

Planes de seguro voluntario de accidentes para estudiantes de Aldine ISD

COBERTURA EN LA ESCUELA

Plan A \$ 63.00

Plan B \$ 49.00

Grados voluntarios PK-12

- (a) en el predio de la Escuela; durante el horario y en los días de sesión regular de la Escuela, y durante el horario y en los días en que la Escuela no se encuentra en sesión mientras la Persona Asegurada está participando o asistiendo a cualquier Actividad Escolar Patrocinada y Supervisada (excepto fútbol interescolar de Senior High School); y
- (b) mientras se encuentra fuera del predio de la Escuela: salvo viajando, si está participando en una Actividad Escolar Patrocinada y Supervisada (excepto fútbol interescolar de Senior High School); y
- (c) al viajar directamente hacia o desde el domicilio y la Escuela de la Persona Asegurada: para sesiones regulares de la Escuela, o para cualquier Actividad Escolar Patrocinada y Supervisada en un vehículo designado por la Escuela (excepto fútbol interescolar de Senior High School).

COBERTURA LAS 24 HORAS

Plan A \$ 230.00

Plan B \$ 175.00

Grados voluntarios PK-12

La cobertura está vigente para cada persona para quien la prima de Cobertura las 24 Horas haya sido pagada como se establece en la Póliza con base de veinticuatro (24) horas por día (excepto fútbol interescolar de Senior High School).

PAGOS MÉDICOS

La póliza provee beneficios de Gastos Médicos e Exceso Integrales por pérdida que se deba a una Lesión Cubierta de hasta el Máximo Total para todos los Beneficios Médicos por Accidente de \$25,000 por cada Accidente Cubierto. El tratamiento médico debe ser provisto por un médico habilitado calificado y debe comenzar dentro de los 90 días de la fecha del Accidente Cubierto.

Los beneficios serán pagaderos por Gastos Médicos Cubiertos incurridos dentro de las 104 semanas de la fecha del Accidente Cubierto, hasta la Suma de Beneficio máxima por servicio, como se indica en la Lista de Beneficios de la Póliza. Las extremidades artificiales, los ojos artificiales u otros aparatos prostéticos son gastos cubiertos.

Gasto Médico en Exceso Integral significa que la Compañía pagará los Gastos Cubiertos Médicamente Necesarios después de que la Persona Asegurada pague cualquier Deducible; y solo cuando sean en exceso de las sumas pagaderas por cualquier Otro Plan de Salud, se haya realizado o no el reclamo por los beneficios que proporcione. La Compañía pagará beneficios independientemente de cualquier disposición de Coordinación de Beneficios en dicho Otro Plan de Salud.

Lista de beneficios para planes voluntarios de accidentes para estudiantes

Estos beneficios se pagan hasta los siguientes máximos, y no superarán los \$25,000 por cada lesión una vez que se haya cumplido con el deducible intermedio de \$100.

GASTOS CUBIERTOS	Plan A	Plan B
Servicios hospitalarios con internación	90% de los cargos habituales y usuales	70% de los cargos habituales y usuales
Gastos hospitalarios diversos	90% de los cargos habituales y usuales	70% de los cargos habituales y usuales
Servicios de enfermería	90% de los cargos habituales y usuales	70% de los cargos habituales y usuales
Aparatos ortopédicos ambulatorios	90% de los cargos habituales y usuales	70% de los cargos habituales y usuales
Tratamiento en Sala de Emergencias	90% de los cargos habituales y usuales hasta \$2,000 por lesión cubierta	70% de los cargos habituales y usuales hasta \$2,000 por lesión cubierta
Centro médico ambulatorio	90% de los cargos habituales y usuales hasta \$2,000 por lesión cubierta	70% de los cargos habituales y usuales hasta \$2,000 por lesión cubierta
Servicios médicos Cirugía	90% de los cargos habituales y usuales	70% de los cargos habituales y usuales
Cirujano Asistente	35% de la Asignación para el Cirujano	35% de la Asignación para el Cirujano
Uso de instalaciones quirúrgicas del médico	90% de los cargos habituales y usuales	70% de los cargos habituales y usuales
Anestesia y su administración	35% de la Asignación para el Cirujano	35% de la Asignación para el Cirujano
Visitas con internación	90% de los cargos habituales y usuales	70% de los cargos habituales y usuales
Visitas a consultorio	90% de los cargos habituales y usuales	70% de los cargos habituales y usuales
Radiografías ambulatorias	90% de los cargos habituales y usuales	70% de los cargos habituales y usuales
TC, IRM ambulatorios	90% de los cargos habituales y usuales	70% de los cargos habituales y usuales
Análisis de laboratorio ambulatorios	90% de los cargos habituales y usuales	70% de los cargos habituales y usuales
Fisioterapia ambulatoria	90% de los cargos habituales y usuales hasta \$50 por visita hasta un máximo de 5 visitas	70% de los cargos habituales y usuales hasta \$50 por visita hasta un máximo de 5 visitas
Servicios de ambulancia	90% de los cargos habituales y usuales no superiores a \$800	70% de los cargos habituales y usuales no superiores a \$800
Alquiler de equipos médicos	90% de los cargos habituales y usuales	70% de los cargos habituales y usuales
Servicios dentales	90% de los cargos habituales y usuales no superiores a \$500	70% de los cargos habituales y usuales no superiores a \$500
Lesión debido a vehículo automotor	90% de los cargos habituales y usuales	70% de los cargos habituales y usuales
Medicamentos bajo receta (ambulatorios)	90% de los cargos habituales y usuales	70% de los cargos habituales y usuales
Anteojos, lentes de contacto, dispositivos auditivos	90% de los cargos habituales y usuales	70% de los cargos habituales y usuales
Beneficios de gastos dentales diferidos	100% de los cargos habituales y usuales hasta \$600	100% de los cargos habituales y usuales hasta \$600

