Lesión** es una lesión corporal causada por un accidente. La lesión debe tener lugar mientras la póliza está en vigor y mientras el asegurado está cubierto por la póliza. La lesión debe haber ocurrido tal como se indica en la página delantera de la póliza, salvo que se indique específicamente lo contrario en dicha póliza. **Accidente** significa un evento repentino, inesperado, específico y abrupto que tiene lugar por casualidad en un tiempo y lugar identificables. El accidente debe ocurrir mientras el asegurado está cubierto por la póliza. **Gasto razonable** significa la cantidad promedio que cobra la mayoría de los proveedores del tratamiento, servicio o suministros en el área geográfica en la que se proporciona el tratamiento, servicio o suministro. Un médico debe recomendar y aprobar estos servicios y suministros.

EXCLUSIONES - No se pagan beneficios para servicios hospitalarios y profesionales para lo siguiente: 1) Lesiones que no son consecuencia de un accidente; 2) El tratamiento de hernias, independientemente de la causa, enfermedad de Osgood Schlatter u osteocondritis; 3) Lesiones sufridas como resultado de operar, viajar en o sobre, o descender de un vehículo motorizado recreativo de dos, tres o cuatro ruedas o motos de nieve; 4) El agravamiento, durante una actividad programada de manera normal, de una lesión que el asegurado sufrió antes de participar en esa actividad programada de manera normal, a menos que la compañía reciba una autorización médica por escrito del médico del asegurado; 5) Lesiones sufridas como resultado de practicar o jugar fútbol americano y/o deportes intercolegiales, a menos que se haya pagado la prima requerida bajo la disposición de la cobertura de fútbol americano y/o deportes; 6) Cualquier gasto para el cual son pagaderos beneficios bajo un programa de seguro de accidentes catastróficos de la Asociación de actividades intercolegiales del estado; 7) Tratamiento realizado por un miembro de la familia inmediata del asegurado o por una persona contratada por la escuela; 8) Lesión causada por guerra declarada o no declarada o actos de guerra; suicidio, en buen estado mental o demente; violación o intento de violación de la ley; participación en cualquier ocupación ilegal; peleas o enfrentamientos, excepto en defensa propia; estar legalmente intoxicado o bajo la influencia del alcohol según lo definido por las leyes del estado en el que se produce la lesión; o estar bajo la influencia de alguna droga o narcótico a menos que las administre un médico o por consejo del mismo; 9) Gastos médicos para los cuales el asegurado recibe beneficios bajo ya sea (a) la Ley de indemnización laboral; o (b) contrato de seguro de automóvil obligatorio sin culpa; o legislación similar; 10) Gastos realizados para el tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular y dolor miofacial asociado; y 11) Gastos incurridos para tratamientos o procedimientos experimentales o de investigación.

GUARDE ESTA DESCRIPCIÓN PARA SUS REGISTROS

Esto no constituye una póliza, más bien una breve descripción de los beneficios provistos en virtud de la póliza maestra emitida a la escuela. Consulte la póliza maestra para obtener más detalles. **AVISO IMPORTANTE - ESTA POLÍTICA NO PROPORCIONA COBERTURA POR ENFERMEDAD. El objetivo de este folleto es ilustrar los aspectos más destacados de este seguro. Toda la información contenida en este folleto está sujeta a las disposiciones del formulario de póliza COL-11-FL, suscrita por Gerber Life Insurance Company (la compañía). En caso de conflicto entre este folleto y la póliza, la póliza prevalecerá. Por favor, consulte la póliza maestra para los detalles individuales del estado.**

CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

Se debe cursar una notificación por escrito de la reclamación a la compañía en un plazo de 90 días después de la ocurrencia o comienzo de cualquier siniestro cubierto por esta póliza, o tan pronto como sea razonablemente posible. La notificación entregada por o en nombre del asegurado designado a la compañía, con la información suficiente para identificar al asegurado designado, se considerará notificación a la compañía. La prueba escrita del siniestro debe comunicarse a la compañía en el domicilio designado en el plazo de los 90 días después de la fecha de dicho siniestro.

En el caso de un accidente, los estudiantes deben: 1) Obtener tratamiento en el centro médico más cercano de su elección; 2) Si usted tiene otro seguro, presente su reclamación a su otra compañía de seguros en primer lugar. Cuando reciba la notificación de explicación de beneficios de su compañía principal, envíenosla a nosotros; 3) Obtener un recibo (si se hizo el pago de alguna factura) y copia detallada de los cargos del proveedor de servicios médicos y enviar copias de sus facturas detalladas y el formulario de reclamación de accidente debidamente cumplimentado y **firmado** a la oficina de reclamaciones - enviar por correo toda la correspondencia a WEB-TPA, P.O. Box 2415, Grapevine, TX 76099-2415; y 4) **Llame al 1-866-975-9468** si desea formular cualquier pregunta sobre reclamaciones.

