

# SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES

**Seleccione el plan de seguro que necesita para compensar el costo de la atención médica.....**

- COBERTURA CONTRA ACCIDENTES EN HORARIO ESCOLAR
- COBERTURA CONTRA ACCIDENTES DE TIEMPO COMPLETO
- OPCIÓN DE PLAN ODONTOLÓGICO CONTRA ACCIDENTES
- PLAN DE SEGURO DE FUTBOL DE TACLE
- COBERTURA DE ACTIVIDADES DE LA UIL



ÉSTA ES UNA PÓLIZA DE BENEFICIOS LIMITADOS. SEGURO ÚNICAMENTE  
CONTRA ACCIDENTES. NO RENOVABLE

**Se adjunta formulario de inscripción**

**APROBADO POR SU ESCUELA PARA LOS GRADOS PK-12**

***¡Tome una decisión inteligente ahora mismo!***



**COLUMBIAN LIFE**  
INSURANCE COMPANY  
HOME OFFICE: CHICAGO, IL  
Administrative Service Office  
P.O. BOX 196  
STILLWATER, MN 55082-0196

Form No. 3715-CL-08

T-1745(TX)

POLÍTICA DE PRIVACIDAD: usted puede obtener una copia detallada de la política de privacidad de Columbian Life en su escuela, comunicándose con SAS, Inc. al (800) 328-2739, o visitando [www.sas-mn.com](http://www.sas-mn.com).

**DESCRIPCIONES DE LA COBERTURA DEL PLAN DE SEGURO CONTRA ACCIDENTES  
(PÓLIZA 9F140-CL)(Rev.)TX**

**TASAS ANUALES**

**Cobertura en Horario Escolar - Grados PK-12**

La cobertura estaría vigente para toda persona que haya pagado la prima de Cobertura en Horario Escolar, según lo dispuesto en la Póliza:

- (a) mientras se encuentre en las instalaciones escolares; durante el horario y en los días de funcionamiento habitual de la Escuela, y durante el horario y en los días no habituales de funcionamiento escolar mientras el asegurado se encuentre asistiendo a una Actividad Patrocinada o Supervisada\* o participando en la misma, excepto el fútbol interescolar para estudiantes del 10º grado o de grados superiores y de los grados 7-9, si practican o juegan con los grados 10-12; y
- (b) mientras se encuentre fuera de las instalaciones escolares; excepto de viaje, si está participando en una Actividad Patrocinada y Supervisada\*, excepto fútbol interescolar para estudiantes del 10º grado o de grados superiores y de los grados 7-9, si practican o juegan con los grados 10-12; y
- (c) mientras se encuentre viajando directamente hacia o desde la residencia y la Escuela del Asegurado; por clases habituales en la Escuela, o por cualquier Actividad Patrocinada y Supervisada\* en transporte proporcionado por la Escuela, excepto en el fútbol interescolar para estudiantes del 10º grado o de grados superiores y de los grados 7-9, si practican o juegan con los grados 10-12; o

**\$ 50.00**



**Cobertura de Tiempo Completo (24 horas de cobertura) - Grados PK-12**

La cobertura estaría vigente para toda persona que haya pagado la prima de Cobertura de Tiempo Completo, según lo dispuesto en la Póliza, para las veinticuatro (24) horas al día, excepto por el fútbol interescolar para los estudiantes del 10º grado o de grados superiores y de los grados 7-9, si practican o juegan con los grados 10-12\*.

**\$ 140.00**



\* Incluye cobertura para actividades interescolares (UIL), excepto Cobertura de Fútbol que debe adquirirse por separado.

**Cobertura de Fútbol: grados 10-12 y grados 7-9 si practican o juegan con los grados 10-12**

La cobertura estaría vigente para toda persona que haya pagado la prima de Cobertura de Fútbol, según lo dispuesto en la Póliza:

- (a) mientras practica o compete en juegos de fútbol exclusivamente patrocinados por el Asegurado, como representante de la Escuela, y mientras se encuentre bajo supervisión directa e inmediata de un empleado del Asegurado; y
- (b) mientras viaje directamente hacia o desde tal práctica o competencia en transporte proporcionado por la Escuela.

