

Cobertura de Seguro por Accidente de Estudiante** 2007-2008

COBERTURA ESCOLAR SOLAMENTE – Se proporciona cobertura de seguro por lesiones cubiertas incurridas durante las horas y días en que la escuela está en sesión y mientras asisten o participan en actividades patrocinadas y supervisadas por la escuela dentro o fuera de las instalaciones de la escuela. Incluye participación en: Deportes Interescolares, excluyendo fútbol americano de atajo interescolar; Actividades Recreativas de Verano patrocinadas y supervisadas por la escuela; Paseos de Campo Durante el Día (no incluye Paseos cuando se pernocta o pasa la noche) y Actividades Religiosas Patrocinadas por la Escuela. Se proporciona cobertura para el viaje a, durante y después de tales actividades como miembro de un grupo en el transporte proporcionado o arreglado por el Tenedor de Póliza y que viaja directamente hacia o desde su residencia y la escuela o el sitio donde se realice la actividad con cobertura.

Prima Anual: **Oro – \$39.00** **Plata – \$26.00** **Bronce – \$13.00**

COBERTURA OPCIONAL DE 24 HORAS – La cobertura de seguro se proporciona continuamente, las 24 horas del día. Se proporciona cobertura durante los fines de semana y los períodos de vacaciones incluyendo todo el verano. Los estudiantes tienen protección en el Hogar o fuera del mismo, en cualquier sitio, momento o lugar. Hay cobertura para participación de deportes interescolares de la Secundaria (High School), excluyendo participación en fútbol americano de atajo interescolar. Excluye cobertura para actividades patrocinadas y supervisadas por la escuela, cubiertas bajo el Programa de Seguro Estudiantil por Accidente que haya comprado la escuela.

Prima Anual: **Oro – \$165.00** **Plata – \$110.00** **Bronce – \$67.00**

COBERTURA DENTAL OPCIONAL LAS 24 HORAS (Se puede comprar separadamente o con otras coberturas.) – La cobertura dental voluntaria está vigente las 24 horas del día. Una lesión tiene que recibir tratamiento dentro de 60 días después del ocurramiento del accidente. Los beneficios estarán pagados dentro de 12 meses después de la fecha del accidente. La Compañía pagará los beneficios hasta un máximo de \$25,000 (cada lesión cubierta). Además, cuando el dentista certifica que el tratamiento debe postergarse hasta después de Período de Beneficios, los beneficios postergados estarán pagados hasta un máximo de \$1,000. El estudiante tiene que recibir tratamiento para lesiones a los dientes de un dentista certificado legalmente quien no es miembro de la familia inmediata. La cobertura está limitada al tratamiento de los dientes sanos y naturales.

Prima Anual: **\$7.00**

PERÍODO DE COBERTURA – La cobertura bajo los planes de Cobertura Escolar Solamente y los planes de Cobertura Opcional de 24 Horas comienza en la fecha en que se reciba la prima, pero no antes del comienzo de las actividades del año escolar. La cobertura Escolar Solamente termina con la clausura del período escolar regular de nueve meses, a menos que el estudiante esté asistiendo a actividades patrocinadas exclusivamente y supervisadas únicamente por la Escuela durante el verano. La Cobertura Opcional de 24 Horas y la Cobertura Dental terminan cuando la escuela comience de nuevo en el otoño. La cobertura está disponible bajo todo los planes durante el año escolar a las primas cotizadas (**no hay primas disponibles con tarifas prorrateadas**).

