

Parents Information Regarding NISD 2009 - 2010 Voluntary Sports/Football Coverage and Enrollment Application

The Northside Independent School District (NISD) does NOT assume financial responsibility for injuries sustained in any school sponsored activity, athletic event or practice. A parent or guardian does however have the option to purchase ACCIDENT-ONLY insurance under a voluntary enrollment program approved by NISD. This ACCIDENT-ONLY coverage is underwritten by Sentry Life Insurance Company, Stevens Point, Wisconsin. A summary of the benefits and exclusions under the three voluntary plans offered are contained in the accompanying brochure. Coverage is available on or after August 1, 2009. The voluntary enrollment plans exclude interscholastic tackle football for students in grades 9-12.

By enrolling my child and applying for coverage below, I understand that all University Interscholastic League (U.I.L) athletes in grades 7-12 (excluding athletes in grades 9-12 playing interscholastic tackle football) can be covered if the parent/guardian pays the appropriate premium under the "Optional School Time Accident Coverage" or "Optional 24-Hour Accident Coverage".

I understand that a student participating in "Interscholastic Tackle Football" with grades 9-12 will be covered only after purchasing one of the three voluntary student plans and when the football premium has been paid by NISD and received by Texas School Insurance. If Plan 4 (TX1) or Plan 4 (TX2) is purchased by the parent, NISD will pay the football premium for the same plan chosen. Plan 4 (TX 80%) is not available to NISD for football coverage. If Plan 4 (TX 80%) is purchased by the parent, NISD will only pay the football premium for Plan 4 (TX1) and football will be covered under Plan 4 (TX1).

Football coverage paid by NISD is ONLY for Football and does not extend beyond football practices, football games and travel to and from said practices and games in school sponsored, supervised vehicles. Football coverage expires at the end of FOOTBALL SEASON as mandated by U.I.L. regulations.

To apply for coverage, please enroll on-line with a credit card at www.k12specialmarkets.com or complete the form and mail it, along with your check or money order, to the address shown below.

I acknowledge that I have been given the opportunity to review the enrollment application, benefits and exclusions of the athletic accident insurance coverage available. I understand that it is my responsibility to submit the enrollment application and payment directly to TEXAS SCHOOL INSURANCE as indicated below, and insurance coverage is not in effect until received in the office of TEXAS SCHOOL INSURANCE.

Student's Last Name	Student's First Name	Student's Middle Initial	Grade
Address _____		City _____	State _____ Zip _____
Telephone Number _____		Birthdate _____	
School System Northside Independent School District		Name of School _____	

Check your selection:

- | | | | |
|-----------------|---|---|---|
| Plan 4 (TX 80%) | <input type="checkbox"/> Optional School-Time \$67.00 | <input type="checkbox"/> Optional 24-Hour Accident \$293.00 | <input type="checkbox"/> 24-Hour Dental \$10.00 |
| Plan 4 (TX1) | <input type="checkbox"/> Optional School-Time \$36.00 | <input type="checkbox"/> Optional 24-Hour Accident \$167.00 | <input type="checkbox"/> 24-Hour Dental \$10.00 |
| Plan 4 (TX2) | <input type="checkbox"/> Optional School-Time \$18.00 | <input type="checkbox"/> Optional 24-Hour Accident \$ 84.00 | <input type="checkbox"/> 24-Hour Dental \$10.00 |

Please check here if your child will be participating in grades 9-12 interscholastic tackle football. I understand that in order for there to be football coverage, premium must be paid by NISD and only Plan 4 (TX1) or Plan 4 (TX2) coverage benefits will be available for football.

Please make check payable to Sentry Life Insurance Company

Total Enclosed: _____

Signature of Parent or Guardian _____ Date _____

Please Return Entire Enrollment Application To:
Texas School Insurance
P.O. Box 781227
San Antonio, TX 78278

2009 – 2010 EXCESS STUDENT ACCIDENT INSURANCE COVERAGE*

OPTIONAL SCHOOL TIME ACCIDENT COVERAGE - Insurance coverage is provided for covered Injuries incurred during the hours and days when school is in session and while attending or participating in school sponsored and supervised activities on or off school premises. Includes participation in: Interscholastic Sports, excluding interscholastic tackle football when playing students in grades 9-12; Summer Recreation Activities sponsored by the school; One-Day School Field Trips (no Overnight) and School Sponsored Religious Activities. Coverage is provided for traveling to, during or after such activities as a member of a group in transportation furnished or arranged by the Policyholder and traveling directly to or from their home premises and the school or the site of a covered activity.

