

ESCUELAS DEL CONDADO DE BREVARD- ¡NOTA IMPORTANTE PARA LOS PADRES!

Estimados Padres,

Su escuela tiene mucho interés en mantener un ambiente seguro para todos alumnos. No obstante, los accidentes si ocurren todos los días durante las actividades escolares. Por lo tanto, la escuela les ofrece a los padres la oportunidad de inscribir a sus hijos en un plan de seguro escolar aprobado y económico. Instamos totalmente a todos padres que lean esta descripción del seguro y consideraren las ventajas de matricular a su niño en el plan aprobado por la escuela.

Por favor elija entre UNA de las siguientes dos opciones o inscribase por internet (www.schoolinsuranceofflorida.com):

- 1. Plan de seguro de accidente básico de 24 horas:** Ofrece protección durante las actividades patrocinadas, supervisadas por la escuela durante el período escolar regular y mientras sus hijos están en casa, durante los fin de semanas, días feriados, durante períodos de vacaciones y los meses de verano, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (salvo juegos y prácticas de fútbol americano de grados 9 al 12). **El costo por cobertura de 24 horas durante el período escolar y los meses de verano es \$48.00. Disponible a todos estudiantes grados Pre-K al 12° y estudiantes de tecnología vocacionales.**
- 2. Plan básico de seguro para accidentes durante el tiempo escolar:** Ofrece protección contra accidentes solamente durante las actividades y clases patrocinadas y supervisadas por la escuela durante el período escolar regular. No brinda cobertura en el hogar o durante los períodos de vacaciones o juegos y prácticas de fútbol americano para los grados 9 al 12.
El costo del Plan durante el Tiempo Escolar es \$15.00 por estudiante de grado 7° hasta 12° grado.
El costo del Plan durante el Tiempo Escolar es \$9.00 por estudiante de Pre-K hasta 6° grado.

Opciones de beneficios adicionales: Usted debería adquirir el Plan de 24 horas o el de tiempo escolar para tener derecho a estas opciones:

- 3. Cobertura incrementada por accidentes dentales:** Provee mayores beneficios para tratamientos dental, hasta \$500 por diente natural debido a accidentes cubiertos. **El costo es \$2.00.**
- 4. Opción de beneficio por enfermedad hospitalaria:** Provee hasta \$500 por día de beneficios de hospitalización si su hijo es hospitalizado debido a una enfermedad o dolencia cubierta. **El costo es de \$40.00 para cobertura durante el período escolar y los meses de verano.**

BENEFICIOS MÁXIMOS DE COBERTURA DE SEGURO BÁSICO CONTRA ACCIDENTES.

Gasto de paciente interno de hospital incluyendo cargos variados:

Hasta \$2,000.00 por día en conjunto.

Habitación de hospital: Hasta \$300 por día de hospitalización.

Uso de hospital del paciente ambulatorio: \$2000.00 si una operación mayor es realizada, o \$200.00 si una operación menor es realizada, o si no se realiza una operación.

Enfermeras especiales: Cuando está internado en el hospital, no excederá los URC.

Médico (Tratamiento, atención)

Visita inicial de médico (no quirúrgica)- \$60.00

Revisiones de médico (no quirúrgica)- \$45.00.

Cirugía/Anestesia: No excederá los montos detallados en el tarifario de Remuneración de los Trabajadores de la Florida 2008 (Parte A).

Cirugía plástica/estética: \$1000.00.

Fisioterapia: (Manipulación, masaje, ajustes, etc.) \$45.00 por día, máximo de 10 visitas.

Odontología: \$250.00 por diente natural sano.

Radiografías: (incluye lectura, EEG, EKG): Hasta \$400.00.

MRI: \$600.00.

Tomografías u otros estudios: \$300.00.

Ambulancia: \$500.00.

Bragueros Ortopédicos: \$400.00.

Lesión en un vehículo motorizado: \$1,500.00.

Lesión existente o agravamiento en una condición pre-existente: \$500.00.

Límite médico máximo: \$25,000.00.

Muerte accidental: \$1,500.00 (dentro de los 180 días del accidente).

