

**BENEFICIOS MÉDICOS (Lo que el plan paga)**  
**Póliza GA-2200Ed.11-16(TX)**

Cuando una lesión corporal accidental cubierta por la póliza resulte en el tratamiento por un Médico dentro de los 180 días de la fecha del Accidente, la Compañía pagará los Gastos Usuales y Costales incurridos por los servicios cubiertos enumerados a continuación, por los gastos efectivamente incurridos dentro de un año a partir de la fecha de Lesión hasta un beneficio médico máximo de \$25,000 por lesión.

Esta póliza pagará beneficios independientemente de la otra cobertura válida si el costo de la reclamación cubierta es menor de \$200. Si el gasto de reclamo cubierto excede \$200, los beneficios se pagarán primero por otra cobertura válida.

Todas las cantidades enumeradas a continuación son Por lesión

| <b>GASTOS CUBIERTOS</b>  | <b>Basic</b>   | <b>Preferred</b>   | <b>Premier</b>                              |
|--|--|--|---|
| <b>En los servicios ambulatorios del hospital</b>                  | Habitación semi privada, Máximo \$ 250/día   | Habitación semi privada, Máximo \$ 350/ día  | Habitación semi privada,                    |
| <b>Hospital de gastos misceláneos</b>                              | Usual y Acostumbrado, Máximo \$ 200/ día   | Usual y Acostumbrado, Máximo \$ 400/ día   | 80% Usual y Acostumbrado                    |
| <b>En el hospital Visitas</b>                                      | Usual y Acostumbrado, Máximo \$ 25 por visita (limitado a una visita por día, Máximo 10 visitas) | Usual y Acostumbrado, Máximo \$ 35 por visita (limitado a una visita por día, Máximo 10 visitas) | 80% Usual y Acostumbrado                    |
| <b>Servicios de enfermera</b>                                      | Usual y Acostumbrado   | Usual y Acostumbrado   | 80% Usual y Acostumbrado                    |
| <b>Cirugía ambulatoria</b>   | Usual y Acostumbrado, Máximo \$ 250  | Usual y Acostumbrado, Máximo \$ 500  | 80% Usual y Acostumbrado                    |
| <b>Tratamiento de Emergencia de habitaciones</b>                   | Usual y Acostumbrado, Máximo \$100   | Usual y Acostumbrado, Máximo \$200   | 80% Usual y Acostumbrado                    |
| <b>Fuera del paciente X-Ray</b>                                    | Usual y Acostumbrado, Máximo \$100   | Usual y Acostumbrado, Máximo \$200   | 80% Usual y Acostumbrado                    |
| <b>Ambulatorios tomografía computarizada, resonancia magnética</b> | Usual y Acostumbrado, Máximo \$ 200  | Usual y Acostumbrado, Máximo \$ 400  | 80% Usual y Acostumbrado                    |
| <b>Visitas al consultorio</b>                                      | Usual y Acostumbrado, Máximo \$ 25 por visita, máximo 5 visitas                                  | Usual y Acostumbrado, Máximo \$ 35 por visita, máximo 5 visitas                                  | 80% Usual y Acostumbrado, máximo 10 visitas |
| <b>Ambulatorios Fisioterapia</b>                                   | Usual y Acostumbrado, Máximo \$ 25 por visita, máximo 5 visitas                                  | Usual y Acostumbrado, Máximo \$ 35 por visita, máximo 5 visitas                                  | 80% Usual y Acostumbrado, máximo 10 visitas |
| <b>Equipo médico (aparatos ortopédicos y aparatos)</b>             | Usual y Acostumbrado, Máximo \$ 200  | Usual y Acostumbrado, Máximo \$ 400  | 80% Usual y Acostumbrado                    |
| <b>Medicamentos recetados (ambulatorios)</b>                       | Usual y Acostumbrado, Máximo \$100   | Usual y Acostumbrado, Máximo \$ 200  | 80% Usual y Acostumbrado                    |
| <b>Servicios de Ambulancia</b>                                     | Usual y Acostumbrado, Máximo \$ 500  | Usual y Acostumbrado, Máximo \$ 1000   | 80% Usual y Acostumbrado                    |
| <b>A cabo pruebas de laboratorio del paciente</b>                  | Usual y Acostumbrado, Máximo \$ 50   | Usual y Acostumbrado, Máximo \$ 100  | 80% Usual y Acostumbrado                    |
| <b>Servicios Dentales</b>  | Usual y Acostumbrado, Máximo \$100 por diente  | Usual y Acostumbrado, Máximo \$ 200 por diente   | 80% Usual y Acostumbrado                    |
| <b>Servicios médicos para cirugía</b>                              | Usual y Acostumbrado, Máximo \$ 1,000  | Usual y Acostumbrado, Máximo \$ 2,000  | 80% Usual y Acostumbrado                    |
| <b>Los ayudantes del Cirujano</b>                                  | 25% de la asignación del Cirujano  | 25% de la asignación del Cirujano  | 80% Usual y Acostumbrado                    |
| <b>Anestesia y su administración</b>                               | 25% de la asignación del Cirujano  | 25% de la asignación del Cirujano  | 80% Usual y Acostumbrado                    |
| <b>Lesión de vehículos de motor</b>                                | Máximo \$ 2000   | Máximo \$ 2,000  | Máximo \$ 10,000                            |
| <b>Anteojos, lentes de contacto</b>                                | Usual y Acostumbrado, Máximo \$ 150  | Usual y Acostumbrado, Máximo \$ 300  | 80% Usual y Acostumbrado                    |
| <b>Audífonos</b>   |  |  |   |