Annual Premium: **Plan 4 (TX 80%) - \$67.00** **Plan 4 (TX1) - \$36.00** **Plan 4 (TX2) - \$18.00**

OPTIONAL 24-HOUR ACCIDENT COVERAGE - Insurance coverage is provided around the clock, 24-Hours per day. Provides coverage during the weekends and vacation periods including the entire summer. Students are protected while at Home or away, any place, any time, anywhere. Coverage is provided for participation in Interscholastic Sports, excluding interscholastic tackle football when playing students in grades 9-12.

Annual Premium: **Plan 4 (TX 80%) - \$293.00** **Plan 4 (TX1) - \$167.00** **Plan 4 (TX2) - \$84.00**

OPTIONAL 24-HOUR DENTAL COVERAGE (Can be purchased separately or with other coverage) – Insurance coverage is in effect 24-Hours a day. Injury must be treated within 90 days after the Accident occurs. Benefits are payable within 12 months after the date of Injury. The maximum eligible expenses payable per covered Injury is \$25,000. In addition, when the dentist certifies that treatment must be deferred until after the Benefit Period, deferred benefits will be paid to a maximum of \$1,000. The Student must be treated by a legally qualified dentist who is not a member of the student's Immediate Family for Injury to teeth. Coverage is limited to treatment of sound, natural teeth.

Annual Premium: **\$7.00**

COVERAGE PERIOD – Coverage under the Optional School-Time Accident Coverage and the Optional 24-Hour Accident Coverage begins on the date of premium receipt but not before the start of the school year activities. Optional School-Time Accident Coverage ends at the close of the regular nine-month school term, except while the student is attending activities exclusively sponsored and solely supervised by the School during the summer. Optional 24-Hour Accident and Dental Coverage ends when school reopens for the following school year. Coverage is available under the plan throughout the school year at the premiums quoted (**no pro rata premiums available**)

*Coverage under this Policy form is not available in New York.

SCHEDULE OF BENEFITS

Coverage for Injuries due to Accident only

Maximum Benefit:	Plan 4 (TX 80%)	Plan 4 (TX 1)	Plan 4 (TX2)
School-Time Option	\$25,000	\$25,000	\$25,000
24-Hour Option	\$25,000	\$25,000	\$25,000
Injuries Involving Motor Vehicles	\$10,000	\$10,000	\$10,000
Death Benefit/Double & Single Dismemberment	\$10,000	\$10,000	\$10,000
Loss Period	Treatment must begin within 90 days from the date of Injury		
Benefit Period	1 Year	1 Year	1 Year
Coverage	Full Excess	Full Excess	Full Excess
Hospital/Facility Services - Inpatient			
Hospital Room and Board (Semi-Private Room Rate)	80% RE*	\$350 Maximum**	\$250 Maximum**
Hospital Intensive Care	80% RE*	\$700**/5 days Maximum	\$500**/5 days Maximum
Inpatient Hospital Miscellaneous	80% RE*	\$400** Maximum**	\$200** Maximum
Hospital/Facility Services - Outpatient			
Outpatient Hospital Miscellaneous (Except physician services and x-rays paid as below)	80% RE*	\$200 Maximum	\$100 Maximum
Free-standing Ambulatory Surgical Facility	80% RE*	\$500 Maximum	\$250 Maximum
Hospital Emergency Room Physician	80% RE*	\$200 Maximum	\$100 Maximum
Physician's Services			
Surgical	80% RE*	80% RE*/\$2,000 Maximum	80% RE*/\$1,000 Maximum
Assistant Surgeon	80% RE*	25% of Surgical Benefits	25% of Surgical Benefits
Anesthesiologist	80% RE*	25% of Surgical Benefits	25% of Surgical Benefits
Physician's Non-surgical Treatment (Except as below)	80% RE*	\$35/Visit	\$25/Visit
Physician's Outpatient Treatment in connection with Physical Therapy and/or Spinal Manipulation	80% RE*	\$35/Visit / 5 Visits Maximum	25/Visit / 5 Visits Maximum
Other Services			
Registered Nurses' Services	80% RE*	100% RE*	100% RE*
Prescriptions - outpatient	80% RE*	\$200 Maximum	\$100 Maximum
Laboratory Tests – outpatient	80% RE*	\$100 Maximum	\$50 Maximum
X-rays, includes interpretation - outpatient	80% RE*	\$200 Maximum	\$100 Maximum
Diagnostic Imaging (MRI, CAT Scan, etc) includes interpretation – outpatient	80% RE*	\$400 Maximum	\$200 Maximum
Ground Ambulance	80% RE*	\$1,000 Maximum	\$500 Maximum
Durable Medical Equipment (includes Orthopedic Braces & Appliances)	80% RE*	\$400 Maximum	\$200 Maximum
Replacement of eyeglasses, hearing aids, contact lenses, if medical treatment is also received for the covered injury.	80% RE*	\$300 Maximum	\$150 Maximum
Dental Treatment to sound, natural teeth due to covered injury	80% RE*	\$200/Tooth	\$100/Tooth

