

\$250,000.00

SEGURO DE ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES

PAGA AUNQUE SE POSEA OTRO SEGURO

Posibilidad de elegir **DOS** planes de seguro aprobados por la escuela

ADMINISTRADOR DEL PLAN

The Allen J. Flood Companies
Two Madison Avenue
Larchmont, NY 10538
1-800-734-9326

AGENTE LOCAL

The Insurance Market
P.O. Box 637
Laurel, De. 19956
1-800-660-0509



Fairmont Specialty[®]

part of **Crum&Forster** group

2016-2017

SUSCRITO POR:
United States Fire Insurance Company

SEGURO DE ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES

¿QUIÉN ES ELEGIBLE?

La póliza se encuentra disponible para todos los estudiantes matriculados, el cuerpo docente y la administración de una escuela participante.

¿QUIÉN PAGA LA PRIMA?

La cobertura es adquirida por los padres o tutores de los estudiantes matriculados, o por los integrantes individuales del cuerpo docente o la administración interesados en inscribirse en el programa.

DURACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura tiene vigencia cuando la escuela o el administrador reciben la prima, o según la fecha de vigencia de la póliza, lo que sea más tarde. La cobertura caduca a las 12:01 a. m. del primer día del año escolar 2017-2018.

Elección de **DOS** planes de seguro aprobados por la escuela

COBERTURA ANTE ACCIDENTES DURANTE EL TIEMPO ESCOLAR

Cobertura de seguro para las horas y los días cuando la escuela dicte clases y durante la concurrencia a actividades auspiciadas y supervisadas por la escuela dentro y fuera de los centros escolares.

- Durante el año escolar.
- Durante el traslado a y desde la escuela.
- Actividades auspiciadas y supervisadas por la escuela.
- Servicios religiosos.

COBERTURA ANTE ACCIDENTES TIEMPO COMPLETO LAS 24 HORAS

La cobertura de seguro está en vigor continuamente. Entra en vigencia en la fecha más temprana entre las siguientes: (1) El primer día de escuela si la prima y el formulario de inscripción firmado se reciben antes del séptimo día escolar o, (2) la fecha en la que el administrador de la escuela recibe la prima y el formulario de inscripción.

- Cualquier actividad cubierta —Cualquier sitio—
Cualquier momento —En todo lugar.
- 24 horas al día, incluso en verano.
- Cubre los fines de semana y los períodos de vacaciones.
- Protección de seguro en el hogar o mientras esté fuera de él.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

No se pagarán beneficios por lesiones provocadas por:

- (1) Una lesión autoinfligida intencionalmente, suicidio o cualquier intento de amenaza estando cuerdo o no; el cometido o el intento de cometer un delito o una agresión; el cometido o la participación activa en disturbios o una insurrección, o
- (2) una guerra o un acto de guerra declarada o no declarada; o
- (3) servicios o tratamiento suministrados por personas que habitualmente no cobran por sus servicios, a menos que exista una obligación legal de pagar; o
- (4) el vuelo, el abordaje o el desembarco de un avión, excepto como un pasajero que paga una tarifa en una aerolínea comercial programada regularmente; o
- (5) el viaje en un vehículo de motor en carretera o todoterreno que no requiera licencia como vehículo automotor; o
- (9) cirugía cosmética, excepto si se trata de una cirugía reconstructiva necesaria como resultado de una lesión cubierta; o
- (10) lesiones indemnizables según la ley de compensación de los trabajadores o cualquier ley similar; o
- (11) enfermedad, afección, dolencia física o mental, infección bacterial o viral o tratamiento médico o quirúrgico de la misma; excepto por cualquier infección bacterial que se produzca por una lesión o una herida externa accidental o la ingestión accidental de alimentos contaminados; o
- (12) intoxicación legal de la persona cubierta determinada según las leyes de la jurisdicción en la cual se produjo el accidente cubierto o la ingestión voluntaria de cualquier narcótico, medicamento, veneno o gas o humo, a menos que estos se hayan recetado o tomado según las indicaciones de un médico con la dosis recetada; o

