Seguro Voluntario de Accidentes para Estudiantes

2023-2024
Para las escuelas en:
ID, MD, MT, SD, & WA

Health Special Risk, Inc.
8400 Belleview Dr, Suite 150
Plano, TX 75024

Teléfono: 866.409.5733, ext. 5660
Fax: 972.512.5819

HSR es una agencia con licencia de seguros independiente y está autorizada para vender seguro de accidentes para estudiantes a nombre de la Compañíade Seguros Mutual of Omaha.

Cobertura suscrita por: Mutual of Omaha Insurance Company, Mutual of Omaha Plaza, Omaha, NE 68175.

HSR Health Special Risk, Inc.

Mutual of Omaha

MUGC9642

State Special Vol

Policy Form T5MP Series 6440S

A NIVEL NACIONAL

2023-2024
Cobertura de Seguro Voluntario de Accidente para Estudiantes de K-12
(Para las escuelas en: ID, MD, MT, SD, y WA)

Cobertura Suscrita por: Mutual of Omaha Insurance Company; 3300 Mutual of Omaha Plaza; Omaha, NE 68175

ELEGIBILIDAD:

Todos los alumnos matriculados en una escuela/distrito participante en los grados de Pre-kínder hasta el grado 12

OPCIONES DE COBERTURA

COBERTURA EN LA ESCUELA: Se proveerá la cobertura del seguro durante las horas y días en que la escuela está en sesión, mientras este asistiendo a la escuela o participando en actividades patrocinadas y supervisadas dentro o fuera de las instalaciones de la escuela (por ejemplo, viajes a excursiones "field days") y mientras participa actividades deportivas inter-escolares (con la excepción de lesiones sufridas durante su participación en eventos/actividades de Fútbol Americano de escuela secundaria). Se proporciona cobertura mientras viaje a, durante o después de tales actividades como miembro de un grupo de transporte proporcionado u organizado por el Tenedor de la Póliza y viajando directamente hacia o desde los predios de su residencia o los predios de la escuela cuando la escuela está en sesión. Si el Tenedor de Póliza proporciona cobertura obligatoria para los estudiantes bajo el Programa de Actividades Atléticas o Programa de Fútbol Americano Inter-escolares, los beneficios se pagarán primero bajo tales programas antes de ser considerados bajo un Programa Voluntario de En La Escuela.

COBERTURA LAS 24 HORAS: Proporciona cobertura por lesiones sufridas las 24 horas del día, los 365 días del año, en casa, en la escuela y durante su participación en actividades deportivas inter-escolares (con la excepción de lesiones sufridas durante su participación en eventos/actividades de Fútbol Americano de escuela secundaria). Si el Tenedor de la Póliza proporciona cobertura obligatoria para los estudiantes bajo un programa de Fútbol Americano, programa Atlético/Actividad Inter-escolar, o un Programa de en la Escuela, los beneficios se pagarán bajo tales programas antes de ser considerados bajo el programa Voluntario de 24 horas.

SOLO PARA FÚTBOL AMERICANO : Se proporcionará cobertura de seguro a los atletas de Fútbol Americano de escuela secundaria ya sea para las actividades aprobado por los gobernantes inter escolares del estado tales como pruebas de selección ("tryouts"), juego de pretemporada, práctica, acondicionamiento físico, juego de temporada regular, juegos de post temporada, así como los viajes a, durante o después de las actividades atléticas como miembro del equipo cuando la transportación es proporcionado y organizado por la escuela. Si el Tenedor de la Póliza proporciona cobertura obligatoria para los atletas de fútbol americano bajo un programa Atlético/Actividad Inter-escolar de Fútbol Americano, se pagarán beneficios bajo esos programas antes de ser consideradas bajo un programa Voluntario de Fútbol Americano.

COBERTURA ADICIONAL EXTENDIDA PARA SERVICIOS DENTALES: Esta es una cobertura adicional para los gastos incurridos por accidentes dentales que estén cubiertos. Los beneficios dentales proporcionados son: (a) el 100% de los Cargos usuales y acostumbrados (U & C siglas en inglés) para exámenes, radiografías, endodoncia y cirugía oral hasta un máximo de $10,000; O (b) los gastos dentales que sean para puentes, dentaduras postizas o el reemplazo de las reparaciones dentales anteriores a un máximo de $250. No se proporcionará cobertura para frenillos ortodonticos (braces) por ninguna razón o daño o pérdida de los mismos. Cobertura dental extendida se debe comprar junto con uno de los siguientes programas, coberturas de 24 Horas, En La Escuela o de Fútbol Americano; no podrá ser adquirido como una cobertura independiente.