*RE means Reasonable Expense **Per Day
 140-50 (TX-NS)

EXCESS COVERAGE PROVISION Benefits will be paid only for such expense that is not recoverable from any Other Plan. We will determine the Amount of benefits provided by Other Plans without reference to any Coordination of Benefits, non-duplication of benefits, or similar provisions. The Amount from Other Plans includes any amount, to which the Insured is entitled, whether or not a claim is made for the benefits. The Student Accident plan is secondary to all other policies. This provision will not apply if the total Reasonable Expenses incurred for Hospital and Professional Services are less than the amount stated in the Schedule of Benefits under Excess Coverage Applicability.

MEDICAL BENEFITS When a covered Injury to a student results in treatment by a legally qualified Physician or surgeon (other than a member of the immediate family or person retained by the school) or is Hospital confined, and treatment begins within 60 days from the date of Injury, the Company will pay benefit as shown in the Schedule of Benefits, subject to the full Excess Coverage Provision above. Only eligible medical expenses incurred by the Insured within 52 weeks from the date of the Accident are covered. Benefits for any one Accident shall not exceed in the aggregate the maximum stated in the Medical Benefit plan purchased. Expenses incurred after one year from the date of Injury are not covered, even though the service is a continuing one, or one that is necessarily delayed beyond one year from the date of Injury.

ACCIDENTAL DEATH, DISMEMBERMENT AND LOSS OF SIGHT When a covered Injury results in any of the Losses to the student, We will pay the benefit stated in the schedule for that Loss. The Loss must be sustained within 365 days from date of Injury. The following benefits (the largest applicable amount) are paid in addition to the medical benefit:

- Loss of Life: \$10,000;
- Loss of one hand, one foot, or sight in one eye: \$10,000;
- Loss of both hands, both feet, or sight in both eyes: \$10,000.

Loss of hand or foot means the actual and complete severance through or above the wrist or ankle. Loss of sight means irrecoverable loss of sight. These Losses will be considered total and irrecoverable if such loss cannot be restored or corrected by medical or surgical treatment. If the Insured suffers more than one of the above covered losses as a result of the same Accident the total amount We will pay is the Maximum Benefit.

DEFINITIONS **Injury** means bodily injury caused by an Accident. The Injury must occur while the Policy is in force and while the Insured is covered under the Policy. The Injury must be sustained as stated on the face page of the Policy, except where specifically stated otherwise in the Policy. **Accident** means a sudden, unexpected and unforeseen, identifiable event producing at the time objective symptoms of an Injury. The Accident must occur while the Insured is covered under the Policy. **Reasonable Expense** means the usual, reasonable and customary fee or charge for the services rendered and the supplies furnished in the area where and at the time such services are rendered or supplies furnished, as determined by Us. Such services and supplies must be recommended and approved by a Physician.

EXCLUSIONS No Benefits are payable for Hospital and Professional Services for the following:

1. Injuries which are not caused by an Accident;
2. Treatment for hernia, regardless of cause, Osgood Schlatter's disease, or osteochondritis;
3. Injury sustained as a result of operating, riding in or upon, or alighting from a two-, three-, or four-wheeled recreational motor vehicle or snowmobile;
4. Re-Injury or complications of a condition for which medical advice or treatment was recommended by a Physician or received from a Physician within a 6 month period preceding the Policy Effective Date;
5. Injury sustained as a result of practice or play in interscholastic tackle football and/or sports, unless the premium required under the Football and/or Sports Coverage provision has been paid;
6. Any expense for which benefits are payable under a Catastrophic Accident Insurance Program of the State Interscholastic Activities Association;
7. Treatment performed by a member of the Insured's Immediate Family or by a person retained by the School;
8. Injury caused by war or acts of war; suicide or intentionally self-inflicted Injury, while sane or insane; violating or attempting to violate the law; the taking part in any illegal occupation; fighting or brawling except in self defense; being legally intoxicated or under the influence of alcohol as defined by the laws of the state in which the Injury occurs; or being under the influence of any drugs or narcotic unless administered by or on the advise of a Physician;
9. Medical expenses for which the Insured is entitled to benefits under any (a) Workers' Compensation act; or (b) mandatory no-fault automobile insurance contract; or similar legislation;
10. Expense incurred for treatment of temporomandibular joint dysfunction and associated myofacial pain.