Tabla De Beneficios

Cobertura para Lesiones debidas sólo a Accidente

Beneficio Máximo	ORO	PLATA	BRONCE
Cobertura Escolar Solamente	\$100,000	\$ 75,000	\$ 50,000
Opción de Cobertura de 24 Horas	\$100,000	\$ 75,000	\$ 50,000
Lesiones que involucran vehículos de motor	\$ 10,000	\$ 10,000	\$ 10,000
Beneficio por Muerte	\$ 10,000	\$ 10,000	\$ 10,000
Beneficio Sencillo por Desmembramiento	\$ 5,000	\$ 5,000	\$ 5,000
Beneficio Doble por Desmembramiento	\$ 10,000	\$ 10,000	\$ 10,000
Período de Pérdida	Tratamiento tiene que empezar dentro de 60 días después del ocurramiento del accidente.		
Período de Beneficio	1 Año	1 Año	1 Año
Servicio de Hospital o Centro Médico Paciente Interno			
Habitación y Provisiones	100% U&C	100% U&C	100% U&C
Cuidados Intensivos en Hospital	100% U&C	100% U&C	100% U&C
Misceláneos de Hospital para Paciente Interno	\$1,000 primer día / \$500 cada después / \$10,000 máximo	\$750 primer día / \$375 cada después / \$7,500 máximo	\$500 primer día / \$250 cada después / \$5,000 máximo
Paciente Externo			
Centros Quirúrgicos Ambulatorios Independientes	\$2,000 Max.	\$1,000 Max.	\$500 Max.
Misceláneos de Hospital para Paciente Externo – (excepto servicios de médico y radiografías pagadas según detalle)	\$750 Max.	\$500 Max.	\$250 Max.
Médico de Sala de Emergencia	\$75	\$50	\$25
Sala de Emergencia en Hospital	\$500 Max.	\$350 Max.	\$250 Max.
Servicios de un Médico			
Quirúrgicos	80% U&C / \$3,000 Max.	80% U&C / \$2,000 Max.	80% U&C / \$1,000 Max.
Cirujano Auxiliar	25% del Beneficio Quirúrgico	25% del Beneficio Quirúrgico	25% del Beneficio Quirúrgico
Anestesiólogo	25% del Beneficio Quirúrgico	25% del Beneficio Quirúrgico	25% del Beneficio Quirúrgico
Tratamiento por un Médico como Paciente Externo relacionados con Terapia Física o Manipulación de La Columna Vertebral	\$40/Visita; Límite: 5 tratamientos	\$30/Visita; Límite: 5 tratamientos	\$25/Visita; Límite: 5 tratamientos
Tratamiento No Quirúrgico por un Médico (con excepción de lo Mencionado anteriormente)	\$50/Visita	\$35/Visita	\$25/Visita
Otros Servicios			
Servicio de Enfermera Registrada	100% U&C*	100% U&C*	100% U&C*
Prescripciones-paciente externo	\$200, Max.	\$150, Max.	\$100, Max.
Pruebas de Laboratorio-paciente externo	\$100, Max.	\$75, Max.	\$50, Max.
Radiografías, incluye interpretación	\$200, Max.	\$150, Max.	\$100, Max.
Diagnóstico por Imágenes (MRI, CAT Scan, etc.) incluye interpretación – paciente externo	\$400, Max.	\$300, Max.	\$200, Max.
Ambulancia Terrestre	100% U&C* Un sólo viaje	100% U&C* Un sólo viaje	100% U&C* Un sólo viaje
Ambulancia Aérea	\$500, Max.	\$500, Max.	\$500, Max.
Equipo Médico Duradero para Paciente Externo (Incluye Aparatos y Abrazadera Ortopédicas)	\$500, Max.	\$300, Max.	\$200, Max.
Reemplazo de anteojos, aparatos auditivos, lentes de contacto, si también se recibe el tratamiento médico para la lesión con cobertura.	\$300, Max	\$200, Max.	\$150, Max
Tratamiento dental de dientes sanos y naturales debido a la lesión con cobertura.	\$250/Diente	\$150/Diente	\$100/Diente

*U&C Usual y Acostumbrado
 MRI = Imagen por resonancia magnética
 CAT = Tomografía axial computarizada

140-50 (NC-YG1)

3/07

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Apellidos de Estudiante _____ (letra de imprenta)

Primer Nombre del Estudiante _____ Inicial de Segundo _____

Seguro Social # _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____

Sistema Escolar _____

Nombre de la Escuela _____

Firma de los Padres o Guardián _____

Fecha _____

140-50 (NC-YG2)

Seguro Estudiantil por Accidente - marque su selección: 2007-2008 PRIMA ANUAL

Planes de Cobertura	Oro	Plata	Bronce
Cobertura Esc. Solamente de Accidente*	\$ 39.00 <input type="checkbox"/>	\$ 26.00 <input type="checkbox"/>	\$ 13.00 <input type="checkbox"/>
Cobertura Opcional de Accidente de 24 Horas*	\$ 165.00 <input type="checkbox"/>	\$ 110.00 <input type="checkbox"/>	\$ 67.00 <input type="checkbox"/>
Cobertura Dental Opcional de 24 Horas*	\$ 7.00 <input type="checkbox"/>	\$ 7.00 <input type="checkbox"/>	\$ 7.00 <input type="checkbox"/>

Cheque pagadero a nombre de **Sentry Life Insurance Company.**

Total Incluido \$ _____

*Todas las Primas son para Los Grados [Pre K - 12.]