Desmembramiento:

Singular: \$1,000.00

Doble: \$10,000.00

BENEFICIO OPCIONAL DE ENFERMEDAD HOSPITALARIA

Si su hijo se inscribe en la Opción de Beneficio por Enfermedad Hospitalaria, la póliza abonará hasta \$500.00 por cada día que su hijo esté hospitalizado durante la noche como paciente internado debido a una enfermedad cubierta, hasta un beneficio máximo de póliza de \$5,000.00 por el período de 12 meses de cobertura. No se pagarán beneficios por gastos de pacientes externo. El costo por la Opción de Beneficio por Enfermedad Hospitalaria es \$40.00 por la cobertura durante el período escolar y meses de verano.

CÓMO INSCRIBIRSE: 1) Complete el formulario de inscripción que aparece a continuación; 2) Haga el cheque o giro postal por el monto correcto a School Insurance of Florida; 3) Escriba el nombre y escuela del alumno en la sección de memo de su cheque; 4) Envíe la solicitud de inscripción y el pago a School Insurance of Florida. **Conserve su cheque pagado o recibo de pago del giro postal como su confirmación de pago. Las tarjetas del seguro no serán enviadas al menos que usted solicite una tarjeta de identificación y incluya un sobre adicional con su domicilio para que le mandemos su tarjeta de identificación. Conserve la parte superior de este formulario para sus registros. No habrá reembolso de primas después del primer día de cobertura.**

PARA OBTENER INFORMACIÓN: School Insurance of Florida, P. O. Box 784268, Winter Garden, FL 34778-4268. Teléfono: 1-800-432-6915. No se ponga en contacto con las escuelas para obtener información acerca de la cobertura o reclamos; comuníquese con School Insurance of Florida. O, visite nuestra página de internet www.SchoolInsuranceofFlorida.com para más información.

FECHAS DE ENTRADA EN VIGENCIA Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA: La cobertura entra en vigencia a las 11:59 P.M. de la fecha del sello del sobre de inscripción o de la fecha que se recibe el pago en la oficina de School Insurance of Florida, cualquiera fecha que sea la primera. Las coberturas del Plan Básico para Accidentes de 24 horas y el Plan de Opción de Beneficio por Enfermedad Hospitalaria terminan a las 11:59 P.M. del primer día oficial en que se reanudan las clases escolares, el próximo período de otoño 9 de Agosto, 2011. La cobertura del Plan Básico para Accidentes en la Escuela termina a las 11:59 P.M. del último día de clases para el período escolar regular 23 de mayo, 2011

****Retenga esta forma para sus registros. Registre su número de cheque _____ y el plan que usted ha pagado _____.**

**RESUMEN DEL SEGURO PARA ALUMNOS DE
LAS ESCUELAS DEL CONDADO DE BREVARD**

SEGURO CON FRANQUICIA

Suscripto por Reliance Standard Life Insurance, 2001 Market Street, Philadelphia, PA

El Certificado de Seguro resume las disposiciones y los beneficios de la póliza. La presente póliza no abonará el 100% del total de los gastos médicos incurridos. Se aplican los límites y exclusiones de la póliza. Los beneficios de la póliza son pagaderos, y están sujetos a los límites especificados a continuación, por lesión física accidental resultante de un accidente cubierto (o enfermedad cubierta si se adquiere la Opción de Beneficio por Enfermedad Hospitalaria (In-Hospital Sickness Benefit Option)). La compañía abonará el costo razonable de los gastos médicos elegibles cubiertos que no exceden los beneficios máximos enumerados en la póliza (resumidos en el presente formulario). El máximo beneficio pagadero por cualquier accidente cubierto es \$25,000.00. El máximo pagadero según la Opción de Beneficio por Enfermedad Hospitalaria es \$5,000.00 del monto total por todos los gastos hospitalarios cubiertos debido a una enfermedad cubierta. El primer tratamiento médico por un dentista o médico con licencia para una condición cubierta debe obtenerse dentro de los treinta (30) días desde la fecha original de la lesión o condición cubierta a fin de ser elegible para los beneficios de la póliza. La compañía abonará los gastos médicos cubiertos por tratamientos y atención suministrados dentro de las 52 semanas, a partir de la fecha de un accidente cubierto, hasta 52 semanas por una enfermedad cubierta.