- (6) salto en bungee, paracaidismo, paracaidismo acrobático, parasailing, aladeltismo; o
- (7) un accidente si la persona cubierta es el operador de un vehículo automotor y no posee una licencia válida como tal, a menos que: la persona cubierta posea un permiso válido de aprendizaje y esté recibiendo capacitación de un instructor de educación vial; o
- (8) servicios o tratamiento suministrados por una persona empleada o contratada por el titular de la póliza o que viva en la casa de la persona cubierta; el padre/madre, hermano/a, cónyuge o hijo/a de la persona cubierta o el cónyuge de la persona cubierta, la persona cubierta;
- (13) participación en o práctica de esquí, hockey sobre hielo, lacrosse, fútbol o fútbol americano no patrocinado por la escuela (solo corresponde a la cobertura durante el tiempo escolar); o
- (14) participar en actividades de fútbol y deportes interescolares de escuelas de enseñanza media superior (Senior High School Interscholastic Football and Sports), incluido el traslado a y desde los juegos y entrenamientos, a menos que esté previsto específicamente en la Póliza.
- (15) Esa parte de los gastos médicos que cualquier póliza de seguro automotor deba pagar sin perjuicio de la causa. (No corresponde su aplicación en un estado donde exista una prohibición al respecto).

B-CT-24-R-10

PARA _____

 Ciudad Estado Código postal

DEVOLVER A:

THE ALLEN J. FLOOD COMPANIES
 2 MADISON AVENUE
 LARCHMONT, NY 10538

Nombre de escuela/distrito: _____

Acepto la cobertura Rechazo la cobertura

uso de la empresa solamente

Fecha de devolución: ____ / ____ / ____

Recibido por: Escuela Administrador

COBERTURA PRIMARIA - PAGA AUNQUE TENGA CUALQUIER OTRO PLAN DE ATENCIÓN DE LA SALUD*...

NO ESTÁ SEGURO SOBRE EL PLAN ADECUADO PARA USTED...

LLAME A SU AGENTE LOCAL

**THE INSURANCE MARKET
 (800) 660-0509**

Un "Plan de atención de la salud" se refiere a cualquier contrato, póliza o cualquier otro convenio, comprado de manera individual o incidental para la contratación o la membresía en una asociación u otro grupo, que brinde beneficios o servicios de atención médica, atención dental, beneficios de discapacidad o repatriación de restos. Un Plan de atención médica incluye pólizas familiares, individuales, grupales, abiertas o de franquicia; contratos de abonado; contratos o convenios no asegurados; cobertura suministrada a través de Organizaciones de mantenimiento de la salud, Organizaciones de proveedores preferentes y otros planes de consultorios grupales o individuales; beneficios médicos suministrados por un plan o una cobertura oficial u otra ley de beneficios, excepto por un plan de Medicaid patrocinado por el estado; o un plan o una ley que brinden beneficios solamente por encima de cualquier plan no oficial o privado; otros beneficios o servicios médicos o de atención de la salud válidos y cobrables.

PROTECCIÓN DE SEGURO POR ACCIDENTE

OFRECE UN MÁXIMO DE **\$250,000.00** POR GASTOS MÉDICOS

GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE COBERTURA PRIMARIA - PAGA AUNQUE TENGA CUALQUIER OTRO PLAN DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Ofrece el pago de gastos habituales, razonables y acostumbrados (Usual, Reasonable and Customary, URC) en los que se haya incurrido para el tratamiento de una lesión provocada por un accidente cubierto sujeto a los máximos indicados en la póliza. El tratamiento debe ser médicamente necesario y se debe incurrir en el primer gasto dentro de los 90 días después al accidente cubierto. Para que puedan pagarse, los demás gastos deben producirse dentro de los 365 días después del accidente. Todos los beneficios se basarán en el cargo normal, ante la ausencia de seguro, realizado por el proveedor de un suministro o servicio necesario, siempre que no supere el cargo predominante en la zona por servicios similares brindados por un proveedor con capacitación o experiencia similares. Donde corresponda, el Cargo habitual, razonable y acostumbrado se basará en un programa de valor relativo adecuado para la zona y el tipo de servicio suministrado.