**\$ 185.00**



**Cobertura odontológica contra accidentes - Grados PK-12 (Adicional 9E509-CL)**

La cobertura estaría vigente para lesiones accidentales en los dientes durante las 24 horas del día incluida la participación en todas las Actividades de la Liga Interescolar Universitaria (University Interscholastic League, UIL), con sujeción a las limitaciones y exclusiones del Plan de Seguro y este Adicional Odontológico. Paga los cargos habituales y acostumbrados en los que se incurra en el plazo de un año a partir de la fecha de la lesión hasta \$5,000 por lesión, después de otra cobertura válida. Todos los planes de seguro con nuestra Compañía serían secundarios a toda Otra Cobertura Válida. Primero se debe presentar una reclamación odontológica con la otra cobertura.

**\$ 8.00**



**CÓMO INSCRIBIRSE**

1. Determine el Plan de cobertura de Seguro que desea. Complete el sobre de Inscripción e incluya su cheque pagadero a: STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC. o complete el formulario de pago con la información de la tarjeta de crédito. La prima no puede prorratearse. Escriba el nombre del estudiante en su cheque.
2. También puede inscribirse en línea en el sitio web de Student Assurance Services, Inc.: [www.sas-mn.com](http://www.sas-mn.com). El formulario en línea estará disponible bajo K-12, "School District Look-up" (Búsqueda de distrito escolar).
3. Asegúrese de conservar este folleto y una copia del pago de la prima como comprobante del seguro. Usted no recibirá una póliza o tarjeta de identificación. La póliza base se emite a su escuela.

Envíe su pago o el formulario de información de la tarjeta de crédito con la información de inscripción solicitada en el sobre adjunto.

**T-1745(TX)**

**FECHAS DE ENTRADA EN VIGENCIA Y DE VENCIMIENTO**

La cobertura entra en vigencia en la fecha que resulte posterior de las siguientes: la Fecha de entrada en vigencia de la Póliza Base (08-01-2008); o a las 12:01 a.m. después de la fecha indicada en el sobre que contiene el formulario de inscripción y el pago de la prima, según el matasellos del Servicio Postal de los EE.UU., o para las inscripciones en línea, a las 12:01 a.m. después de la fecha en la que el Administrador del Plan reciba la prima correspondiente. Todas las Coberturas vencen en la Fecha de Vencimiento de la Póliza Base (07-31-2009), o cuando la prima venza y se adeude.

**CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN**

1. Informe una lesión relacionada con la escuela inmediatamente a la oficina escolar;
2. Obtenga un formulario de reclamación en la escuela;
3. Siga TODAS las instrucciones del formulario de reclamación, adjunte todas las facturas detalladas y envíe todo a:  
**STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC.**  
**P.O. BOX 196 • STILLWATER, MN 55082-0196**
4. Las preguntas referentes a las reclamaciones serán respondidas inmediatamente llamando al (800) 328-2739 o al (651) 439-7098. El personal de reclamaciones está disponible desde las 8:00 a.m. hasta las 4:30 p.m. hora del centro, de lunes a viernes.

**ESTA PÓLIZA NO TIENE EL OBJETIVO DE PROPORCIONAR BENEFICIOS PARA UN PROBLEMA MÉDICO EXISTENTE. No se cubrirá una nueva lesión si el asegurado ha recibido tratamiento dentro de un período de 180 días antes de la fecha de vigencia de la póliza.**

**BENEFICIOS MÉDICOS (lo que paga el Plan de Seguro)** - Cuando una lesión cubierta por esta póliza deriva en un tratamiento realizado por parte de un Médico con Licencia dentro de un plazo de 90 días a partir de la fecha de la lesión, la Compañía pagará los gastos Habituales y Acostumbrados en los que se incurra por los Servicios y Suministros necesarios según se indican a continuación, por gastos en los que de hecho se incurra hasta un año después a partir de la fecha de la lesión hasta un Beneficio Médico Máximo de \$25,000 por lesión. Esta póliza pagará beneficios independientemente de Otra Cobertura Válida.