PERIODO DE COBERTURA - La cobertura bajo los programas tales como En La Escuela, Las 24 Horas y de Fútbol Americano comienzan a partir de la fecha que se recibe la prima, pero no antes del inicio de las actividades del año escolar. La cobertura de En La Escuela termina al cierre del período regular de nueve meses de la escuela. La cobertura de Las 24 Horas termina cuando la escuela abre nuevamente en otoño. La cobertura está disponible para ambos planes a través de todo el año escolar de acuerdo a las primas cotizadas **(no hay primas pro rata disponibles).**

BENEFICIOS

GASTOS MÉDICOS DE ACCIDENTES: Cuando le sucede una lesión cubierta a un asegurado y esa lesión resulta en tratamiento ya sea por un médico o cirujano dentro de los 60 días de la fecha del accidente; nosotros pagaremos los beneficios como se muestra en la Tabla de Beneficios, después del deducible médico, si los hubiere. Sólo aquellos gastos médicos elegibles incurridos por el Asegurado dentro de las 52 semanas desde la fecha del accidente están cubiertos. Los beneficios para un accidente singular no podrán exceder el beneficio médico máximo de $25,000 en su totalidad.

MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDA ESPECÍFICA: Se pagaran beneficios por las pérdidas sufridas dentro de los 180 días desde el día lesión. Los siguientes beneficios (la mayor cantidad que aplique) se pagaran además del beneficio médico:

Pérdida de la Vida	$10,000.00
Pérdida de ambas manos, ambos pies, la vista en ambos ojos, el habla y la audición	$10,000.00
Pérdida de una mano, un pie, la vista en un ojo, el habla o la audición	$5,000.00
Pérdida del dedo pulgar e índice de la misma mano	$500.00

"Pérdida" significa, en relación con las manos y los pies, la desmembración por más allá de la muñeca o el tobillo, con respecto a la vista, el habla o la audición la pérdida total e irrevocable de los mismos. Con respecto al pulgar y el dedo índice de la misma mano, pérdida también significa, la ruptura o el desprendimiento de dos o más falanges enteras de tanto el pulgar y el dedo índice.

DEFINICIONES

"Lesión" significa una herida corporal debido a un accidente: (a) recibido mientras se encontraba asegurado por esta póliza; y (b) resultando, independientemente de una enfermedad y otras causas.

"**Hospital**" significa cualquiera de los siguientes lugares: (a) un lugar que tenga licencia o está reconocido como un hospital general por la autoridad competente del Estado en el que se encuentra; (b) Un lugar que tiene como propósito la atención y tratamiento de personas internadas con enfermeras graduadas y registradas (RN), con servicios de laboratorio e instalaciones de rayos X; (c) un lugar reconocido como hospital general por la Comisión Medica de Acreditación de Hospitales; o (d) un lugar certificado como hospital por Medicare. No serán identificados como hospital son aquellas instituciones o aquella parte de los hospitales que están autorizadas principalmente: (1) para el tratamiento o cuidado de drogadictos o alcohólicos; o (2) como una clínica, centro de cuidados prolongados, centro de enfermería especializada, de convalecencia, casa de reposo, asilo de ancianos u hogar para ancianos.

