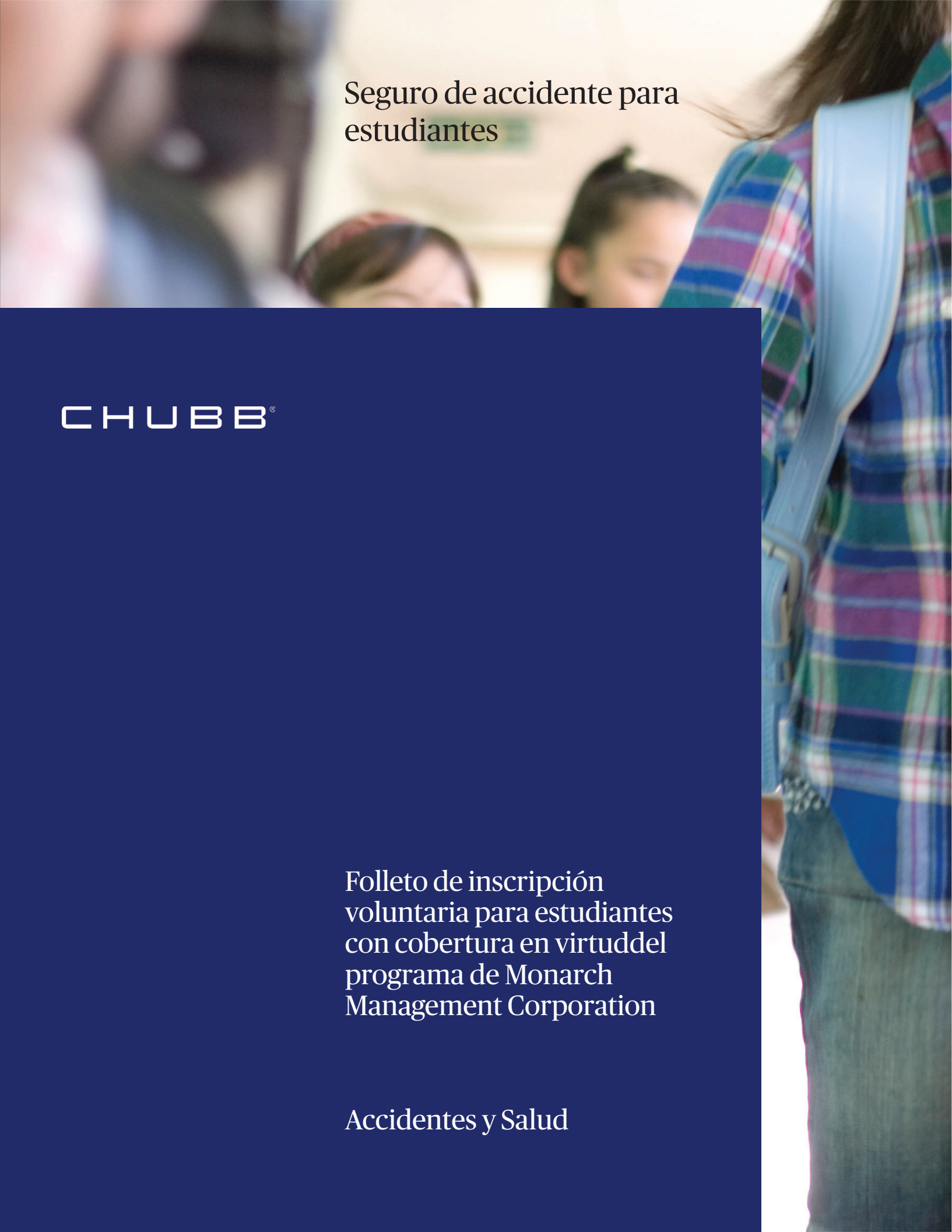


A blurred background image showing a group of students in a hallway. In the foreground on the right, a student is wearing a blue and green plaid shirt and a light blue backpack. Other students are visible in the background, slightly out of focus.