**A. BENEFICIOS COMO PACIENTE HOSPITALIZADO**

1. Habitación y comida en hospital ..... hasta \$400 por día
2. Cuidados intensivos (en lugar de habitación y comida en el hospital) ..... hasta \$600 por día
3. Servicios hospitalarios varios (todos los cargos excepto habitación y comida)..... Primer día hasta \$500, en adelante hasta \$250 por día; máximo \$2,500
4. Visitas médicas no quirúrgicas (que no sean de fisioterapia) ..... Primer día de tratamiento hasta \$50, visitas posteriores hasta \$30, máximo de 10 visitas
5. Tratamiento de fisioterapia (incluye hidromasaje, diatermia, servicio médico de emergencia [EMS], masaje, manipulación o ajustes de cualquier tipo y/o visitas al consultorio relacionadas con los mismos) ..... Incluidos en Beneficios hospitalarios varios
6. Servicios de radiografías y radiología ..... Incluidos en Beneficios hospitalarios varios
7. Enfermería registrada ..... 100% de cargos H y A

**B. BENEFICIOS QUIRÚRGICOS COMO PACIENTE AMBULATORIO**

1. Cirugía en el día (cargo del centro), habitación, suministros y todos los demás gastos para cirugía ambulatoria ..... hasta \$1,250

**C. OTROS BENEFICIOS COMO PACIENTE AMBULATORIO**

1. Cargos de la sala hospitalaria de emergencias ..... 60% hasta \$200
2. Servicios de radiografías y radiología ..... 60% hasta \$200
3. Tomografías axiales computerizadas, resonancias magnéticas y gammagrafías óseas ..... 60% hasta \$600
4. Visitas no quirúrgicas al médico ..... \$40 por visita, máximo de 10 visitas
5. Aparatos ortopédicos (cuando los receta un médico con fines curativos) ..... máximo de \$500
6. Vacunas e inyecciones (dentro de un plazo de 24 horas después de una lesión) ..... hasta \$25
7. Medicamentos recetados ..... hasta \$25
8. Tratamiento de fisioterapia (incluye hidromasaje, diatermia, servicio médico de emergencia [EMS], masaje, manipulación o ajustes de cualquier forma y/o visitas al consultorio relacionadas) ..... \$30 por visita, máximo de 5 visitas
9. Servicio de ambulancia (aérea o terrestre) ..... hasta \$500
10. Reemplazo de anteojos (si también se recibe tratamiento médico por una lesión cubierta) ..... hasta \$100
11. Equipo médico duradero (únicamente post-quirúrgico) ..... hasta \$100

**D. OTROS SERVICIOS MÉDICOS**

1. Tratamiento odontológico (en lugar de todos los demás beneficios médicos, incluidas las radiografías de los dientes sanos y naturales) ..... hasta \$200 por diente
2. Atención médica quirúrgica (como paciente hospitalizado o ambulatorio) (incluye atención preoperatoria y postoperatoria por fracturas, dislocaciones o reparación de laceraciones) ..... hasta \$1,500
3. Cargos del cirujano asistente (paciente hospitalizado o ambulatorio) ..... 20% de la asignación para cirugía
4. Cargos del anestésista (paciente hospitalizado o ambulatorio) ..... 25% de la asignación para cirugía

**E. LESIÓN EN VEHÍCULO MOTORIZADO** ..... hasta \$1,000 máximo según el programa anterior

**F. OTROS BENEFICIOS** - La insolación y el agotamiento debido al calor tendrán la cobertura de cualquier otro accidente.

**G. MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTALES**

Cuando las lesiones cubiertas por esta póliza tengan como consecuencia una Muerte o un Desmembramiento Accidental dentro de los 180 días a partir de la fecha del accidente, los siguientes beneficios serían pagaderos.

- |                          |         |                              |          |
|--------------------------|---------|------------------------------|----------|
| Pérdida de la vida ..... | \$2,000 | Desmembramiento doble .....  | \$10,000 |
| Pérdida de un ojo .....  | \$2,000 | Desmembramiento simple ..... | \$2,000  |