Este seguro proporciona beneficios limitados. Los planes de beneficios limitados son productos de seguro con beneficios reducidos y no tienen la finalidad de ser una alternativa para, o ser integrados con cobertura integral. Asimismo, este seguro no se coordina con ningún otro plan de seguro. No proporciona cobertura médica integral o médica mayor y no fue diseñado para sustituir un seguro médico mayor. Asimismo, este seguro no constituye beneficios esenciales mínimos, según establece la Ley de Atención Médica Asequible y Protección del Paciente.

INSCRÍBASE EN INTERNET PARA UN SERVICIO MÁS RÁPIDO o COMPLETE Y ENVÍE POR CORREO

⇒ _____ / / _____
 Primer nombre del Estudiante 2.º nombre Apellido Fecha de nacimiento

⇒ _____ - _____
 Dirección Ciudad Estado Cód. Postal Teléfono

⇒ Aldine ISD

Nombre de la Escuela _____ Grado _____

Plan A Cobertura durante el horario escolar <input type="checkbox"/> \$63.00	Plan A Cobertura las 24 horas <input type="checkbox"/> \$230.00	Plan B Cobertura durante el horario escolar <input type="checkbox"/> \$49.00	Plan B Cobertura las 24 horas <input type="checkbox"/> \$175.00
---	--	---	--

Complete para MASTERCARD VISA Nombre en la tarjeta, Apellido _____ Nombre _____

N.º de tarjeta _____ Fecha de vto. Mes _____ Año _____

Firma del titular de la tarjeta _____ Fecha _____



Planes de seguro voluntario de accidentes para estudiantes de Aldine ISD

Exclusiones comunes

Además de cualquier exclusión de beneficio o cobertura específicos, no se pagarán beneficios por ninguna pérdida que directa o indirectamente, total o parcialmente, sea causada por o sea consecuencia de cualquiera de los siguientes, a no ser que se provea cobertura específicamente por nombre en la sección de Descripción de Beneficios o la sección de Condiciones Cubiertas de la Póliza:

1. Lesión intencionalmente autoinfligida, suicidio o autoerotismo o cualquier intento estando sano o insano;
2. Comisión o intento de comisión de un delito mayor o una agresión física;
3. Comisión de o activa participación en un motín o en insurrección;
4. Guerra declarada o no declarada o acto de guerra o cualquier acto de guerra declarada o no declarada, excepto si ha sido específicamente previsto(a) por esta Póliza;
5. Liberación, accidental o no, o por cualquier persona ilegalmente o intencionalmente, de energía nuclear o radiación, incluyendo enfermedad o dolencia resultantes de dicha liberación;
6. Una Pérdida Cubierta que ocurra en servicio activo militar, naval o de la fuerza aérea de cualquier país u organización internacional. Al recibir Nosotros el comprobante de servicio, la Compañía reembolsará cualquier prima pagada por este período. No se excluye el entrenamiento durante el servicio activo en la reserva o Guardia Nacional, a no ser que se extienda a más de 31 días;
7. Al viajar en, abordar o descender de, una Aeronave o cualquier nave diseñada para volar arriba de la superficie de la tierra:
 - a. excepto como pasajero que ha pagado su pasaje, en una línea aérea comercial regularmente programada;
 - b. pilotada por la Persona Asegurada o en la que la Persona Asegurada sea miembro de la tripulación;
 - c. siendo utilizada para cualquier operación que requiera un permiso especial de la FAA, aunque sea otorgado (esto no corresponde si el permiso es requerido solo debido al territorio sobre el que se vuela o en el que se aterriza);
 - d. diseñada para vuelo por arriba o más allá de la atmósfera de la tierra;
 - e. incluyendo un ultraleve o planeador;
 - f. siendo utilizada para la finalidad de paracaidismo o caída libre;
 - g. siendo utilizada por cualquier autoridad militar, excepto una Aeronave utilizada por el comando de movilidad aérea o su equivalente extranjero;
8. Viaje en una Aeronave de propiedad de, alquilada por o controlada por el Titular de Póliza, o cualquiera de sus subsidiarias o afiliadas. Se considerará que una Aeronave es "controlada" por el Titular de Póliza si la Aeronave puede utilizarse como desee el Titular de Póliza durante más de 10 días seguidos o más de 15 días en cualquier año;
9. bungee jumping, paracaidismo, caída libre, paravelismo (parasailing), vuelo en ala delta;
10. Enfermedad, dolencia, enfermedad corporal o mental, infección bacteriana o vírica o tratamiento médico o quirúrgico de la misma, incluyendo la exposición, sea o no accidental, a agentes víricos, bacterianos o químicos, ya sea que la pérdida sea resultado directo o indirecto del tratamiento, excepto infección bacteriana que sea consecuencia de corte o herida externos accidentales o la ingesta accidental de alimentos contaminados;
11. Tratamiento médico o quirúrgico, procedimiento de diagnóstico, administración de anestesia o percance o negligencia médicos, incluyendo mala praxis, salvo que ocurra durante el tratamiento de lesiones producidas en una Lesión Cubierta;
12. Un episodio cardiovascular o derrame cerebral que sea el resultado de esfuerzo (independientemente de todas las demás causas), según lo verifique un Médico, mientras que la Persona Asegurada participa en una Actividad Cubierta;
13. Ingesta voluntaria de cualquier narcótico, medicamento, veneno, gas o vapor, salvo que haya sido recetado o administrado bajo las instrucciones de un Médico y de acuerdo con la dosis recetada
14. La intoxicación de la Persona Asegurada. Se considera conclusivamente que la Persona Asegurada está intoxicada si el nivel en su sangre supera la cantidad con que se presupone que dicha persona, bajo la ley del lugar en el que se produjo el accidente, está bajo la influencia de alcohol si está conduciendo un vehículo motor, independientemente si está efectivamente conduciendo un vehículo motor, cuando se produce la lesión. Un informe de autopsia de un médico forense, informe de un agente de las fuerzas del orden público, o documentos similares, se considerarán prueba de la intoxicación de la Persona Asegurada;
15. Conduciendo cualquier tipo de vehículo o transporte estando bajo la influencia de alcohol o cualquier medicamento, narcótico u otra sustancia tóxica, incluyendo cualquier medicamento recetado para el que se le haya entregado a la Persona Asegurada una advertencia escrita contra la conducción de un vehículo o un medio de transporte mientras se lo toma/recibe. Bajo la influencia del alcohol, para fines de esta exclusión, significa intoxicado, según definición de las leyes de vehículo motor del estado en que se produjo la Pérdida Cubierta.
16. Viajar en o sobre cualquier vehículo motorizado de carretera o todo terreno, excepto un carrito de golf u otro vehículo que Compañía acepte específicamente cubrir, que no requiera licencia como vehículo motor;
17. Participación en cualquier carrera o concurso de velocidad motorizados;
18. Un accidente si la Persona Asegurada conduce un vehículo automotor y no posee una licencia de conducir vehículo automotor válida; excepto si: (a) la Persona Asegurada tiene un permiso de aprendizaje válido y (b) la Persona Asegurada está recibiendo instrucción de un instructor de educación del conductor;
19. Lesiones compensables bajo la ley de Compensación del Trabajador o cualquier ley similar
20. Participación en cualquier actividad deportiva no específicamente autorizada, patrocinada y supervisada por la Escuela, tenga o no lugar en el predio de la Escuela o durante el horario normal de la Escuela, durante una Actividad Cubierta, incluyendo snowboarding (surf de nieve), skateboarding (monopatinaje), carreras de motocicleta, carreras de vehículos propulsados por cohetes, con propulsión a chorro o nucleares;

21. La participación en cualquier deporte en equipo o cualquier otra actividad atlética, excepto la participación en una Actividad Cubierta.

Además, no se pagarán beneficios por servicios o tratamientos realizados por cualquier persona que sea/esté:

1. empleada o contratada por el Titular de Póliza;
2. viviendo en el hogar de la Persona Asegurada;
3. un Familiar Inmediato, incluyendo una Pareja Conviviente Elegible, de la Persona Asegurada o del cónyuge de la Persona Asegurada; o
4. la Persona Asegurada.

Gastos excluidos

Los siguientes no serán considerados Gastos Cubiertos, a no ser que la cobertura esté específicamente provista.