Seguro de accidente para estudiantes

CHUBB®

Folleto de inscripción
voluntaria para estudiantes
con cobertura en virtud del
programa de Monarch
Management Corporation

Accidentes y Salud

Protección cuando su hijo más lo necesite

El Seguro de accidente para estudiantes está diseñado para ayudar a proteger a su familia de los costes económicos que pudieran derivar de un accidente. Ya sea en clase, en un viaje de estudio o al participar en deportes patrocinados por la escuela, su hijo está expuesto a muchos riesgos. Nuestros planes de seguro le brindan la oportunidad de garantizar que esté cubierto cuando surja un imprevisto.

Puntos Destacados

- La cobertura por Muerte y Desmembramiento Accidentales entra en juego si su hijo se lesiona en un accidente grave
- Los beneficios por Gastos Médicos por Accidente ayudan a paliar los costos de las lesiones que puedan dejar a su hijo hospitalizado
- La opción de Cobertura Escolar y Cobertura facilita la cobertura mientras se encuentre en las instalaciones escolares y participe en actividades patrocinadas por la escuela (se excluye el fútbol interescolar)
- La opción de Cobertura las 24 Horas permite que la cobertura se extienda las 24 horas del día, en cualquier parte del mundo (se excluye el fútbol interescolar)
- La mayoría de las coberturas se pagan como complemento de cualquier otro seguro que pueda tener

Elija el plan indicado para usted

Las siguientes coberturas le permiten elegir el nivel adecuado de protección para el estudiante participante. Estas coberturas están disponibles en dos límites que se indican en el Plan A y el Plan B, tal como se describe en las siguientes secciones y en el formulario de inscripción. Puede elegir entre las siguientes opciones de cobertura:

Cobertura	Descripción
Cobertura Escolar y Cobertura Deportiva (se excluye el fútbol interescolar)	Cubre al estudiante asegurado mientras participa de actividades patrocinadas por la escuela en el establecimiento escolar, tanto durante como después del horario escolar normal, o en otra escuela o lugar donde esté programada la actividad cubierta. La cobertura incluye el traslado directo entre el hogar y la escuela o el lugar de las actividades cubiertas programadas, siempre que no exceda las 8 horas en cada dirección. Cubre al estudiante asegurado mientras participa como miembro del equipo en un juego programado, torneo oficial o en una práctica. La cobertura incluye el traslado directo entre el hogar y la escuela o el lugar de las actividades cubiertas cuando esté programado que el estudiante asegurado deba participar, siempre que no exceda las 8 horas en cada dirección.
Cobertura las 24 horas (se excluye el fútbol interescolar)	Cubre al estudiante asegurado las 24 horas del día bajo cualquier circunstancia a la que pueda estar expuesto, sujeto a los términos y condiciones de la Póliza.

Beneficios

Beneficios de Muerte y Desmembramiento Accidentale

Si la Persona Asegurada se lesiona en un accidente cubierto y sufre cualquiera de las pérdidas exhibidas en la Tabla de Pérdidas Cubiertas a continuación en un plazo de 365 días, pagaremos la suma del beneficio que aparece como compensación por dicha pérdida. Si se presentara más de una pérdida en el mismo accidente, solo se pagará un único beneficio, el que sea más alto.

Tabla de Pérdidas Cubiertas

Pérdida Cubierta	Suma del Beneficio
Vida	100% de la Suma Principal
Pérdida de la Vida; Corazón y Sistema Circulatorio	
Pérdida de una Mano, Pérdida de un Pie o Pérdida de la Vista de un Ojo	
Pérdida del Habla o Pérdida de la Audición	
Pérdida del Habla y Pérdida de la Audición	200% de la Suma Principal
Pérdida del Habla y Pérdida de Uno de los Siguietes: Mano, Pie o la Vista de Un Ojo	
Pérdida de la Audición y Pérdida de Uno de los Siguietes: Mano, Pie o la Vista de Un Ojo	
Pérdida de Ambas Manos, Pérdida de Ambos Pies, Pérdida de la Vista de Ambos Ojos o la combinación de dos cualesquiera de: Pérdida de una Mano, Pérdida de un Pie o Pérdida de la Vista de Un Ojo	
Pérdida de los Dedos Pulgar e Índice de la Misma Mano	25% de la Suma Principal