"Los cargos usuales y acostumbrados" son los cargos comparables para el cuidado similar, así como los servicios y suministros similares en la zona geográfica donde se realiza el tratamiento.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Las exclusiones pueden variar dependiendo del estado. Las exclusiones dentro de la póliza pueden incluir pero no están limitados a: esta póliza no cubre: (1) Suicidio, intento de suicidio o Lesiones auto infligidas intencionalmente, suicidio mientras esté cuerdo o demente (en Missouri: mientras este sano solamente); (2) lesiones causadas por un acto de guerra declarada o no ; (3) lesiones recibidas mientras este sirviendo en las fuerzas armadas (dependiendo del día de entrada que usted nos provee, la prima pro rata será devuelto); (4) las lesiones recibidas mientras este ejerciendo como piloto o miembro de la tripulación; (5) las lesiones que resulten de viajes aéreos , excepto como pasajero y solo para su transportación; (6) las lesiones resultantes de la participación del Asegurado en o intento de cometer un delito grave o ser contratado en una ocupación ilegal; (7) las lesiones recibidas mientras estaba bajo la influencia de cualquier sustancia controlada, a menos que se administre por recomendación de un Médico Legalmente Calificado; (8) lesiones recibidas en estado de ebriedad; (9) lesiones sufridas mientras este viajando con la excepción de lo descrito en la sección de "actividades cubiertas"; (10) el costo de los tratamientos dentales, con la excepción de lo dispuesto específicamente para las lesiones de los dientes sanos y naturales; (11) lesiones cubiertas por la compensación del trabajador o de las leyes de responsabilidad de los empleadores; (12) lesión sufrida mientras este operando, sentado, trabajando o viajando en o sobre cualquier motocicleta o vehículo de motor de recreo, incluyendo pero no limitado a vehículos de motor de: dos o tres ruedas, vehículo de cuatro ruedas todo terreno (ATV); jet ski; esquí cicló; moto de nieve o vehículo todoterreno motorizado que no requiera licencia para conducir; (13) las lesiones sufridas mientras este conduciendo un vehículo de motor sin poseer una licencia valida de conducir (excepto en el Programa de Educación para conducir); (14) las lesiones sufridas mientras practica el esquí, buceo, surfing, patinaje sobre ruedas, como parte de un rodeo; (15) las lesiones sufridas , mientras que el practica paracaidismo, ala delta (skidiving); vuelo sin motor, vuelo de parapente, vuelo en un avión ultraligero, planeamiento a vela, puentismo (bungee), trineo o viaje de globo; (16) peleas o luchas; excepto en defensa propia; (17) volverse a lesionar o tener complicaciones de una enfermedad en la misma herida donde tratamiento médico fue recomendado o recibido por un médico dentro de un período de 6 meses antes de la fecha vigente del seguro individual; (18) lesiones que estén cubiertas bajo un contrato de seguro de automóvil obligatorio no-fault; o (19) gastos incurridos para el tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular y dolor miofacial asociado.

GUARDE ESTA DESCRIPCIÓN EN SUS RECORDS. Conserve este folleto de seguro accidental con su cheque cancelado, recibo de giro postal o recibo de tarjeta de crédito como acuse de recibo de la cobertura. Este folleto ha sido diseñado para ilustrar los aspectos más destacados de este seguro. Toda la información del seguro accidental para el estudiante está sujeta a las disposiciones de la Póliza T5MP. Las exclusiones y limitaciones serán aplicadas. Si hubiera alguna discrepancia entre la póliza y esta información de accidente para el estudiante, las disposiciones de la póliza prevalecerán.

La póliza o certificado de seguro que tienen que ver con la cobertura y los servicios descritos en este anuncio serán proveídos en inglés solamente. Toda documentación, avisos y comunicaciones de apoyo que estén relacionado también se proporcionarán solamente en inglés. Le recomendamos que busque asistencia de un traductor y/o interprete. No obstante, las pólizas y certificados de seguro están disponibles en español para los residentes de Puerto Rico que lo soliciten.

COBERTURA DE SEGURO VOLUNTARIO DE ACCIDENTES PARA LOS ESTUDIANTES DE EL RESTO DE LA NACION
PROGRAMA DE BENEFICIOS

PACIENTES HOSPITALIZADOS:	**OPCIÓN – BAJA**	**OPCIÓN – ALTA**
Alojamiento y Comida / Misceláneos de Hospital	Tarifa de habitación semi - privada / máximo de $150 por día	80% de la Tarifa Usual y Acostumbrada por Una Habitación Semi - privada
Misceláneos de Hospital	Hasta un máximo de $600 por día	Hasta un máximo de $1,200 por Día
Enfermera Registrada o Graduada	75% de los habituales	100% de los habituales
Visitas del Médico No Quirúrgicas	Hasta $40 el primer día; $25 por día a partir de entonces	Hasta $60 el primer día; $40 por día a partir de entonces
(Los beneficios se limitan a una visita por día y no se aplican cuando se relaciona con una cirugía)		
PACIENTES AMBULATORIOS:		
Costo de Cirugía Ambulatoria-Cargos por Instalación Médica	Hasta un Máximo de $1,000	Hasta un Máximo de $1,200
Visitas del Médico No Quirúrgicas	Hasta $40 el primer día; $25 por día a partir de entonces	Hasta $60 el primer día; $40 por día a partir de entonces
(Los beneficios se limitan a una visita por día y no se aplican cuando se relaciona con la cirugía o fisioterapia)		
Fisioterapia	Hasta $30 el primer día; $20 por día a partir de entonces / 5 días máximos	Hasta $60 el primer día; $40 por día a partir de entonces /5 días máximos
Sala de Emergencia	Hasta un Máximo de $150	Hasta un Máximo de $300
(Uso de la sala y materiales, el tratamiento debe ser dado dentro de 72 horas desde el momento de la lesión)		
Servicios de Rayos X - (Incluye cargos por lectura)	Máximo de $200	Máximo de $600
Cat Scan /MRI	Máximo de $300	Máximo de $600
Laboratorio	Máximo de $50	Máximo de $300
Inyecciones	Hasta $25, lesión	Hasta $25, lesión
Medicamentos con Receta	Máximo de $75	Máximo de $200
Aparatos y Accesorios Ortopédicos	Máximo de $75	Máximo de $140
PACIENTES HOSPITALIZADOS Y/O AMBULATORIOS:		
Honorarios del cirujano	Máximo de $1,000 (No se pagaran procedimientos adicionales por la misma incisión)	Máximo de $1,200 (No se pagaran procedimientos adicionales por la misma incisión)
Anestesista	20% del gasto permitido para el cirujano	25% del gasto permitido para el cirujano
Ambulancia	Máximo de $300	Máximo de $800
Consultor	Máximo de $200	Máximo de $400
Tratamiento del agotamiento por calor	100% de los habituales	100% de los habituales
Dental	Hasta $200 por diente (Los beneficios se pagan en los dientes naturales y sanos solamente)	Hasta $ 500 por diente (Los beneficios se pagan en los dientes naturales y sanos solamente)
El reemplazo de anteojos, lentes de contacto y audífonos	Máximo de $200 (Al romperse como resultado de una lesión en la cubierta)	Máximo de $300 (Al romperse como resultado de una lesión en la cubierta)