1. Sangre, plasma sanguíneo o almacenaje de sangre, excepto gastos realizados por un Hospital para el procesamiento o la administración de sangre.
2. Cirugía cosmética, excepto cirugía reconstructiva necesaria como resultado de una Pérdida Cubierta.
3. Cualquier tratamiento, cirugía, tratamiento médico o examen electivos o de rutina, incluyendo cualquier servicio, tratamiento o suministro que: (a) la Compañía considere que es experimental o de investigación; y (b) no sea una práctica médica reconocida y de aceptación general en los Estados Unidos.
4. Examen o recetas para, o la compra, reparación o reemplazo de, anteojos, lentes de contacto, dispositivos auditivos, sillas de ruedas, tirantes, aparatos, aparatos ortopédicos o dispositivos ortóticos.
5. Tratamiento en cualquier instalación de la Administración de Veteranos, federal o estatal, salvo que exista una obligación legal de pagar.
6. Servicios o tratamientos proporcionados por personas que normalmente no cobran por sus servicios, a no ser que exista una obligación legal de pagar.
7. Curas de reposo o cuidado de custodia.
8. Reparación o reemplazo de dentaduras existentes, dentaduras parciales, frenillos o puentes dentales.
9. Servicios personales, tales como televisión y teléfono o transporte.
10. Aparatos ortopédicos utilizados principalmente para proteger una Lesión para que la Persona Cubierta pueda participar en deportes interescolares y de clubes.
11. Gastos pagaderos por una póliza de seguro automotor, independientemente de culpa.
12. Tratamiento de lesiones que aparecen a lo largo de un período (tales como ampollas, codo de tenista, etc.), y que son la consecuencia normal y previsible de la participación en la Actividad Cubierta.
13. Reparación o reemplazo de extremidades, ojos y laringe artificiales existentes.
14. Cargos por cualquier artículo de vestimenta con finalidad de usarse más de una vez

Beneficios de muerte y desmembramiento accidentales (dentro de los 180 días)

Pérdida de vida	\$15,000
Insuficiencia cardíaca	\$10,000
Pérdida de dos o más manos o pies	\$30,000
Pérdida de la visión de ambos ojos	\$30,000
Pérdida de una mano o un pie y la visión de un ojo	\$30,000
Pérdida de una mano y un pie	\$30,000
Pérdida de la visión de un ojo	\$15,000
Pérdida de una mano o pie	\$15,000
Pérdida del pulgar y dedo índice de cualquier mano	\$7,500
Exposición y desaparecimiento	Incluidos

Cómo presentar un reclamo

1. Este formulario de reclamo debe ser completado en su totalidad y presentado en el plazo de 90 días a partir del accidente. Asegúrese de responder a, y completar la sección relativa a "DECLARACIÓN DE OTRO SEGURO".
2. Por favor, avise a todos los médicos/hospitales acerca de esta cobertura para que puedan enviarnos sus facturas detalladas. Sin embargo, si ya ha ido al médico/hospital y no sabía acerca de esta cobertura, envíe todas las facturas detalladas a la dirección indicada a continuación.
3. Las facturas deben incluir el nombre del médico/hospital, la dirección postal completa y número de teléfono del médico/hospital, la fecha en que lo(a) vio el médico/el hospital, por qué motivo lo(a) vio el médico (diagnóstico) y los cargos detallados específicos (descripción del tratamiento y la suma) incurridos (incluyendo el código de procedimiento/CPT). Si la factura no contiene esta información, tendremos que contactar al médico/hospital, lo que demorará la revisión de su reclamo. Los estados de cuenta "Saldo adeudado" ("Balance Due") o "Saldo transportado" ("Balance Forward") no contienen suficiente información para completar su reclamo.
4. Sólo se debe presentar un formulario de reclamo por accidente. Una vez completado, haga una fotocopia para sus archivos y envíelo por correo a: **WebTPA: P.O. Box 669; Grapevine, TX 76099-0669; o llame al 1-877-563-7492 para pedir asistencia.**

Opciones de inscripción

- Complete y separe el formulario de inscripción.
- Emita cheques o giros postales pagaderos a Texas Monarch Management Corp. No envíe dinero en efectivo. También se aceptan pagos con tarjeta de crédito.
- Escriba claramente con letra de imprenta el nombre del menor en el cheque o el giro postal.
- Envíe el formulario de inscripción y el pago a:
Monarch Management Corp.
PO Box 242573, San Antonio, TX 78224
- Su cheque cancelado, talón de giro postal o estado de cuenta de tarjeta de crédito es el comprobante de su compra.
- Conserve esto para consulta; usted no recibirá una póliza.
- Si tiene preguntas sobre esta cobertura, llame a:
Monarch Management Corp. 1-800-510-2097

Ofrecido por:



Inscríbese en Internet en www.mmc-ins.com