Beneficio de Gastos Médicos por Accidente

Reembolsaremos hasta la suma máxima del beneficio como Gastos Médicos Accidentales, si debido a la lesión corporal accidental una Persona Asegurada inicialmente incurre en Gastos Médicos por atención y tratamiento en el plazo de los 90 días de un accidente cubierto. La suma del beneficio de Gastos Médicos por Accidente es pagadera sobre el excedente, solo para cargos y servicios médicamente necesarios incurridos en el plazo de las 104 semanas del accidente cubierto. Si un Dentista certifica que los Servicios Dentales no pueden realizarse en el plazo de 156 semanas del accidente cubierto, corresponderá el sublímite para los Servicios Dentales Diferidos. En ningún caso pagaremos por los Servicios Dentales Extendidos realizados pasadas las 208 semanas del accidente cubierto. La suma del beneficio está sujeta al Coseguro, al Porcentaje Fuera de la Red y a la Suma de Beneficio Máximo enumerada en el plan elegido.

Opciones de Plan de Gastos Médicos por Accidente

	Plan A	Plan B
Suma de Beneficio Máximo	\$25,000	\$25,000
Deducible	\$100	\$100
Coseguro	90%	70%
Plazo de cobertura	104 semanas	104 semanas
Sublímites		
Tarifas de Sala de Emergencias	90% de los Cargos Habituales y Razonables hasta \$2,000	70% de los Cargos Habituales y Razonables hasta \$1,500
Tarifas de Centro Médico Ambulatorio	90% de los Cargos Habituales y Razonables hasta \$2,000	70% de los Cargos Habituales y Razonables hasta \$1,500
Fisioterapia	90% de los Cargos Habituales y Razonables hasta \$50 por visita por un máximo de 5 visitas	70% de los Cargos Habituales y Razonables hasta \$35 por visita por un máximo de 5 visitas
Servicios Dentales	90% de los Cargos Habituales y Razonables hasta \$500 por accidente	70% de los Cargos Habituales y Razonables hasta \$250 por accidente
Servicios Dentales Diferidos (si los certifica un Dentista)	90% de los Cargos Habituales y Razonables hasta \$600 por accidente	70% de los Cargos Habituales y Razonables hasta \$600 por accidente
Vehículo para Transporte de Emergencia	90% de los Cargos Habituales y Razonables hasta \$800	70% de los Cargos Habituales y Razonables hasta \$500

Cláusulas y Exclusiones de Pago

Cláusulas de Pago Máximo por Pérdidas Múltiples

En el caso de los tipos de cobertura enumerados debajo, si un Asegurado sufre múltiples pérdidas como resultado de un accidente, la Aseguradora paga solo la suma de beneficio única más grande que corresponda:

- Pérdida de Vida y Desmembramiento Accidentales

Su beneficiario para el beneficio de pérdida de vida debe ser el beneficiario que designe en el formulario de inscripción.

Exclusiones del Plan

El seguro no aplica a cualquier accidente, lesión corporal accidental ni pérdida cuando: 1) los Estados Unidos de América hayan impuesto cualquier sanción comercial o económica que prohíba asegurar cualquier accidente, lesión corporal accidental o pérdida; o 2) exista cualquier otra prohibición legal de proveer seguro para cualquier accidente, lesión corporal accidental o pérdida.