TIPOS DE OPCIONES

(Haga su selección en el formulario de inscripción adjunto).

PLANES DE COBERTURA	OPCIÓN – TARIFA BAJA	OPCIÓN – TARIFA ALTA
24 Horas	$ 86.65	$132.65
24 Horas Veranos Solamente	$ 22.45	$ 35.30
En La Escuela	$ 21.40	$ 31.00
Fútbol Americano Escuela Secundaria	$147.65	$230.05
Fútbol Americano Primaveral Escuela Secundaria	$ 58.85	$ 92.00
Dental Extendido	$ 9.65	$ 9.65

2023-2024
SEGURO VOLUNTARIO
DE ACCIDENTE PARA ESTUDIANTES
FORMULARIO DE SUSCRIPCIÓN

(Para las escuelas en: ID, MD, MT, SD, y WA)

Apellido del Estudiante:_____ Fecha de Nacimiento del Estudiante:_____

Nombre del Estudiante:_____ Inicial:_____ Numero de Teléfono:_____

Número de Seguro Social del Estudiante:_____ Grado:_____ Número de Identificación del Estudiante:_____

Número de la Calle:_____
Dirección Ciudad Estado Código Postal

Nombre del Distrito Escolar:_____ Nombre de la Escuela/Campus:_____
(**Requerido para Procesar**)

Firma del Padre o Guardián:_____ Fecha:_____ E-mail Address:_____

POR FAVOR SELECCIONE SU PLAN A CONTINUACION:

PLANES DE COBERTURA	OPCIÓN BAJA	OPCIÓN ALTA
24-Hour (24 Horas)	☐ $ 86.65*	☐ $132.65*
24-Hour (24 Horas, Solamente en Verano)	☐ $ 22.45*	☐ $ 35.30*
At School (En la Escuela)	☐ $ 21.40*	☐ $ 31.00*
High School Football (Fútbol Americano a Nivel de Secundaria)	☐ $147.65*	☐ $230.05*
Spring High School Football (Fútbol Americano en Primavera a Nivel de Secundaria)	☐ $ 58.85*	☐ $ 92.00*
Extended Dental (Seguro Dental Extendido)	☐ $ 9.65*	☐ $ 9.65*

SOLAMENTE PARA USO DE LA COMPAÑÍA: Número de cheque _____ Cantidad Recibida _____	**Adjuntado se encuentra el cheque de pago total pagadero a: Health Special Risk** TOTAL de todas las elecciones AQUI: $_____

*** Existe un cargo adicional de proceso de $1.00 por cobertura comprada para procesar el papeleo.**

Una vez completado, envíe este formulario a:

Health Special Risk, Inc.
P.O. Box 957824
St. Louis, MO 63195-7824

Para más información referente a Seguro de Estudiantes, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente al **1-866-409-5733**

IF YOU WISH TO PAY WITH MASTERCARD OR VISA: Go to www.K12StudentInsurance.com**

*****A 5% administrative charge will be added for Credit Card Orders***

Cobertura de Accidente Suscrita por: Mutual of Omaha Insurance Company, 3300 Mutual of Omaha Plaza, Omaha, NE 68175