PLAN 3 GASTOS CUBIERTOS— POR ACCIDENTE CUBIERTO

SERVICIOS HOSPITALARIOS

Habitación y comida diarias: tarifa promedio por habitación semiprivada, hasta	\$250.00/día
Cuidados intensivos, durante 7 días	URC hasta \$350.00/día
Servicios hospitalarios varios, durante la internación o cuando se practica una cirugía.....	URC hasta \$2,500.00
Sala de emergencias (pacientes ambulatorios)	URC hasta \$200.00

SERVICIOS MÉDICOS

Cirugía (incluida la atención pre y posoperatoria)	
Se calculan a partir del Programa de valor relativo de California de 1974- Número de unidades multiplicado por el valor de la unidad de	\$150.00
Visitas (cuando no se paga ninguna cirugía), excepto fisioterapia y tratamientos similares, por visita hasta.....	\$40.00 - 1.º visita
.....	\$20.00 - Visitas posteriores
Anestesiista y cirujano asistente, porcentaje de beneficio de cirugía	30%
Asesores, segundas opiniones.....	URC hasta \$100.00

ANÁLISIS CLÍNICOS Y RADIOGRAFÍAS, EXCEPTO RADIOGRAFÍAS ODONTOLÓGICAS

Radiografías, máximo de.....	\$300.00
Análisis clínicos, máximo de.....	\$150.00

SERVICIOS ADICIONALES

Fisioterapia o tratamiento similar	
- En el hospital.....	Inc. en el beneficio de servicios hosp. varios
- Fuera del hospital (máximo 5 visitas)	\$30.00/visita
Aparatos ortopédicos indicados	
Máximo - En el hospital	Inc. en el beneficio de servicios hosp. varios
- Fuera del hospital	\$250.00
Enfermero registrado o con licencia, cuando se indica	URC
Ambulancia para establecimientos de tratamiento inicial.....	URC
Fármacos y medicamentos recetados	\$100.00

ANTEOJOS, LENTES DE CONTACTO, AUDÍFONOS

Reemplazo, cuando se rompe como resultado de una unidad cubierta	
Lesión que requiera tratamiento médico	URC hasta \$125.00

SERVICIOS DENTALES (SE INCLUYEN RADIOGRAFÍAS ODONTOLÓGICAS)*

Tratamiento, arreglo o reemplazo- cada diente.....	URC hasta \$250.00
--	--------------------

PLAN 4 GASTOS CUBIERTOS— POR ACCIDENTE CUBIERTO

SERVICIOS HOSPITALARIOS

Habitación y comida diarias: tarifa promedio por habitación semiprivada, hasta	\$75.00/día
Cuidados intensivos, durante 7 días	URC hasta \$125.00/día
Servicios hospitalarios varios, durante la internación o cuando se practica una cirugía.....	URC hasta \$1,000.00
Sala de emergencias (pacientes ambulatorios)	URC hasta \$100.00

SERVICIOS MÉDICOS

Cirugía (incluidos la atención pre y posoperatoria)	
Se calculan a partir del Programa de valor relativo de California de 1974- Número de unidades multiplicado por el valor de la unidad de	\$100.00
Visitas (cuando no se paga ninguna cirugía), excepto fisioterapia y tratamientos similares, por visita hasta.....	\$25.00 - por la primera visita
.....	\$10.00 - Posterior a
anestesiista y cirujano asistente, porcentaje de beneficio de cirugía.....	20%
Asesores, segundas opiniones.....	URC hasta \$50.00

ANÁLISIS CLÍNICOS Y RADIOGRAFÍAS, EXCEPTO RADIOGRAFÍAS ODONTOLÓGICAS

Máximo para radiografías de.....	\$150.00
Máximo para análisis clínicos de.....	\$75.00

SERVICIOS ADICIONALES

Fisioterapia o tratamiento similar	
- En el hospital.....	Inc. en el beneficio de servicios hosp. varios
- Fuera del hospital (máximo 5 visitas)	\$20.00/visita
Aparatos ortopédicos indicados	
Máximo - En el hospital	Inc. en el beneficio de servicios hosp. varios
- Fuera del hospital	\$50.00
Enfermero registrado o con licencia, cuando se indica.....	URC
Ambulancia para establecimientos de tratamiento inicial.	URC
Fármacos y medicamentos recetados	\$25.00

ANTEOJOS, LENTES DE CONTACTO, AUDÍFONOS

Reemplazo, cuando se rompe como resultado de una unidad cubierta	
Lesión que requiera tratamiento médico	URC hasta \$25.00

SERVICIOS DENTALES (SE INCLUYEN RADIOGRAFÍAS ODONTOLÓGICAS)*

Tratamiento, arreglo o reemplazo- cada diente.....	URC hasta \$100.00
--	--------------------

**Si hay más de una manera de tratar un problema odontológico, los beneficios se pagarán por el procedimiento menos costoso, siempre que este satisfaga los estándares odontológicos aceptables.*

MUERTE ACCIDENTAL, PÉRDIDA DE MIEMBROS O PÉRDIDA DE LA VISIÓN

Ofrece los pagos de beneficios de conformidad con la siguiente tabla cuando se produce una pérdida por un accidente cubierto. La pérdida debe producirse dentro de los 365 días después del accidente.