Tengo seguro adecuado y no quiero este seguro.

Firma de los Padres o Guardián _____

Fecha _____

3/07

COBERTURA COMPLEMENTARIA TOTAL

Se pagará todas las reclamaciones efectuadas para beneficios por Gastos Médicos desde el primer dólar de gastos. Los beneficios estarán pagados además de los pagos de otras pólizas de seguro.

BENEFICIOS MEDICOS

Cuando una lesión con cobertura sufrida por un estudiante dé lugar a tratamiento de un Médico legalmente calificado o cirujano (que no sea miembro de la familia) o limitado al hospital, y el tratamiento empieza en el plazo de 60 días después del accidente, pagaremos beneficios según se indica en la Tabla de Beneficios. Solamente tienen cobertura los gastos médicos elegibles incurridos por el asegurado en el plazo de 52 semanas a partir de la fecha del accidente. Los beneficios por un sólo accidente no han de exceder en total, el máximo de Beneficio Médico del plan que haya comprado. No se cubren los gastos en que se incurra después de un año de la fecha de la lesión, aunque el servicio sea continuado o sea necesario demorario hasta después de un año desde la fecha de la lesión.

BENEFICIOS POR MUERTE ACCIDENTAL, DESMEMBRAMIENTO Y PERDIDA DE LA VISTA

Se pagan beneficios por pérdidas del estudiante que se incurran en un plazo de 365 días a partir de la fecha de lesión. Los siguientes beneficios (la cantidad mayor que corresponda) se pagan en adición al beneficio médico:

Pérdida de la vida:	\$10,000
Pérdida de una mano, de un pie o la vista en un ojo	\$ 5,000
Pérdida de ambas manos, de ambos pies, o la vista de ambos ojos	\$10,000

“Pérdida” significa, con respecto a las manos y a los pies, la separación real arriba de la muñeca o del tobillo; con respecto a la vista es la pérdida total e irrecuperable. Estas pérdidas estarán clasificadas totales e irrecuperables si la pérdida no pueda estar corregida o restablecida por el tratamiento médico o quirúrgico. Si el asegurado sufre más que una de las pérdidas que tienen la cobertura de arriba como resultado del mismo accidente, pagaremos el total máximo del beneficio.

DEFINICIONES

Lesión significa una lesión corporal accidental: (a) recibida mientras esté asegurado bajo esta póliza; y (b) que resulte independientemente de enfermedad y todas las otras causas.

Accidente significa un incidente repentino, inesperado y no intencionado, un evento identificado que causa lesión corporal, producido directamente por el contacto accidental con otro cuerpo o objeto. El accidente tiene que ocurrir mientras el asegurado esté bajo esta póliza.

Cargos usuales y acostumbrados son aquellos cargos comparables por tratamiento, servicios y suministros similares en el área geográfica donde se reciba el tratamiento. Estos servicios y suministros tienen que estar recomendados y aprobados por un médico.

EXCLUSIONES

Esta póliza no cubre:

Lesiones no causados por un accidente; 2. Tratamiento por hernia, a pesar de la causa, enfermedad de “Osgood Schlatter”, o osteocondritis; 3. Lesiones sufridas como resultado de operar, viajar en, montar o descender de un vehículo recreativo motorizado de dos, tres o cuatro ruedas o móvil de nieve. 4. Lesión recurrente o complicación de una afección por la cual un Médico recomendó consulta médica o tratamiento o se recibió servicio del Médico en un período de seis meses antes de la Fecha de Vigencia del seguro individual; 5. Lesión recibida del entrenamiento o participación de fútbol americano de atajo interescolar y/o deportes, a menos que el premio requerido debajo de la Cobertura de Fútbol Americano y/o Deportes ha sido pagado; 6. Cualquier gasto para beneficios que tienen cobertura de seguro por Accidente Catastrófico de la Asociación de Actividades Interescolares del Estado; 7. Tratamiento dado por un miembro de la familia inmediata del asegurado o por una persona contratada por la Escuela; 8. Lesión causada por un acto de guerra declarada o no declarada; suicidio o intento de suicidio o lesiones infligidas a sí mismo intencionalmente, esté en su sano juicio o no; lesiones que resulten cuando el Asegurado participe o intente participar en cometer un delito o participe en una ocupación ilegal; lesiones por pleitos o reyertas, excepto en defensa propia; lesiones sufridas mientras esté bajo el efecto de intoxicantes como definido por las leyes del estado donde ocurra la lesión; o lesiones sufridas mientras esté bajo la influencia de cualquiera de las sustancias controladas, a menos que la misma haya sido administrada por consejo de Médico Legalmente Calificado; 9. Servicios o suministros para el tratamiento de una lesión o enfermedad laboral que tienen cobertura por el Acto de Compensación de los Trabajadores de North Carolina solo hasta tales servicios o suministros son la responsabilidad del empleado, el empleador o quién tiene el seguro de compensación laboral según la final adjudicación por el Acto de Compensación de los Trabajadores de North Carolina o un orden de la Comisión Industrial de North Carolina que aprueba un acuerdo por el Acto de Compensación de los Trabajadores de North Carolina; 10. Gastos incurridos por tratamiento de trastornos de la articulación temporomandibular y dolor miofacial asociado.

CONSERVE ESTA DESCRIPCIÓN CON SUS EXPEDIENTES

Ésta no es una póliza, sino una breve descripción de los beneficios ofrecidos por la Póliza Principal dado a la Escuela. Por favor, refiera a la Póliza Principal para otros detalles. Si haya un conflicto entre este folleto y la póliza, la póliza predomina.

CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

1.) Obtenga un formulario de reclamación de la oficina de la escuela o del agente de mercadeo y conteste todas las preguntas en detalle (incluyendo las firmas en el frente y el reverso del formulario). Para cada accidente, se necesita un formulario de reclamación. 2.) Si tiene otro seguro, presente su reclamación a su otro seguro. Cuando Usted reciba **La Explicación de Beneficios de Su Seguro Principal**, Envíenosla con **Las Cuentas Detalladas** con el diagnóstico con este formulario de reclamación completado. **Guarde copias de todos los formularios de reclamación, cuentas y correspondencia para sus propios expedientes hasta su reclamación ha sido tratada.** 3.) Si usted ya pagó la cuenta, incluya un recibo pagado o una copia de su cheque cancelado. Si no, el pago estará hecho a los que dan servicio (hospital, médico o otros), a menos que un estado de cuenta del recibo pagado acompaña la cuenta al momento la reclamación está hecho. 4.) Envíe toda la correspondencia a Stevens Point Policy Benefits, P.O. Box 8025, Stevens Point, WI 54481. El formulario de reclamación se ha de enviar en el plazo de 90 días desde la fecha del servicio. Cualquier factura que no se adjunte al formulario de reclamación se ha de enviar a la compañía identificada con el nombre del estudiante, el distrito escolar y la fecha del accidente. 5.) Si cambie su dirección, por favor notifique a Sentry Life Insurance Company por el teléfono 1-800-426-7234 para que no haya demora en el tratamiento de las reclamaciones. Por favor, llame a Sentry Life Insurance Company si le gustaría saber el estado de su reclamación o si haya otras preguntas de cómo su reclamación fue tratado o el beneficio pagado.

SUBSCRITO POR:



1800 North Point Drive
Stevens Point, WI 54481

AGENTE DE MARCADEO:

The Young Group, Inc.
256 West Millbrook Road
Raleigh, NC 27609
(919) 846-9798



Para solicitar cobertura, por favor corte a lo largo de la línea punteada. Llene el formulario y envíelo por correo, junto con su cheque o giro postal a la dirección que se indica a continuación.

Favor Devolver a:
The Young Group, Inc.
256 West Millbrook Road
Raleigh, NC 27609