Además, el seguro no aplica a cualquier accidente, lesión corporal accidental ni pérdida ocasionada o derivada directa o indirectamente de:

- trauma emocional, enfermedad mental o física, afección, embarazo, parto o aborto espontáneo, infección bacteriana o viral, mal funcionamiento corporal de la Persona Asegurada o el tratamiento médico o quirúrgico de los mismos. Esta exclusión no se aplica a la infección bacteriana en la Persona Asegurada causada por un accidente o el consumo accidental de una sustancia contaminada por bacterias;

- el suicidio de una Persona Asegurada, intento de suicidio o lesión intencionalmente autoinfligida;
- la Persona Asegurada forma parte o participa de deportes interescolares (excepto según lo dispone la Póliza);
- la Persona Asegurada está intoxicada en el momento de un accidente. Intoxicación se define de acuerdo con las leyes de jurisdicción donde se produce el accidente. Si dicha jurisdicción no cuenta con una legislación que defina Intoxicación, en virtud de esta póliza significará un contenido de alcohol en sangre de .08 o superior;
- la Persona Asegurada bajo la influencia de cualquier narcótico o cualquier otra sustancia controlada o que intencionalmente ingiera o inhale gases o humos tóxicos en el momento del accidente. Esta exclusión no se aplica si el estupefaciente o la sustancia controlada se utiliza y consume según lo prescrito por un Médico;
- la Persona Asegurada está en actividad como miembro de las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional establecida. Sin embargo, esta exclusión no corresponde para los primeros sesenta días consecutivos de servicio militar activo;
- la Persona Asegurada se encuentra, ingresa o egresa de cualquier aeronave existente propiedad de, alquilada u operada por el Titular de la Póliza o en nombre del Titular de la Póliza; o bien operada por un empleado del Titular de la Póliza en nombre del Titular de la Póliza;
- la Persona Asegurada va como acompañante, ingresa o egresa de cualquier aeronave mientras actúa o se capacita como piloto o miembro de la tripulación; esto no aplica a los acompañantes que temporariamente se desempeñen en funciones de piloto o miembro de la tripulación en caso de una emergencia con riesgo de vida;
- la participación de la Persona Asegurada en Actividades Especializadas de Aviación;
- guerra, guerra no declarada, guerra civil, insurrección, rebelión, revolución, actos bélicos por la fuerza militar o personal, toda medida adoptada para impedir o defender cualquiera de estos, la destrucción o confiscación de propiedad para fines militares, o cualquier consecuencia de estos actos, independientemente de cualquier otra causa o evento directo o indirecto, ya sea cubierto o no, que contribuya en cualquier secuencia al siniestro.

El Monto de Beneficio por Gastos Médicos por Accidente no se aplica para cargos y servicios:

- para los cuales una Persona Asegurada no tiene la obligación de pagar;
- para cualquier lesión donde son pagaderos beneficios por indemnización laboral o beneficios por lesiones ocupacionales;
- para cualquier lesión que suceda durante una pelea, excepto en defensa propia;
- para el tratamiento que sea educativo, experimental o de investigación en su naturaleza o que no constituya una práctica médica aceptada;
- para el tratamiento por una persona empleada o retenida por el Titular de la Póliza;
- para el tratamiento que implique Afecciones provocadas por lesiones por Movimientos Repetitivos o trauma acumulativo y que no resulten de una lesión corporal accidental;
- artículos para comodidad o conveniencia personal, tales como, entre otros, cargos hospitalarios telefónicos, alquiler de televisor, acceso a Internet, servicios de barbería o comidas para acompañantes en un Hospital; o bien
- exámenes físicos de rutina que no sean resultado de una lesión corporal accidental.

Reclamos

Cómo Presentar un Reclamo

En caso de un accidente, notifique a la escuela de inmediato. Se debe dar aviso de reclamo por escrito a la Compañía dentro de los 20 días después de la pérdida del Asegurado, o lo antes posible dentro de lo razonable. La Compañía enviará formularios de reclamo al reclamante al recibir un aviso de reclamo por escrito. La escuela debe completar la Sección A del formulario de reclamo. El reclamante debe completar el resto del formulario de reclamo, adjuntar cualquier otra información solicitada y enviar por correo a la dirección mencionada a continuación. Los reclamos de beneficios deben presentarse ante la Compañía dentro de los 90 días desde la fecha del accidente, o lo antes posible dentro de lo razonable.