**EXCLUSIONES (lo que el Plan NO paga)**

1. Toda enfermedad, infección (salvo las causadas por una herida o lesión abierta), empeoramiento de un trastorno congénito, ampollas, dolores de cabeza, hernias de cualquier clase, dolencia mental o física, enfermedad de Osgood-Schlatter, osteocondritis, osteocondritis disecante, osteomielitis, espondilolisis, deslizamiento de la epifisis capital femoral, ortodondia, lesiones que involucren quistes óseos o implantes dentales.
2. Lesiones por las cuales haya beneficios pagaderos en virtud de las Leyes de Indemnización por Accidentes Laborales o de Obligaciones del Empresario.
3. Los servicios de un segundo Médico o de un Médico que le examine con posterioridad cuando el Médico tratante no los solicite por escrito. Esta exclusión no corresponde a ningún Beneficio de Cirujano Asistente.
4. Toda lesión que involucre un vehículo motorizado de dos o tres ruedas o moto de nieve o cualquier vehículo motorizado o impulsado por un motor no diseñado principalmente para uso en las calles y carreteras públicas.
5. Viaje aéreo o el uso de cualquier dispositivo o equipo para navegación aérea, excepto como pasajero que paga un pasaje en una aerolínea comercial con vuelos regulares.
6. Lesiones autoinfligidas intencionalmente; lesiones sufridas en peleas o grescas, o al violar o intentar violar las leyes de la ciudad, el estado, o las leyes federales.
7. Tratamiento recibido de cualquier persona empleada o contratada por el Asegurado.
8. Reemplazo de lentes de contacto, audífonos o recetas o exámenes de los mismos.
9. La práctica o el juego de fútbol de tackle, incluido el viaje hacia y desde tal práctica o juego para estudiantes del 10º grado o de grados superiores o estudiantes de los grados 7-9 que practican o participan en Fútbol de los grados 10-12 (salvo que se adquiera la referida cobertura voluntaria).

**Para obtener los costos específicos y los detalles de la cobertura, incluidas las exclusiones, reducciones o limitaciones, consulte con su Agente de Servicio o escriba al Administrador del Plan.**

**La expresión cargos Habituales y Acostumbrados significa cargos por servicios o suministros médicos por los cuales el Asegurado sea legalmente responsable y los cuales no excedan la tasa promedio cobrada por los mismos servicios o por servicios o suministros similares en la región geográfica donde se reciben los servicios o suministros.**

**¿CUÁNDO Y DÓNDE ESTARÁ MI ESTUDIANTE CUBIERTO POR ESTE SEGURO?**

¡La elección es suya! Esta oferta de seguro describe varias opciones de inscripción ideadas para satisfacer sus necesidades individuales. Estudie este folleto entero, especialmente las descripciones de cobertura, antes de hacer sus elecciones.

**¿POR QUÉ LA ESCUELA PARTICIPA EN ESTA OFERTA?**

Los estudiantes son especialmente susceptibles a las lesiones accidentales. Su distrito escolar no cuenta con seguro para pagar radiografías, puntos, ambulancias, etc.

**¿QUÉ TIPO DE SEGURO ES ÉSTE?**

Éste es un seguro complementario contra lesiones corporales accidentales que se produzcan durante el plazo de vigencia de la cobertura. Las enfermedades, como sarampión, dolor de garganta, etc., no están cubiertas.

**¿QUIÉN DEBERÍA CONSIDERAR LA COMPRA DE ESTE SEGURO?**

1. Todas las familias que no tengan seguro de salud.
  - Si no tiene seguro, seremos su aseguradora principal.
2. Las familias con pólizas que tienen deducibles o copagos.
  - Cuanto mayor sea el porcentaje de deducible o copago, mayor será el beneficio que pueda obtener. Nuestro plan no tiene deducible.

**¿CUÁNDO Y CÓMO PUEDO INSCRIBIRME?**

¡INSCRÍBASE EN CUALQUIER MOMENTO! Inscribirse temprano le convalidará más. La prima no puede prorratearse. Emita los cheques pagaderos a: Student Assurance Services, e inclúyalos en el sobre adjunto. Escriba el nombre del estudiante en el cheque. También disponemos de convenientes opciones de pago por tarjeta de crédito e inscripción en línea. Asegúrese de conservar este folleto y una copia del pago de su prima como comprobante del seguro. ¡Usted no recibirá una póliza ni una tarjeta de identificación!

**¿TIENE PREGUNTAS?  
LLÁMENOS GRATIS AL  
(800) 366-4810 O (210) 366-4800**

	Comercializado por <b>David Cates</b> The Brokerage Store 4091 Dezavala Road, #3 San Antonio, TX 78249 210-366-4800 o 800-366-4810 (línea gratuita)
	Suscrito por <b>COLUMBIAN LIFE</b> INSURANCE COMPANY HOME OFFICE- CHICAGO, IL ADMINISTRATIVE SERVICE OFFICE Vestal Parkway E. • P.O. Box 1381 Binghamton, NY 13902-1381

Este folleto es un resumen de la póliza base 9F140-CL (Rev.)TX emitida a la institución educativa. De existir alguna discrepancia entre este folleto y las pólizas, registrá lo dispuesto por la póliza base.