RETAIN THIS DESCRIPTION FOR YOUR RECORDS

This is not a Policy, rather a brief description of the benefits provided under the master policy issued to the school. Please refer to the master policy for further details. If there is any conflict between this brochure and the Policy, the Policy will prevail.

IMPORTANT NOTICE – This Policy does not provide coverage for Sickness. This brochure has been designed to illustrate the highlights of this insurance. All information in this brochure is subject to the provisions of Policy Form 180-1369, underwritten by Sentry Life Insurance Company.

HOW TO FILE A CLAIM

1) Obtain claim form from your school office or the marketing agent and answer all questions in detail (including all signatures on the front and back of the form). A claim form needs to be completed for each accident. 2) If you have other insurance, submit your claim to your other insurer. When you receive the **EXPLANATION OF BENEFITS NOTICE FROM YOUR PRIMARY CARRIER**, send it to us along with the corresponding **ITEMIZED BILLS** with diagnosis along with this fully completed claim form. **KEEP COPIES OF ALL CLAIM FORMS, BILLS AND CORRESPONDENCE FOR YOUR OWN RECORDS UNTIL YOUR CLAIM HAS BEEN PROCESSED.** 3) If you already paid the bill, include a paid receipt or a copy of your cancelled check. Otherwise payment will be made to the providers of service (Hospital, Physician or Others), unless a paid receipt statement accompanies the bill at the time the claim is submitted. 4) Mail all correspondence to Sentry Life Insurance Company, Policy Benefits, P.O. Box 8025, Stevens Point, WI 54481. The claim form must be sent within 90 days of the date you first received medical care. Any bills not filed with the claim form should be sent, within 90 days of the date you received medical care, to the Company identified with student's name, school district and date of Accident. 5) If you change your address, please notify Sentry Life Insurance Company by calling 1-800-426-7234 so that there is no delay in processing any claims. Please contact Sentry Life Insurance Company by calling 1-800-426-7234 if you would like to check the status of your claim or if you have any questions on how your claim was processed or the benefit paid.

UNDERWRITTEN BY:



1800 North Point Drive, Stevens Point, WI 54481

MARKETING AGENT:

**Texas School Insurance
P.O. Box 781227
San Antonio, TX 78278
(210) 492-7732**

INFORMACIÓN PARA LOS PADRES CONCERNIENTE A LA COBERTURA VOLUNTARIA PARA DEPORTES Y FUTBOL DEL DISTRITO DE NORTHSIDE 2009 – 2010 Y SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

El Distrito Escolar Independiente de Northside (NISD por sus siglas en ingles) NO asume responsabilidad financiera por las lesiones sufridas en cualquier actividad, evento atlético o práctica patrocinada por la escuela. Sin embargo, un padre o tutor tiene la opción de comprar un seguro SÓLO PARA ACCIDENTES bajo un programa de inscripción voluntaria aprobado por el Distrito. Esta cobertura de SÓLO PARA ACCIDENTES está asegurada por Sentry Life Insurance Company, Stevens Point Wisconsin. Se anexa un folleto con un resumen de los beneficios y exclusiones bajo los tres planes voluntarios ofrecidos. La cobertura estará disponible del 1º de agosto de 2009 en adelante. Los planes de inscripción voluntaria excluyen futbol americano (tackle football) interescolar cuando jueguen estudiantes en los grados 9-12.futbol

Al inscribir a mi hijo(a) y solicitar la cobertura de abajo, entiendo que incluye a todos los atletas en grados de 7 a 12 en la Liga Interescolar Universitaria (U.I.L. por sus siglas en inglés) excluyendo atletas en los grados 9-12 jugando futbol americano (tackle football) interescolar, pueden tener cobertura si el padre o tutor paga la prima adecuada bajo la "Cobertura opcional de accidentes durante la escuela" o "cobertura opcional de accidentes durante 24 horas".

Entiendo que un estudiante participando en futbol americano (tackle football) interescolar en los grados del 9 al 12 podrá ser cubierto sólo después de comprar uno de los tres planes voluntarios para estudiantes y cuando la prima del futbol haya sido pagada por el Distrito Escolar Independiente de Northside y recibida por Texas School Insurance Si el padre compra el Plan 4 (TX 1) o el Plan 4 (TX 2), el Distrito Escolar pagará la prima de futbol por el mismo plan elegido. El Plan 4 (TX 180%) no está disponible en el Distrito de Northside para cubrir el futbol. Si el Plan 4 (TX 80%) lo compra el padre, el Distrito sólo pagará la prima de futbol del Plan 4 (TX 1) y el futbol será cubierto sólo bajo el Plan 4 (TX 1).