SUSCRITO POR:
Gerber Life Insurance Company
White Plains, NY 10605

AGENTE DE COMERCIALIZACIÓN:
Fowinkle School Insurance Agency
120-53rd Avenue West
Bradenton, FL 34207
1-800-541-8256

PLAN DE BENEFICIOS
Cobertura por lesiones por accidentes únicamente

Beneficio máximo:	Plan "Básico"	Plan "A"	Plan "B"	Plan "C"
Opción horario escolar	\$ 25,000	\$ 25,000	\$ 25,000	\$ 25,000
Opción 24 horas	\$ 25,000	\$ 25,000	\$ 25,000	\$ 25,000
Opción fútbol americano	\$ 25,000	\$ 25,000	\$ 25,000	\$ 25,000
Lesiones que involucran vehículos de motor	\$ 25,000	\$ 25,000	\$ 25,000	\$ 25,000
Beneficio por muerte/desmembamiento individual	\$ 10,000	\$ 10,000	\$ 10,000	\$ 10,000
Desmembamiento doble	\$ 20,000	\$ 20,000	\$ 20,000	\$ 20,000
Período de pérdida para beneficios médicos	El tratamiento debe comenzar dentro de los 90 días siguientes a la fecha de la lesión			
Período de beneficios para beneficios médicos y AD&D (muerte y desmembramiento por acción accidental)/pérdida de la vista	1 año	1 año	1 año	1 año
Aplicabilidad de exceso de cobertura	Exceso total	Exceso total	Exceso total	Exceso total
Servicios hospitalarios/en instalaciones de salud - como paciente internado				
Habitación de hospital y comidas (tarifa de habitación semiprivada)	100% GR*/\$ 750 máx.	100% GR*/\$ 1,500 máx.	100% GR*/\$ 3,000 máx.	100% GR*/\$ 4,500 máx.
Cuidados intensivos en hospital	100% GR*/\$ 750 máx.	100% GR*/\$ 1,500 máx.	100% GR*/\$ 3,000 máx.	100% GR*/\$ 4,500 máx.
Servicios varios hospitalarios para paciente internado	100% GR*/\$ 750 máx.	100% GR*/\$ 1,500 máx.	100% GR*/\$ 3,000 máx.	100% GR*/\$ 4,500 máx.
Servicios hospitalarios/en instalaciones de salud - como paciente ambulatorio				
Servicios varios hospitalarios para paciente ambulatorio (a excepción de los servicios de médicos y radiografías que se pagan de la forma que se estipula a continuación)	100% GR*/\$ 750 máx.	100% GR*/\$ 1,500 máx.	100% GR*/\$ 3,000 máx.	100% GR*/\$ 4,500 máx.
Sala de emergencia de hospital	100% GR*/\$ 100 máx.	100% GR*/\$ 200 máx.	100% GR*/\$ 400 máx.	100% GR*/\$ 600 máx.
Centro quirúrgico ambulatorio independiente	100% GR*/\$ 750 máx.	100% GR*/\$ 1,500 máx.	100% GR*/\$ 3,000 máx.	100% GR*/\$ 4,500 máx.
Servicios varios de cirugía ambulatoria	100% GR*/\$ 750 máx.	100% GR*/\$ 1,500 máx.	100% GR*/\$ 3,000 máx.	100% GR*/\$ 4,500 máx.
Servicios del médico				
Quirúrgicos	100% GR*/\$ 750 máx.	100% GR*/\$ 1,500 máx.	100% GR*/\$ 3,000 máx.	100% GR*/\$ 4,500 máx.
Cirujano asistente	25% de beneficios quirúrgicos	25% de beneficios quirúrgicos	25% de beneficios quirúrgicos	25% de beneficios quirúrgicos
Anestesiólogo	25% de beneficios quirúrgicos	25% de beneficios quirúrgicos	25% de beneficios quirúrgicos	25% de beneficios quirúrgicos
El tratamiento del médico no quirúrgico (con excepción de lo siguiente)	100% GR*/\$ 35 por día	100% GR*/\$ 50 por día	100% GR*/\$ 100 por día	100% GR*/\$ 150 por día
Tratamiento ambulatorio del médico en relación con la fisioterapia y/o la manipulación espinal	\$ 35/visita/10 visitas máx.	\$ 50/visita/10 visitas máx.	\$ 100/visita/ 10 visitas máx.	\$ 150/visita/10 visitas máx.
Otros servicios				
Servicios de enfermeras profesionales tituladas	100% GR*	100% GR*	100% GR*	100% GR*
Recetas - paciente ambulatorio	100% GR	100% GR*	100% GR*	100% GR*
Radiografías, incluye la interpretación - paciente ambulatorio	100% GR*/\$ 200 máx.	100% GR*/\$ 250 máx.	100% GR*/\$ 400 máx.	100% GR*/\$ 600 máx.
Diagnóstico por imágenes (imágenes por resonancia magnética, tomografía axial computarizada, etc.) incluye la interpretación - paciente ambulatorio	100% GR*/\$ 400 máx.	100% GR*/\$ 500 máx.	100% GR*/\$ 800 máx.	100% GR*/\$ 1,200 máx.
Ambulancia terrestre	100% GR*/\$ 350 máx.	100% GR*/\$ 500 máx.	100% GR*/\$ 1,000 máx.	100% GR*/\$ 1,500 máx.
Ambulancia aérea	100% GR*/\$ 350 máx.	100% GR*/\$ 500 máx.	100% GR*/\$ 1,000 máx.	100% GR*/\$ 1,500 máx.
Equipo médico duradero (incluye aparatos ortopédicos y dispositivos de asistencia)	100% GR*/\$ 200 máx.	100% GR*/\$ 250 máx.	100% GR*/\$ 400 máx.	100% GR*/\$ 600 máx.
Tratamiento dental para dientes sanos y naturales debido a una lesión con cobertura. (Cuando el dentista certifica que el tratamiento se prolongará más allá del período de beneficios de 52 semanas, la compañía seguirá cubriendo los gastos incurridos al 100% GR*; siempre y cuando se incurra en dichos gastos en un plazo de 2 años a partir de la fecha del primer tratamiento para la lesión)	100% GR*/\$ 200 máx.	100% GR*/\$ 250 máx.	100% GR*/\$ 400 máx.	100% GR*/\$ 600 máx.
Reemplazo de anteojos, audífonos, lentes de contacto, si también se recibe tratamiento médico para la lesión cubierta.	100% GR*/\$ 200 máx.	100% GR*/\$ 250 máx.	100% GR*/\$ 400 máx.	100% GR*/\$ 600 máx.
Problemas cardíacos o circulatorios	100% GR*/\$ 10,000 máx.	100% GR*/\$ 10,000 máx.	100% GR*/\$ 10,000 máx.	100% GR*/\$ 10,000 máx.
*GR significa gastos razonables				GER_0415EFTB (0152)