La póliza contiene una provisión que limita la cobertura a los cargos habituales y acostumbrados. Esta limitación puede resultar en gastos adicionales de bolsillo para el asegurado.

**MUERTE ACCIDENTAL Y DESEMBOLSO ACCIDENTAL**

Cuando una lesión cubierta por esta póliza resulte en Muerte Accidental o Desmembramiento dentro de los 180 días de la fecha del accidente, los siguientes beneficios serían pagaderos

|                                     |          |                             |           |
|-------------------------------------|----------|-----------------------------|-----------|
| Pérdida de vida .....               | \$ 5,000 | Doble desmembramiento ..... | \$ 10,000 |
| Pérdida de la vista en un ojo ..... | \$ 5,000 | Desmembramiento único ..... | \$ 5,000  |

**EXCLUSIONES (Lo que el Plan NO PAGA)**

1. Cualquier enfermedad, enfermedad, infección (a menos que sea causada por un corte abierto o herida). Incluyendo pero no limitado a: agravación de una condición congénita, ampollas, dolores de cabeza, hernia de cualquier tipo, enfermedad mental o física, enfermedad de Osgood-Schlatter, osteocondritis, osteocondritis disecante, osteomielitis, espondilólisis, epiphysia de capital femoral resbalado, ortodondia.
2. Lesiones por las que se pagan beneficios bajo las Leyes de Compensación de Trabajadores o de Responsabilidad del Empleador.
3. Cualquier lesión que involucre un vehículo de motor de dos o tres ruedas o una moto de nieve o cualquier vehículo motorizado o conducido por motor no diseñado principalmente para uso en calles públicas y carreteras, a menos que el asegurado participe en una actividad patrocinada por el Tomador de la póliza.
4. Reemplazo de lentes de contacto, audífonos, prescripciones o exámenes.
5. La participación, práctica o juego de fútbol, incluyendo el viaje hacia o desde dicha participación, práctica o juego para estudiantes de los grados 9-12.

**NO ES LA INTENCIÓN DE LA POLÍTICA PROPORCIONAR BENEFICIOS PARA UN PROBLEMA MÉDICO EXISTENTE. Una re-lesión no estará cubierta si el asegurado ha recibido tratamiento dentro de un período de 180 días antes de la Fecha Efectiva de la póliza.**

**CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN**

1. Informe inmediatamente las lesiones relacionadas con la escuela a la oficina de la escuela.
2. Obtenga un formulario de reclamo de la escuela.
3. Siga TODAS las instrucciones del formulario de reclamación. Adjunte las facturas detalladas del estudiante, las otras EOBs del plan de seguro y envíelas a:

**STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC.**  
**P.O. BOX 196 • STILLWATER, MN 55082-0196**

4. Para preguntas sobre reclamaciones llame al (800)328-2739 o (651) 439-7098. El personal de reclamaciones está disponible de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. Hora Central, de lunes a viernes.

NOTA: El estudiante debe ser tratado por un médico con licencia dentro de los 180 días de la fecha de la lesión. La prueba de la reclamación debe presentarse en un plazo de 90 días a partir de la fecha del accidente, o un plazo razonable a partir de entonces, que no exceda de un año. Las facturas detalladas deben presentarse en un plazo de 90 días a partir de la fecha del tratamiento o después de un tiempo razonable para no exceder un año. Somos responsables solamente de los gastos incurridos en el plazo de un año.