La cobertura pagada por el Distrito Escolar Independiente de Northside es sólo para futbol y no se extiende para las prácticas de futbol, los partidos de futbol, los viajes de ida y vuelta a las prácticas y partidos patrocinados por la escuela y vehículos supervisados. Es obligatorio por las regulaciones de U.I.L. que la cobertura para futbol expire al final de la TEMPORADA DE FUTBOL.

Para solicitar una cobertura, por favor inscribise en la Internet con una tarjeta de crédito a www.k12specialmarkets.com o llene el formulario y envíelo por correo con un cheque o giro postal a la dirección que se encuentra abajo.

Certifico que se me ha dado la oportunidad de revisar la solicitud de inscripción, beneficios y exclusiones de la cobertura para seguro de accidentes atléticos disponible. Entiendo que es mi responsabilidad presentar la solicitud de inscripción y pago directamente a TEXAS SCHOOL INSURANCE como se indica abajo y la cobertura del seguro no entra en efecto hasta que se reciba en TEXAS SCHOOL INSURANCE.

Apellido del estudiante	Nombre	Inicial	Grado
Dirección	Ciudad	Estado	Zona postal
Número de teléfono		Fecha de nacimiento	
Sistema escolar: Distrito Escolar Independiente de Northside Nombre de la escuela			

Marque su selección:

- | | | | |
|-----------------|--|--|--|
| Plan 4 (TX 80%) | <input type="checkbox"/> Opcional durante la escuela \$67.00 | <input type="checkbox"/> Opcional accidentes durante 24 horas \$293.00 | <input type="checkbox"/> Dental 24 horas \$10.00 |
| Plan 4 (TX1) | <input type="checkbox"/> Opcional durante la escuela \$36.00 | <input type="checkbox"/> Opcional accidentes durante 24 horas \$167.00 | <input type="checkbox"/> Dental 24 horas \$10.00 |
| Plan 4 (TX2) | <input type="checkbox"/> Opcional durante la escuela \$18.00 | <input type="checkbox"/> Opcional accidentes durante 24 horas \$84.00 | <input type="checkbox"/> Dental 24 horas \$10.00 |

ð Por favor marque aquí si su hijo(a) va a participar en futbol americano (tackle football) interescolar en los grados 9 al 12. Entiendo que para que sea cobertura de futbol se debe pagar la prima a través del Distrito de Northside sólo habrá cobertura de beneficios disponible para el futbol del Plan 4 (TX 1) y el Plan 4 (TX 1).

Por favor, haga los cheques a nombre de Sentry Life Insurance Company

Total enviado: _____

Firma del padre o tutor _____ Fecha _____

**Por favor, devuelva la solicitud de inscripción completa a: Texas School Insurance
P.O. Box 781228
San Antonio, Texas 28278**

Cobertura de seguro por accidente de estudiante 2009 – 2010*

COBERTURA OPCIONAL DE ACCIDENTES DURANTE LA ESCUELA. Se provee cobertura de seguro para lesiones aseguradas incurridas durante las horas y días en que la escuela está en sesión y mientras asisten o participan en actividades patrocinadas y supervisadas por la escuela dentro o fuera de las instalaciones de la escuela. Incluye participación en: Deportes interescolares, excluyendo fútbol americano (tackle football) interescolar cuando jueguen estudiantes en los grados 9-12; actividades recreativas de verano patrocinadas por la escuela; excursiones escolares de un día (no para pasar la noche) y actividades religiosas patrocinadas por la escuela. Se provee cobertura para el viaje hacia, durante o después de tales actividades como miembro de un grupo en el transporte provisto o arreglado por el asegurado y que viaja directamente hacia o desde su casa y la escuela o el sitio donde se realice la actividad asegurada. **Prima anual: Plan 4 (TX 80%) - \$67.00 Plan 4 (TX 1) - \$36.00 Plan 4 (TX 2) - \$18.00**

COBERTURA OPCIONAL DE ACCIDENTES LAS 24 HORAS – La cobertura de seguro se provee continuamente las 24 horas del día. Proporciona cobertura durante los fines de semana y los periodos de vacaciones incluyendo todo el verano. Los estudiantes tienen protección mientras están en casa o fuera de ella, en cualquier sitio, momento o lugar. Se provee cobertura para la participación en deportes interescolares excluyendo fútbol americano atajador (tackle football) interescolar cuando jueguen estudiantes en los grados 9-12.