DEFINICIONES DE LA PÓLIZA: "Accidente cubierto" se refiere a una lesión física del asegurado que resulta directa e independientemente de otras causas de un accidente cubierto que ocurre mientras la póliza está vigente. Las lesiones intencionalmente provocadas causadas por demasiado ejercicio prolongado, estrés o esfuerzo, o proceso de enfermedad o agravamiento de una condición existente están expresamente excluidas de la cobertura bajo la póliza de accidente. La frase "Gastos cubiertos" se refiere a gastos razonables que no excedan los gastos habituales; que no excedan el monto máximo de beneficio pagadero por servicios especificados más adelante; servicios y suministros que no estén excluidos de la cobertura; y servicios y suministros que son necesarios desde el punto de vista médico para el tratamiento del accidente cubierto. "Condición pre-existente" se refiere a cualquier condición física para la cual la existencia de síntomas haría que una persona normalmente prudente buscara atención o asesoramiento médico. La condición física incluye cualquier complicación o remanente de una enfermedad anterior o condición sobre la cual la persona fue asesorada o tratada durante los seis (6) meses antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del asegurado bajo esta póliza. La palabra "enfermedad" se refiere a una dolencia originada, en principio, por síntomas y por la cual un médico suministra tratamiento médico mientras la aprobación está vigente. Todas las condiciones relacionadas y síntomas recurrentes de la misma condición o similar se considerarán una enfermedad. "Hospital" se refiere a un hospital autorizado o debidamente acreditado que está abierto en todo momento y funciona fundamentalmente y en forma permanente para el tratamiento y cirugía de personas enfermas y lesionadas como internados bajo la supervisión de uno (1) o más médicos legalmente calificados, disponibles en todo momento, con servicios permanentes de enfermería durante las veinticuatro (24) horas por enfermeras tituladas por turno o de guardia. "Hospital" no significa un lugar que es fundamentalmente una clínica, hospital particular, casa de reposo o de descanso, o una institución especializada o que trata fundamentalmente con trastornos mentales o nerviosos, alcohólicos o con drogadicción. "Cobertura de accidente dentro de la escuela" se aplica mientras una persona cubierta está en la escuela durante las horas y días en que ésta funciona; participando en actividades, salvo como espectador, que son exclusivamente respaldadas, patrocinadas, supervisadas y programadas por la escuela, ya sea en la escuela o fuera de las instalaciones de la misma, durante o después de las horas escolares o de la instrucción religiosa patrocinada por la escuela; viajando directamente o sin interrupción de o hacia el domicilio de la persona cubierta y la escuela para las horas escolares regulares o durante el tiempo que dicho viaje requiera, pero que no obstante, no exceda una (1) hora antes de que comiencen las clases escolares y no más de una (1) hora después de haber salido de la escuela; mientras una persona cubierta participa en una práctica o competencia deportiva inter-escolar programada y autorizada por la escuela ya sea en las instalaciones de la escuela o fuera de las mismas (salvo fútbol americano). "Cobertura de accidente durante 24 horas" incluye la "Cobertura en la escuela" y extiende la cobertura a veinticuatro (24) horas por día mientras una persona está en su hogar, en la escuela o de vacaciones. Bajo el plan de cobertura durante las 24 horas, se aplicarán los mismos beneficios, limitaciones y exclusiones que rigen en el plan de "Cobertura en la escuela". No se pagarán beneficios por practicar o participar en fútbol americano. Se aplican términos y condiciones adicionales de la póliza estipulada en la Póliza Universal de Seguro de Accidente, emitida al distrito escolar y archivado para su revisión. La frase "efectos de otra cobertura" se refiere a que la cobertura de seguro ofrecida bajo la póliza debiera "EXCEDER" cualquier otro seguro o planes cobrables, incluyendo aunque no limitada al Programa de Incentivo de Práctica (Practice Incentive Program) (P.I.P. por su sigla en inglés) y pagos auto médicos, Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMOs, por su sigla en inglés) u Organizaciones de Prestadores Preferidos (PPOs, por su sigla en inglés), sujeta a los límites estipulados en la póliza cuando los gastos totales para el tratamiento de un accidente cubierto exceden los \$250.00. Se reservan los derechos de subrogación de terceros. Los pagos totales por todos los planes de seguro, incluyendo HMOs y PPOs no deberán exceder nunca el total de los gastos médicos incurridos.