Esto proporciona una descripción muy breve de algunas de las características importantes de la póliza de seguro. No es la póliza de seguro y no la representa. Una explicación completa de los beneficios, excepciones y limitaciones está contenida en el Formulario de la póliza de seguro de accidentes de grupo GA-2200Ed.11-16 (y cualquier especificación específica) y cualquier respaldo aplicable. Esta póliza se considera que el seguro de accidentes a largo plazo no es renovable. Este producto puede no estar disponible en todos los estados y está sujeto a las regulaciones estatales individuales. La póliza principal se entrega al Distrito Escolar / Escuela. Se puede obtener una copia del Aviso de privacidad en el sitio web [www.sas-mn.com](http://www.sas-mn.com).

# Información de los Padres Acerca del Programa de Seguros de Accidentes Voluntarios de NISD 2018-2019

## Selecciones de Cobertura y Formulario de Inscripción

El Distrito Escolar Independiente de Northside (NISD) NO asume responsabilidad financiera por lesiones sufridas mientras asiste a la escuela y participa o practica en actividades y deportes extracurriculares patrocinados y supervisados por la escuela. Sin embargo, un padre o tutor tiene la opción de comprar un seguro de ACCIDENTE SOLO bajo un programa de inscripción voluntaria aprobado por NISD. Esta cobertura de ACCIDENTE SOLO está asegurada por Ameritas Life Insurance Corp. y cubre lesiones sufridas mientras asiste a la escuela y participa en actividades y deportes extracurriculares patrocinados y supervisados por la escuela (excepto fútbol en grados 9-12). También hay una opción de Cobertura de tiempo completo (24 horas) que extiende la cobertura para los accidentes que ocurren fuera de la escuela 24 horas al día. En la parte de atrás de esta página se incluye una lista de beneficios y exclusiones del plan bajo los tres planes voluntarios ofrecidos. La cobertura está disponible a partir del 1 de agosto de '18. Las opciones del plan voluntario excluyen el fútbol interescolar para los estudiantes de los grados 9-12.

Entiendo que un estudiante que participe en "Interscholastic Football" con los grados 9-12 será cubierto solamente después de comprar uno de los tres planes voluntarios del estudiante y cuando la prima del fútbol ha sido pagada por NISD y recibida por Student Assurance Service, Inc. Si Adquiera el Plan Premier o el Plan Preferred, NISD pagará la prima del fútbol por el mismo plan comprado. El Plan Basic no está disponible para NISD para la cobertura del fútbol. Si yo compre el Plan Basic, NISD solo pagará la prima del fútbol por el Plan Preferred y el fútbol será cubierto por el mismo plan.

La cobertura de fútbol pagada por NISD es SÓLO para el Fútbol en los grados 9-12 y no se extiende más allá de las prácticas de fútbol, los juegos de fútbol I y los viajes hacia y desde las prácticas y juegos de fútbol en el transporte proporcionado por la escuela. La cobertura de fútbol expira al final de la temporada de fútbol según lo ordenado por U.I.L. Reglamentos.

Reconozco que se me ha dado la oportunidad de revisar la inscripción, los beneficios y las exclusiones de la cobertura de Seguro de Accidentes Voluntarios disponibles, así como que la cobertura para el fútbol interescolar empieza sólo después de que se adquirió un plan de Accidentes Voluntarios. Entiendo que es mi responsabilidad inscribirse en el plan de accidentes voluntarios y enviar el pago directamente a Student Assurance Services, Inc. y la cobertura de seguro no es efectiva hasta las 12:01 después de la fecha en que el formulario de inscripción y el pago son recibidos por Student Assurance Services, Inc. Toda cobertura expira el 31 de julio de 2019 del año escolar actual.

### OPCIONES DE COBERTURA VOLUNTARIAS

**Cobertura en el horario escolar La PK-12 incluye Actividades y Deportes de la UIL 7-12 (No incluye a los estudiantes que participan en el fútbol interescolar de 9-12)**

Cubre al estudiante mientras:

- A) asistir a sesiones regulares de la escuela;
- B) participar o asistir a actividades extracurriculares patrocinadas y supervisadas por la escuela;
- C) practicar o participar en deportes y actividades UIL patrocinados y supervisados por la escuela para los grados 7-12 (excepto el fútbol en los grados 9-12); y
- D) viajar directamente hacia y desde la escuela para las sesiones regulares de la escuela, y mientras viaja hacia y desde los deportes y actividades extracurriculares y UIL patrocinados y supervisados por la escuela en el transporte proporcionado por la escuela.