Fallecimiento	\$10,000.00
Ambas manos o ambos pies o la visión de ambos ojos	\$20,000.00
Una mano y un pie	\$20,000.00
Una mano y la visión de un ojo	\$20,000.00
Un pie y la visión de un ojo	\$20,000.00
Una mano o un pie o la visión de un ojo	\$10,000.00

"PÉRDIDA", en relación con las manos y los pies, significa separación completa hasta o por encima de la muñeca o la articulación del tobillo; con referencia al ojo, la pérdida permanente total de la visión del mismo. Si se produce más de una pérdida por un accidente, solo se pagará una cantidad, la mayor. "Separación" significa la separación completa y el desmembramiento de la parte del cuerpo.

SÍ HEMOS ELEGIDO INSCRIBIRNOS PARA EL SEGURO CONTRA ACCIDENTES.

COBERTURA ELEGIDA PARA EL AÑO ESCOLAR 2016-2017
COBERTURA DE TIEMPO ESCOLAR
COBERTURA LAS 24 HORAS

	PLAN 3 PRIMA ANUAL	PLAN 4 PRIMA ANUAL
	<input type="checkbox"/> \$ 16.00	<input type="checkbox"/> \$ 8.00
	<input type="checkbox"/> \$ 54.00	<input type="checkbox"/> \$ 30.00

CHEQUE N.° _____ TOTAL \$ _____

FECHA DE ENVÍO _____

PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN

En caso de accidente, comuníquese con la escuela inmediatamente. Asegúrese de incluir el formulario de reclamación de su escuela, adjunte la o las facturas a tal formulario de reclamación completo y envíe todo por correo a la dirección que se indica en el formulario de reclamación. LAS RECLAMACIONES POR BENEFICIOS SE DEBEN PRESENTAR DENTRO DE LOS 90 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE LA PÉRDIDA, O TAN PRONTO COMO SEA RAZONABLEMENTE POSIBLE.

AVISO IMPORTANTE:

esta información es una descripción breve de las características importantes de este plan de seguro. No es un contrato. Los términos y las condiciones de la cobertura se exponen en el formulario de la póliza GAC26932. Esta Póliza abierta está sujeta a las leyes de la jurisdicción donde se emite. La disponibilidad de esta oferta puede cambiar. **Guarde este material como referencia. No se emitirá una tarjeta de identificación individual.**

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO DE ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES

2016/2017

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____ NOMBRE DEL DISTRITO: _____ GRADO/DEPART.: _____

PERSONA A ASEGURAR: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: (_____) CIUDAD: _____

SEGURO DE ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES ELEGIDO PARA: ESTUDIANTE CUERPO DOCENTE ADMINISTRACIÓN

REVISE LA COBERTURA:	PLAN 3 PRIMA ANUAL	PLAN 4 PRIMA ANUAL
COBERTURA DE TIEMPO ESCOLAR	<input type="checkbox"/> \$ 16.00	<input type="checkbox"/> \$ 8.00
COBERTURA LAS 24 HORAS	<input type="checkbox"/> \$ 54.00	<input type="checkbox"/> \$ 30.00

NO EXISTE NINGUNA OBLIGACIÓN DE COMPRAR ESTE PLAN DE SEGURO
 DESEO NO DESEO ESTE SEGURO.

FIRMA DEL PADRE O DE LA MADRE: _____

FECHA: _____

CANTIDAD ADJUNTA: _____ (NO ENVÍE DINERO EN EFECTIVO)

NÚMERO DE LA PÓLIZA (SOLO PARA USO DE LA EMPRESA)

Incluya un cheque o una orden de pago a la orden de: United States Fire Insurance Company

DESPRENDA AQUÍ

Después de **SELECCIONAR** el Plan de seguro aprobado por la escuela más conveniente para usted:

- Desprenda y complete el Formulario de inscripción
- Adjunte un cheque o una orden de pago a la orden de: United States Fire Insurance Company
- No envíe dinero en efectivo
- Devuelva a la dirección especificada en el sobre

Fairmont Specialty®

part of **Crum&Forster** group