

## Descripción de la cobertura

### LISTA DE BENEFICIOS

**Beneficios Médicos** - Si un estudiante recibe tratamiento de un médico o un cirujano legalmente calificado (que no sea miembro de su familia) o está internado en un hospital y el tratamiento empieza dentro de los 60 días de la fecha en que sufrió la lesión, la Compañía PAGARA 80% DE LOS GASTOS RAZONABLES Y USUALES incurridos por requisito al cuidado médico, dental o clínico sujeto a las disposiciones del plan seleccionado, con limitaciones y exclusiones indicadas en este folleto. Los gastos incurridos después de un año de la fecha de la lesión no están cubiertos, aunque el servicio sea continuo, o uno que necesariamente se tarde mas allá de un año después de la fecha de la lesión.

### MUERTE, DESMEMBRACION Y PERDIDA DE LA VISTA

Se pagan beneficios por pérdidas que ocurran dentro de 180 días de la fecha de lesión. Se pagan además del beneficio médico los siguientes beneficios:

Pérdida de Vida	\$ 2,500
Pérdida de Una Mano, Un Pie o Vista de Un Ojo	\$ 5,000
Pérdida de Ambas Manos, Ambos Pies o Vista en Ambos Ojos	\$10,000

"Pérdida" significa: con respecto a manos y pies, separación real sobre la muñeca o coyuntura del tobillo; con respecto a la vista, la pérdida entera e irrevocable de ésta.

### PERIODOS DE LA COBERTURA

Las coberturas bajo el plan de Durante las 24-Horas y de Tiempo en la Escuela empiezan en la fecha de recibo del pago de la prima pero no antes del comienzo de las actividades del año escolar. La cobertura de Tiempo en la Escuela acaba al cierre del término escolar regular de nueve meses, excepto mientras el asegurado asiste a actividades académicas exclusivamente patrocinadas por la escuela durante el verano. La cobertura Durante las 24-Horas acaba cuando la escuela vuelva a abrir sus puertas para el siguiente período otoñal.

### DEFINICIONES

**Lesión** corporal que ocurre directamente o independientemente de las otras causas en pérdida bajo la protección de la póliza, y causada por un accidente que ocurre mientras la Póliza está vigente. **Accidente** - significa que el evento es inesperado, externo o repentino que es independiente de cualquier otra causa. **Gastos Razonables** - significa que los honorarios comunes y rutinarios o cargos por los servicios dados o previstos dichos servicios son aprobados y recomendados por el médico.

### LIMITACIONES DE LA POLIZA

No se pagan los gastos de Hospitalización y Servicios Profesionales de lo siguiente:

1. Lesiones que no son causadas por un Accidente. 2. Tratamiento de hernia sin importar la causa, enfermedad de Osgood Schlatter o osteocondritis. 3. Lesión ocurrida como resultado del manejo, viajar o alineación de un vehículo recreacional o de la nieve. 4. Volver a lesionarse o complicaciones de una condición por la que un tratamiento médico o consejos fueron recomendados por el médico o recibidos por parte de un médico bajo un período de 6 meses a partir del día que entró en efecto el plan. 5. Lesión ocurrida como resultado de la práctica o en el juego en fútbol americano interescolástico, a menos que la prima requerida bajo las provisiones de la Cobertura de Fútbol americano haya sido pagada. 6. Cualquiera de los gastos por los cuales los beneficios son pagables bajo el Plan de Seguro Catastrófico de Accidente de la Asociación de Actividades Interescolásticas del Estado. 7. Tratamiento administrado por un miembro inmediato de la familia del asegurado o por una persona contratada por la escuela. 8. Lesión ocurrida debido a: los actos de guerra declarados o no; suicidios o lesiones causadas a sí mismo en forma intencional, cuerdo o demente (en el estado de Missouri, en estado cuerdo); violación o intento de violar la ley; ser parte de una ocupación ilegal; pelear o alborotar, exepcto en defensa propia o estar bajo los afectos del alcohol o intoxicación narcótica tal como lo define la ley del estado en el que ocurre el caso; o bajo la influencia de cualquier droga o narcótico excepto cuando sea administrado o bajo los cuidados del médico. 9. Gastos médicos por los cuales el asegurado tiene el derecho a los beneficios conforme a cualquier (a) Acto de Compensación de Trabajadores o (b) Contrato de seguro automovilístico sin culpa. 10. Gastos incurridos por tratamiento de malfuncionamiento temporal mandibular y dolor relacionado miofacial.

### PROVISION DE EXCESO

Aplicable sólo si tiene otro seguro médico. Su plan de seguro estudiantil está designado para proveer el máximo de beneficios por un costo mínimo. Si su reclamo es por más de \$100 y tiene otro seguro médico, someta primero su reclamo a la otra compañía de seguros; y, una vez que reciba el Informe de Beneficios de ésta, envíelo a nuestra Compañía. Le pagaremos los beneficios por los gastos elegibles que nos sean pagados por su otro seguro. Si sus gastos son por menos de \$100, los beneficios son pagados sin tomar en cuenta si usted tiene otro seguro o no.