**Cobertura a tiempo completo La PK-12 incluye Actividades y Deportes de la UIL 7-12 (No incluye a los estudiantes que participan en el fútbol interescolar de 9-12)**

Cubre al estudiante 24 horas al día hasta que la escuela comience el próximo año. Incluye cobertura mientras esté en casa y en la escuela, los fines de semana y durante las vacaciones de verano. Cubre a los estudiantes mientras practican o participan en actividades y deportes UIL patrocinados y supervisados por la escuela, incluyendo viajes en transporte escolar para grados 7-12 (excepto el fútbol en los grados 9-12)

**Cobertura odontológica extendida PK-12**

Proporciona \$ 5,000 en beneficios para cualquier accidente dental y cubre al estudiante 24 horas al día hasta que la escuela comienza el próximo año. El tratamiento debe comenzar dentro de los 180 días de la fecha de la lesión. Los beneficios se limitan a los gastos efectivamente incurridos dentro de un año a partir de la fecha del accidente. Sin embargo, si dentro del período de un año después de la fecha del accidente el dentista asistente del asegurado certifica que el tratamiento dental y / o reemplazo debe ser diferido más allá de un año, el plan pagará el costo estimado de dicho tratamiento diferido, pero no excederá \$ 200 por Cada diente. No se permitirán beneficios para la ortodoncia o enfermedad dental y los beneficios para la prótesis se limitarán a \$ 500 por lesión incluyendo los procedimientos realizados para instalarlos. Las prótesis dentales incluyen, pero no se limitan a coronas, dentaduras postizas, puentes e implantes. Extended Dental no cubre tratamiento para ortodoncia, enfermedad dental o gastos que excedan el límite máximo de beneficio de la prótesis.

### CÓMO INSCRIBIRSE - LOS FORMULARIOS NO SERÁN ACEPTADOS EN LA ESCUELA

1. Para el pago con tarjeta de crédito, complete el formulario de inscripción en línea en el sitio web <http://www.sas-mn.com/k12.html>. En la página web bajo k-12 Estudiantes / Padres seleccione "Find My School". En el cuadro desplegable, seleccione "Texas" y, a continuación, seleccione Northside ISD.

O

2. Para el pago por cheque o giro postal complete la información de la inscripción abajo. Incluya el pago de la prima (cheque a nombre de STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC.), PO BOX 196, STILLWATER, MN 55082-0196.

Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_  
Por favor imprime                                      Apellido                                      Nombre                                      Inicial

Dirección \_\_\_\_\_  
(Calle)                                      (Ciudad)                                      (Estado)                                      (Código Postal)

N ° de teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

School System NORTHSIDE INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

### COMPRUEBE SU SELECCIÓN DE COBERTURA (una prima de año de póliza)

|                       |  |  |   |
|-----------------------|--|--|---|
| <b>Premier Plan</b>   | Hora de la escuela <input type="checkbox"/> \$ 82.00 | Tiempo completo <input type="checkbox"/> \$ 310.00 | Dental extendida <input type="checkbox"/> \$ 9.00 |
| <b>Preferred Plan</b> | Hora de la escuela <input type="checkbox"/> \$ 44.00 | Tiempo completo <input type="checkbox"/> \$ 170.00 | Dental extendida <input type="checkbox"/> \$ 9.00 |
| <b>Basic Plan</b>     | Hora de la escuela <input type="checkbox"/> \$ 25.00 | Tiempo completo <input type="checkbox"/> \$ 97.00  | Dental extendida <input type="checkbox"/> \$ 9.00 |

Por favor, marque aquí si su hijo (a) participará en los grados 9-12. Entiendo que para que haya cobertura de fútbol, la prima del fútbol debe ser pagada por NISD y sólo los beneficios de cobertura Premier o Preferred estarán disponibles para el fútbol.

Northside ISD (2018-2019)

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
|  | Marketed by<br>David Cates - Texas Representative<br>The Brokerage Store<br>4114 Pond Hill Rd., #100<br>San Antonio, TX 78231 | Scan for a direct link to<br>Student Assurance Services, Inc.<br>Website:<br> | Underwritten by<br><br>Ameritas Life Insurance Corp.<br>Lincoln, Nebraska |
|---|---|--|--|