Prima anual: Plan 4 (TX 80%) - \$293.00 Plan 4 (TX 1) - \$167.00 Plan 4 (TX 2) - \$84.00

COBERTURA DENTAL OPCIONAL LAS 24 HORAS (Se puede comprar por separado o con otras coberturas). La cobertura del seguro está en efecto las 24 horas del día. Una lesión tiene que recibir tratamiento dentro de los 90 días después de haber ocurrido el accidente. Los beneficios son pagaderos dentro de los 12 meses después de la fecha del accidente. El máximo de gastos aceptables pagaderos por lesión cubierta es de \$25,000. Además, cuando el dentista certifica que el tratamiento tiene que ser diferido hasta después del Periodo de Beneficios, los beneficios diferidos se pagarán hasta un máximo de \$1,000.00. El estudiante tiene que recibir tratamiento por lesiones de los dientes por un dentista calificado legalmente que no sea miembro de la familia inmediata del estudiante. La cobertura está limitada al tratamiento de dientes sanos y naturales. **Prima anual: \$10.00**

PERIODO DE COBERTURA – La cobertura bajo los planes de cobertura opcional de accidentes durante la escuela y la cobertura opcional de accidentes las 24 horas, empieza en la fecha en la cual se reciba la prima pero no antes de iniciar las actividades del año escolar. La cobertura opcional de accidentes durante la escuela termina al final del término escolar de nueve meses regular, excepto mientras el estudiante esté asistiendo a actividades exclusivamente patrocinadas y supervisadas por la escuela durante el verano. La cobertura opcional de accidentes las 24 horas y la cobertura dental terminan cuando la escuela inicie el siguiente año escolar. La cobertura está disponible bajo el plan durante todo el año escolar a las primas cotizadas. **(no hay primas prorrateadas disponibles).**

*Cobertura bajo este formulario de póliza no está disponible en Nueva York.

TABLA DE BENEFICIOS

Cobertura para lesiones debidas sólo a accidentes

Beneficio máximo	Plan 4 (TX 80%)	Plan 4 (TX 1)	Plan 4 (TX 2)
Opción de cobertura durante la escuela	\$25,000	\$25,000	\$25,000
Opción de las 24 horas	\$25,000	\$25,000	\$25,000
Lesiones que involucran vehículos automotores	\$10,000	\$10,000	\$10,000
Beneficio por muerte/Desmembramiento doble o simple	\$10,000	\$10,000	\$10,000
Periodo de pérdida	El tratamiento tiene que empezar dentro de los 90 días a partir de la fecha de la lesión		
Periodo de beneficios	1 año	1 año	1 año
Cobertura	Excedente completa	Excedente completa	Excedente completa
Servicios de hospital/instalaciones -paciente internado			
Cuarto y comida de hospital (precio de cuarto semi-privado)	80% GR*	\$350 Máximo**	\$250 Máximo**
Cuidados intensivos de hospital	80% GR*	\$700**/5 días Máximo	500**/5 días Máximo
Misceláneos de hospital para paciente internado	80% GR*	\$400 Máximo**	\$200 Máximo**
Servicios de hospital/instalaciones -paciente externo			
Misceláneos de hospital para paciente externo (Excepto servicios médicos y radiografías pagados como se indica abajo)	80% GR*	\$200 Máximo	\$100 Máximo
Edificio separado de cirugía ambulatoria	80% GR*	\$500 Máximo	\$250 Máximo
Médico de la sala de emergencias del hospital	80% GR*	\$200 Máximo	\$100 Máximo
Servicios médicos			
Quirúrgico	80% GR*	80% GR*\$2,000 Máximo	80% GR*\$1,000 Máximo
Cirujano asistente	80% GR*	25% de beneficios quirúrgicos	25% de beneficios quirúrgicos
Anestesiólogo	80% GR*	25% de beneficios quirúrgicos	25% de beneficios quirúrgicos
Tratamiento no quirúrgico por un médico (excepto como se muestra abajo)	80% GR*	\$35/Visita	\$25/Visita
Tratamiento por un médico como paciente externo relacionado con la terapia física y/o la manipulación de la columna vertebral	80% GR*	\$35/Visita/5 visitas máximo	\$25/Visita/5 visitas máximo
Otros servicios			
Servicios de enfermeras registradas	80% GR*	100% GR*	100% GR*
Prescripciones - paciente externo	80% GR*	\$200 Máximo	\$100 Máximo
Pruebas de laboratorio - paciente externo	80% GR*	\$100 Máximo	\$50 Máximo
Radiografías, incluyendo interpretación - paciente externo	80% GR*	\$200 Máximo	\$100 Máximo
Diagnósticos de tomografía (MRI, CAT Scan, etc.) incluyendo interpretación - paciente externo	80% GR*	\$400 Máximo	\$200 Máximo
Ambulancia terrestre	80% GR*	\$1,000 Máximo	\$500 Máximo
Equipo médico duradero (incluye aparatos ortopédicos)	80% GR*	\$400 Máximo	\$200 Máximo
Reposición de anteojos, aparatos auditivos, lentes de contacto, si también se recibe el tratamiento médico para la lesión asegurada	80% GR*	\$300 Máximo	\$150 Máximo
Tratamiento dental de dientes sanos y naturales debido a la lesión asegurada	80% GR*	\$200/Diente	\$100/Diente