### RETENGA ESTA DESCRIPCION DE LA COBERTURA PARA SU ARCHIVO.

**Esta no es una póliza. Se emite una póliza principal al condado de su escuela y se mantiene archivada para su revisión.** No se harán o enviarán pólizas individuales. Guarde el recibo de su cheque cancelado como evidencia de pago.

**Este Folleto Es Evidencia de que Se Ha Emitido una Póliza a la Escuela de su Niño/a.** Puede verificar coberturas llamando al agente de Mercadeo. No se emitirán o enviarán pólizas individuales. Guarde su cheque cancelado o recibo del giro postal como evidencia de pago. **Para Hacer un Reclamo:** Informe enseguida los accidentes al Oficial de la escuela. Los formularios de reclamos serán suministrados por la oficina de la escuela (durante las vacaciones contacte al Agente de Mercadeo). Completa de pérdida y de facturas acumuladas deben ser recibidas por la Compañía dentro de 90 días.

### Someta todas las Preguntas de Servicio al Agente de Mercadeo:

Suscríbase Por Medio De:  
Guarantee Trust Life Insurance Company

Agente General de Mercadeo:

FIRST AGENCY, INC.  
5071 WEST H AVENUE  
KALAMAZOO, MI 49009

(269) 381-6630

**G·T·L**

FIRST AGENCY INC.  
5071 WEST H AVENUE  
KALAMAZOO, MI 49009

## 2017/2018 Seguro Estudiantil Contra Accidentes

La escuela de su niño/a ha seleccionado los planes de este folleto para proveerlo a usted con opciones económicas de coberturas.

COBERTURA DE 24-HORAS	COBERTURA TIEMPO EN LA ESCUELA
<b>\$25,000 Máximo</b>	<b>\$25,000 Máximo</b>
Cobertura de Accidentes las 24 horas para su hijo/a en cualquier parte del mundo. Protección durante las vacaciones, los fines de semana y los días escolares, incluso en la participación de todos los deportes, excepto en los juegos de fútbol americano intercolástico. Se cubren también viajes a cualquier hora y en cualquier parte.	Cubre los accidentes que ocurran mientras se participa en actividades escolares supervisadas, incluyendo todos los deportes, excepto fútbol americano intercolástico. También cubre los viajes directos y sin interrupciones de ida y vuelta a actividades escolares programadas. La cobertura empieza en la fecha del pago pero no antes del comienzo de las actividades del año escolar.
<b>Pago Anual</b>	<b>Pago Anual</b>
<b>K-12 sin deportes</b> <span style="float: right;"><b>\$158.00</b></span>	<b>K-12 sin deportes</b> <span style="float: right;"><b>\$37.00</b></span>
<b>K-12 con deportes, menos Fútbol Americano</b> <span style="float: right;"><b>\$215.00</b></span>	<b>K-12 con deportes, menos Fútbol Americano</b> <span style="float: right;"><b>\$88.00</b></span>

### BENEFICIOS POR ACCIDENTE

#### BENEFICIO MAXIMO

Opción Durante Horas Escolares/24-horas/Fútbol Americano	\$25,000
Lesiones que Envuelven Vehículos de motor	\$ 2,500
Beneficio por Pérdida de vida	\$ 2,500
Beneficio por desmembración: Solo/Doble	\$ 5,000/\$10,000

### SERVICIOS DE HOSPITAL/INSTALACIONES

#### Paciente internado

Cuarto del Hospital	80% Gastos Razonables hasta Máximo \$500 diarios
Cuidado Intensivo del Hospital	80% Gastos Razonables hasta Máximo \$500 diarios
Diversos Gastos de Paciente Internado	80% Gastos Razonables hasta Máximo \$1,500

#### Paciente no internado

Diversos gastos de Paciente no Internado	80% Gastos Razonables hasta Máximo \$1,000
Sala de Emergencia	80% Gastos Razonables hasta Máximo \$500
Instalaciones de Cirugía Ambulatoria	80% Gastos Razonables hasta Máximo \$1,000

### SERVICIOS DE CIRUJANO

Cirugía – Límite: Un Procedimiento	80% Gastos Razonables hasta Máximo \$2,500
Asistente de Cirujano	25% del Beneficio de Cirugía
Anestesiista	25% del Beneficio de Cirugía
Tratamiento del Médico para paciente en conexión con terapia física y/o manipulación de la espinal dorsal	80% Gastos Razonables Hasta Máximo \$1,000
Tratamiento del Médico sin Cirugía para pacientes no internados (Excepto como abajo mencionado)	80% Gastos Razonables

### OTROS SERVICIOS

Rayos X incluye interpretación	80% Gastos Razonables hasta Máximo \$500
Diagnóstico de imágenes (MRI-CAT Escanografía) incluye interpretación	80% Gastos Razonables hasta Máximo \$750
Servicios proveídos por Enfermeras Registradas	80% Gastos Razonables
Prescripciones-pacientes no internados	80% Gastos Razonables
Exámenes de Laboratorio	80% Gastos Razonables
Servicios Aéreos o Terrestres de Ambulancia	80% Gastos Razonables hasta Máximo \$500
Equipo médico resistente incluye frenos ortopédicos y aparatos	80% Gastos Razonables hasta Máximo \$500
Tratamiento Dental – Para heridas a dientes naturales sanos	80% Gastos Razonables hasta Máximo \$2,500
Reemplazo de Lentes, aparatos auditivos, lentes de contacto, en caso de que reciba tratamiento médico para la lesión ocurrida	80% Gastos Razonables