Para solicitar la cobertura, por favor inscribese por Internet con una tarjeta de crédito en www.schoolinsuranceagency.com o corte por la línea de puntos, complete el formulario y envíelo por correo, junto con su cheque o giro postal, a la dirección de retorno que se muestra a continuación.

Retornar a: Fowinkle School Insurance Agency
120-53rd Avenue West
Bradenton, FL 34207

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN 2019 - 2020 (complete en letra de imprenta o a máquina)

Apellido del estudiante	Nombre del estudiante	Inicial del segundo nombre del estudiante	Grado
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	Fecha de nacimiento		
Sistema escolar	Nombre de la escuela		
Marque su elección:	Plan "Básico"	Plan "A"	Plan "B"
Horario escolar con excepción de todos los deportes a nivel de escuela secundaria superior	.. \$ 9.00	.. \$ 12.00	.. \$ 29.00
Horario escolar que incluye todos los deportes a nivel de escuela secundaria superior excepto fútbol americano a nivel de escuela secundaria superior	.. \$ 24.00	.. \$ 27.00	N/A
Accidente las 24 horas a excepción de todos deportes a nivel de escuela secundaria superior	.. \$ 65.00	.. \$ 77.00	.. \$ 150.00
Accidente las 24 horas, incluye todos los deportes a nivel de escuela secundaria superior excepto fútbol americano a nivel de escuela secundaria superior	.. \$ 80.00	.. \$ 92.00	N/A
Fútbol a nivel de escuela secundaria superior – Otoño, primavera/verano	.. \$ 75.00	.. \$ 110.00	N/A
Fútbol a nivel de escuela secundaria superior – Primavera/verano solamente	.. \$ 30.00	.. \$ 39.00	N/A
Dental las 24 horas	.. \$ 8.00	.. \$ 8.00	.. \$ 8.00

Por favor haga el cheque pagadero a nombre de Gerber Life Insurance Company
Total que se adjunta: _____

Firma del padre/madre o tutor _____ Fecha _____

COL-11-EF

0152

Para utilizar Visa o Mastercard complete lo siguiente: _____

Número de la tarjeta _____ Nombre del titular de la tarjeta _____ Fecha de vencimiento _____ Código postal de facturación _____

Firma de autorización para procesar tarjetas de crédito o cheques electrónicamente X _____