*GR Significa gastos razonables **Por día

140-50(TX-NS)

04/09✓

PROVISIÓN DE COBERTURA EXCEDENTE Los beneficios se pagarán solamente por aquellos gastos que no sean recuperables por cualquier otro plan. Nosotros determinaremos la cantidad de beneficios provistos por otros planes sin referencia a alguna coordinación de beneficios, no duplicación de beneficios o provisiones similares. La cantidad de otros planes incluye cualquier cantidad, a la cual tiene derecho el asegurado, sin importar que se haga o no se haga un reclamo de los beneficios. El plan de accidentes del estudiante es secundario a cualquier otra póliza. Esta provisión no se aplicará si el total de gastos razonables incurridos por servicios profesionales y de hospital son menos que la cantidad establecida en la tabla de beneficios bajo la aplicabilidad de cobertura excedente.

BENEFICIOS MÉDICOS Cuando un estudiante sufre de una lesión asegurada que resulta en el tratamiento de un médico o cirujano legalmente calificado (que no sea miembro de la familia inmediata o de una persona contratada por la escuela) o es confinado a un hospital, y el tratamiento empieza dentro de los 60 días después a partir de la fecha de la lesión, la Compañía pagará los beneficios según se indica en la tabla de beneficios, sujeto a la provisión de cobertura excedente completa que se muestra arriba. Solamente se cubren los gastos médicos aceptables incurridos por el asegurado dentro del plazo de 52 semanas a partir de la fecha del accidente. Los beneficios por cualquier accidente no deben exceder el total máximo establecido en el plan de beneficios médicos comprado. Los gastos incurridos después de un año a partir de la fecha de la lesión no están cubiertos, aunque el servicio continúe o sea retrasado necesariamente hasta después de un año a partir de la fecha de la lesión.

MUERTE ACCIDENTAL, DESMEMBRAMIENTO Y PÉRDIDA DE LA VISTA Cuando un estudiante sufra una lesión asegurada que resulte en cualquiera de las pérdidas, Nosotros pagaremos los beneficios establecidos en la tabla de beneficios para esa pérdida. La pérdida tiene que ser sustentable dentro de los 365 días a partir de la fecha de la lesión. Los siguientes beneficios (la cantidad mayor que corresponda) se pagará además del beneficio médico.

Pérdida de vida: \$ 10,000.00

Pérdida de una mano, un pie o la vista de un ojo: \$10,000

Pérdida de ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos: \$10,000

La pérdida de una mano o un pie significa la separación completa hasta o arriba de la muñeca o del tobillo. La pérdida de la vista significa la pérdida irrecuperable de la vista. Estas pérdidas serán consideradas como totales e irrecuperables, si dicha pérdida no puede ser recuperada o corregida por tratamiento médico o quirúrgico. Si el asegurado sufre más de una de las pérdidas aseguradas que se mencionan arriba como resultado del mismo accidente, la cantidad total que Nosotros pagaremos será el beneficio máximo.

DEFINICIONES **Lesión** significa una lesión corporal causada por un accidente. La lesión tiene que ocurrir mientras la póliza esté vigente y mientras el asegurado esté cubierto por la póliza. La lesión tiene que ser sustentable como se indica en la carátula de la póliza, con excepción de cuando se indica específicamente de otra manera en la Póliza. **Accidente** significa un evento identificable, repentino, inesperado e imprevisto que produce en ese momento síntomas objetivos de una lesión. El accidente tiene que ocurrir mientras el asegurado esté cubierto por la póliza. **Gastos razonables** significa los honorarios y cargos usuales, razonables y acostumbrados por los servicios rendidos y los materiales provistos en el área en la cual y a la hora en que dichos servicios son rendidos o dichos materiales son provistos, según sea determinado por Nosotros. Tales servicios y materiales tienen que ser recomendados y aprobados por un médico.