### PLAN CONTRA ACCIDENTES DENTALES - \$5,000 Máximo

Cubre los accidentes dentales ocurridos a cualquier hora, en cualquier lugar, incluso cuando se participe en cualquier deporte y se viaje en cualquier medio de transporte. La cobertura empieza en la fecha de pago del seguro y termina cuando la escuela vuelve a abrir para el año siguiente. **BENEFICIOS** – Si dentro de 60 días de la fecha de la lesión, el asegurado es tratado por un dentista legalmente calificado (que no sea miembro de la familia) por la lesión de los dientes, la Compañía le PAGARA LOS GASTOS RAZONABLES ACOSTUMBRADOS por el tratamiento dental necesario que se haya administrado dentro de un año de la fecha de la lesión. La lesión debe ocurrir mientras la póliza esté vigente. **\$5,000 máximo**. La cobertura no se limita solamente al tratamiento de los dientes naturales. **PROVISION DE EXCESO** – Si tiene otra cobertura válida que le provea beneficios por la misma pérdida éstos deberán ser pagados primero por su otra cobertura. Se le pagará entonces por medio de esta póliza, el saldo de los gastos no pagados por los costos dentales elegibles. **EXCLUSIONES** – Condiciones que no son causadas por lesión accidental. Repetición de daños o complicaciones de una condición que existió antes del accidente. Ortodoncia y daño de la dentadura postiza o la pérdida de ésta. Pagadero 80% gastos razonables (solo puede ser comprado en conjunción con planes solo en la escuela, 24-horas o Fútbol Americano solamente)

#### Aplicación de Inscripción (Por favor escriba en letra de molde)

#### Seguro Estudiantil Contra Accidentes-Marque Sus Selecciones

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <span style="font-size: small;">APELLIDO del ESTUDIANTE (una letra por casilla)</span>  <input type="text"/> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <span style="font-size: small;">NOMBRE del ESTUDIANTE                      Inicial del Segundo Nombre</span>  <input type="text"/> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <span style="font-size: small;">Fecha de Nacimiento _____ Grado _____</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <span style="font-size: small;">Dirección _____</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <span style="font-size: small;">Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <span style="font-size: small;">Número de teléfono _(_____) _____</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <span style="font-size: small;">Sistema escolar _____</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <span style="font-size: small;">Nombre de la Escuela _____</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <span style="font-size: small;">Nombre del Padre o Guardián (en letra de molde)</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <span style="font-size: small;"><b>X</b> Firma del Padre o Guardián</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <span style="font-size: small;">Fecha</span> </div>	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: right;"><b>2017/18</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"><b>Cuotas anuales</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Plan de Cobertura Sólo en la escuela K-12</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Sin deportes</td> <td style="text-align: right;">\$ 37.00 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Con deportes excepto Fútbol</td> <td style="text-align: right;">\$ 88.00 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Plan de cobertura 24-Horas</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Sin deportes</td> <td style="text-align: right;">\$158.00 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Con deportes excepto Fútbol</td> <td style="text-align: right;">\$215.00 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Opcional Fútbol Americano grados 9-12</td> <td style="text-align: right;">\$341.00 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Plan de Accidente Dental</td> <td style="text-align: right;">\$ 12.00 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Por favor suscriba su cheque a nombre de First Agency, Inc.</p> <p style="text-align: right;">Pago Total Incluido: \$ _____</p>	<b>2017/18</b>		<b>Cuotas anuales</b>		Plan de Cobertura Sólo en la escuela K-12		Sin deportes	\$ 37.00 <input type="checkbox"/>	Con deportes excepto Fútbol	\$ 88.00 <input type="checkbox"/>	Plan de cobertura 24-Horas		Sin deportes	\$158.00 <input type="checkbox"/>	Con deportes excepto Fútbol	\$215.00 <input type="checkbox"/>	Opcional Fútbol Americano grados 9-12	\$341.00 <input type="checkbox"/>	Plan de Accidente Dental	\$ 12.00 <input type="checkbox"/>
<b>2017/18</b>																					
<b>Cuotas anuales</b>																					
Plan de Cobertura Sólo en la escuela K-12																					
Sin deportes	\$ 37.00 <input type="checkbox"/>																				
Con deportes excepto Fútbol	\$ 88.00 <input type="checkbox"/>																				
Plan de cobertura 24-Horas																					
Sin deportes	\$158.00 <input type="checkbox"/>																				
Con deportes excepto Fútbol	\$215.00 <input type="checkbox"/>																				
Opcional Fútbol Americano grados 9-12	\$341.00 <input type="checkbox"/>																				
Plan de Accidente Dental	\$ 12.00 <input type="checkbox"/>																				

Yo tengo seguro adecuado y no quiero este seguro