WebTPA
P.O. Box 669
Grapevine, TX 76099-0669
877-563-7492

Cobertura ante accidentes para estudiantes: formulario de inscripción

Información del estudiante

Nombre de la escuela: _____
 Distrito escolar: _____
 Apellido del estudiante: _____ Nombre del estudiante: _____
 Fecha de nacimiento del estudiante (mes/día/año): _____ Grado académico durante el período de la póliza: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Dirección de correo electrónico del padre/tutor: _____
 Número de teléfono principal: _____ Número de fax: _____
 Fecha de inscripción: _____ Nombre del beneficiario: _____

Elección del plan: marque las casillas al lado del valor anual de la prima que desee.

Cobertura	Plan A	Plan B
Cobertura escolar y cobertura deportiva (se excluye el fútbol interescolar)	\$77.00 ☐	\$60.00 ☐
Cobertura las 24 horas (se excluye el fútbol interescolar)	\$230.00 ☐	\$175.00 ☐

Extienda un cheque o giro postal pagadero a: Monarch Management Corporation

Suma adjunta: _____
 Número de cheque o giro postal: _____

Advertencia sobre fraude: Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, o a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinado en prisión. Aceptación de póliza: El que suscribe declara que toda la información proporcionada en esta solicitud y cualquier documento que se adjunte a la presente es verdadera y correcta. El que suscribe comprende que toda la información proporcionada en esta solicitud y en cualquier documento que se adjunte a la presente es relevante para la decisión de la aseguradora para prestar este seguro; y dicho seguro se brindará a entera discreción de la aseguradora, en virtud de la veracidad de dicha información. Por la presente, se acuerda y comprende que este seguro es provisto por la Compañía contra el pago de la prima requerida. El seguro en virtud de la póliza comienza en la Fecha efectiva que se exhibe en el Contrato de seguro de la póliza. La aceptación de la póliza pone fin a cualquier póliza anterior del mismo número de póliza, válida desde el inicio de la póliza.

Firma del padre/tutor

Fecha de firma

Nombre del padre/tutor en letra de imprenta

Envíe por correo el formulario completo y el cheque o giro postal a la dirección que figura debajo o inscribese virtualmente en www.mmc-ins.com.

ENVIAR POR CORREO A:

Monarch Management Corporation
 PO Box 242573
 San Antonio, TX 78224
 1-800-510-2097

Chubb. Insured.SM

Este seguro está suscrito por Federal Insurance Company, una aseguradora miembro del Chubb Group of Insurance Companies. La cobertura descrita en este material no está disponible en todas las jurisdicciones. Este material impreso es solo descriptivo. La cobertura efectiva está sujeta al texto de las pólizas, según fueron emitidas. Corresponden exclusiones. Chubb, Box 1615, Warren, NJ 07061-1615.

This document has been translated from its original English form. If there is any inconsistency between the translated version of the form and the English version that has a material impact on the coverage provided, the English version will govern.

Este documento es una traducción del formulario original en inglés. Si hay falta de uniformidad entre la versión traducida del formulario y la versión en inglés, que tenga un impacto sustancial sobre la cobertura provista, regirá la versión en inglés.

Chubb. Insured.SM

Esta información es una descripción breve de las características importantes del plan de seguro suscrito por Federal Insurance Company. El presente no es un contrato de seguro y puede estar sujeto a cambios conforme a los requisitos de suscripción de la compañía. La cobertura puede no estar disponible en todos los estados o ciertos términos podrían ser diferentes cuando la ley estatal lo exija.

Chubb es el nombre de comercialización utilizado para referirse a ciertas subsidiarias de Chubb Limited que ofrecen seguros y otros servicios relacionados. Para obtener una lista de estas subsidiarias, por favor visite nuestro sitio Web en www.chubb.com. Seguro proporcionado por compañías aseguradoras de Chubb con sede en EE. UU.

This document has been translated from its original English form. If there is any inconsistency between the translated version of the form and the English version that has a material impact on the coverage provided, the English version will govern.

Este documento es una traducción del formulario original en inglés. Si hay falta de uniformidad entre la versión traducida del formulario y la versión en inglés, que tenga un impacto sustancial sobre la cobertura provista, regirá la versión en inglés.