EXCLUSIONES No serán pagaderos los beneficios de hospital y servicios profesionales por lo siguiente:

1. Lesiones que no sean causadas por un accidente; 2. Tratamiento por hernia sin importar la causa. Enfermedad Osgood Schlatter u osteocondrosis; 3. Una lesión sufrida como resultado de operar, viajar, montar o bajarse de un vehículo recreativo motorizado de dos, tres o cuatro ruedas o una moto de nieve; 4. Lesión recurrente o complicación de una condición por la cual se recomendó o se recibió de un médico, consulta o tratamiento médico dentro de un periodo de seis meses antes de la fecha de vigencia de la póliza; 5. Lesión sufrida como resultado de entrenamiento o juego de futbol americano (tackle football) interescolar y/o deportes, a menos de que la prima requerida bajo la cobertura de futbol americano y/o deportes haya sido pagada; 6. Cualquier gasto por los cuales son pagaderos los beneficios bajo un Programa de seguro por accidente catastrófico de la Asociación de actividades interescolares del estado; 7. Tratamiento dado por un miembro de la familia inmediata del asegurado o por una persona contratada por la escuela; 8. Lesión causada por guerra o actos de guerra; suicidio o lesión intencionalmente auto inflingida, estando en su sano juicio o no; violando o intentando violar la ley; el tomar parte en cualquier ocupación ilegal; luchando o peleando a menos que sea en defensa personal; estando legalmente intoxicados o bajo la influencia del alcohol como la definen las leyes del estado donde ocurra la lesión; o estando bajo la influencia de cualquier droga o narcótico a menos que sea suministrada por o siguiendo la consulta de un médico; 9. Gastos médicos por los cuales el asegurado tiene derecho a beneficios bajo cualquier (a) ley de Compensación de los trabajadores; o (b) contrato de seguro de automóvil mandatario sin culpa; o legislación similar; 10. Gasto incurrido por tratamiento de disfunción de la articulación temporomandibular y dolor miofacial asociado.

CONSERVE ESTA DESCRIPCIÓN PARA SUS ARCHIVOS

Ésta no es una póliza, sino una breve descripción de los beneficios provistos bajo la póliza principal dada a la escuela. Por favor, consulte la póliza principal para más detalles. Si hay algún conflicto entre este folleto y la Póliza, la Póliza prevalece. **AVISO IMPORTANTE – Esta póliza no provee cobertura por enfermedad. Este folleto ha sido diseñado para ilustrar los puntos más importantes de este seguro. Toda la información en este folleto está sujeta a las provisiones del Formulario de Póliza 180-1369, asegurado por Sentry Life Insurance Company.**

COMO PRESENTAR UN RECLAMACIÓN

1) Obtenga un formulario de reclamación de la oficina de la escuela o del agente de mercadeo y conteste todas las preguntas de manera detallada (incluyendo todas las firmas en el frente y al reverso del formulario). Se necesita llenar un formulario de reclamación para cada accidente. 2) Si tiene otro seguro, presente su reclamación a su otra aseguradora. Cuando usted reciba **EL AVISO DE EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS SU SEGURO PRINCIPAL**, envíenla junto con **Las facturas desglosadas** con el diagnóstico y con este formulario de reclamación lleno. **GUARDE COPIAS DE TODOS LOS FORMULARIOS DE RECLAMACIÓN HASTA QUE SU RECLAMACIÓN HAYA SIDO PROCESADA.** 3) Si usted ya pagó la factura, incluya un recibo de pago o una copia de su cheque cancelado. De lo contrario, el pago será hecho a los proveedores del servicio (hospital, médico, otros), a menos de que adjunte un estado de cuenta del recibo pagado al momento en que presente la reclamación. 4) Envíe toda correspondencia a Sentry Life Insurance Company, Policy Benefits, P.O. Box 8025, Stevens Point, WI 54481. El formulario de reclamación tiene que ser enviado dentro de un plazo de 90 días desde la fecha en que empezó a recibir el cuidado médico. Cualquier factura que no se adjunte al formulario de reclamación se debe enviar dentro de un plazo de 90 días desde la fecha en que empezó a recibir el cuidado médico, a la Compañía identificada con el nombre del estudiante, el Distrito Escolar y la fecha del accidente. 5) Si cambia de dirección, por favor, notifique a Sentry Life Insurance Company llamando al teléfono 1800-426-7234 para que no haya ningún retraso en procesar cualquier reclamación. Por favor, contacte a Sentry Life Insurance Company llamando al teléfono 1800-426- 7234 si le gustaría saber el estado de su reclamación o si tiene alguna pregunta acerca de cómo se procesó su reclamación o el beneficio pagado.

ASEGURADO POR



MARKETING AGENT

Texas School Insurance
P.O. Box 781227
San Antonio, TX 78278 (210) 492-7732