EXCLUSIONES- LO QUE LA PÓLIZA NO CUBRE

1. La práctica o juego de fútbol americano inter-escolar de los grados 9º, 10º, 11º y 12º, u otros programas de fútbol americano, incluyendo el viaje hacia o desde dicha práctica o juego, a menos que jugador se haya matriculado en y pagado la prima extra necesaria.
2. Daños a dientes que no estén enteros, sanos, vitales y naturales o a puentes dentales existentes, coronas, restauraciones o frenillos; procedimientos o servicios de ortodoncia. Tratamiento por lesión o función del diente causado ya sea por descomposición, infección o falla de una restauración dental.
3. Furúnculos, pie de atleta, impétigo o infección cutánea similar, erupciones, reacciones ante plantas venenosas, verrugas, ampollas, callos, calambres, contracción muscular, alergias o reacciones alérgicas, uñas encarnadas, apendicitis, hernia de cualquier tipo, causadas de cualquier modo; otras infecciones que no sean el resultado de dicha lesión, desprendimiento de retina; o atención psiquiátrica.
4. Cualquier forma de enfermedad, incluyendo aunque no limitada a las siguientes: Enfermedad de Perthes, Enfermedad de Osgood-Schlatter, Osteomielitis, Osteocondritis, Osteogenesis Imperfecta, fractura de Epífisis Femoral Superior, Tromboflebitis, Reacciones Histéricas, fracturas por sobrecarga o patológicas, desmayo o condiciones similares (salvo que se adquiere la Opción de Beneficio por Enfermedad Hospitalaria).
5. Cualquier forma de pelea o riña o ataque con propósito criminal o cuando el asegurado se vea involucrado en una actividad ilegal.
6. Servicios o tratamientos prestados como parte de un servicio de la escuela miembro por un hospital, médico, o persona empleada o comprometida por el miembro, o por una persona relacionada con el asegurado ya sea por sangre o matrimonio.
7. Viajando, montando, al ser chocado, remolcado, abordando o descendiendo u operando cualquier vehículo a motor. Los gastos médicos elegibles no cobrables de otra cobertura válida se abonarán hasta \$1500.00.
8. Suicidio o lesión auto provocada intencionalmente.
9. Guerra o cualquier acto de guerra (ataques sorpresivos por aire, tierra o mar se considerarán actos de guerra), desobediencia civil, complot o insurrección.
10. Lesiones sufridas por el asegurado por las cuales se abonan beneficios bajo cualquier Ley de Remuneración de los Trabajadores o Ley de Responsabilidad del empleador, o mientras participa en una actividad para obtener un beneficio monetario de fuentes distintas de las del miembro.
11. Aviación en cualquier forma excepto mientras el asegurado está viajando como pasajero en un avión autorizado suministrado por una compañía de transporte de pasajeros incorporada en un vuelo y ruta de pasajeros programados.
12. Viajando, montando, al ser chocado, remolcado, abordando o descendiendo u operando cualquier vehículo de nieve, vehículo para todo terreno, o vehículo a motor de dos (2) o tres (3) ruedas.
13. El uso o mientras se está bajo la influencia de las drogas salvo que se hayan administrado según prescripción por un doctor.
14. La existencia o agravamiento de debilidad física o mental, condición o enfermedad, ya sea infecciosa, congénita, secundaria o adquirida en origen. Condiciones o el agravamiento de condiciones originadas antes de la Fecha de entrada en vigencia del Asegurado, no excediendo \$500.00
15. Cualquier gasto que resulte de la participación en actividades para las cuales los beneficios serían pagaderos en ausencia del presente seguro, bajo cualquier póliza de accidentes deportivos o catástrofe patrocinada por una asociación o escuela superior o fondo fiduciario, está expresamente excluido de la cobertura.
16. Esquí en la nieve, esquí en el agua, surfboarding, hydroslliding, embarcación de agua personal o jet esquí.
17. Medicamentos bajo prescripción médica, inyecciones, insumos varios y medicamentos, salvo aquéllos administrados durante la hospitalización o cuando la persona se atiende en una sala de emergencias.
18. Cualquier gasto para el cual no se detalla ningún beneficio.
19. Toda participación en artes de marciales no patrocinadas por la escuela.

Exclusiones adicionales para el Beneficio por Enfermedad Hospitalaria: No se abonarán beneficios por embarazo, nacimiento, aborto, intoxicación con medicamentos o alcohol, gastos por tratamiento o adición; enfermedad mental, trastornos emocionales, o atención psiquiátrica; atención dental por cualquier causa incluyendo ATM; cualquier visita de paciente ambulatorio, tratamiento o servicio; cualquier condición pre-existente o recurrencia de la misma; cualquier gasto debido a una lesión física accidental.

El certificado de seguro resume las provisiones y los beneficios de la póliza magistral 09-0134-2011 (archivó de #LRS-8985-0100-FL) Cualquier diferencia entre la póliza y el certificado se resolverá de acuerdo a las disposiciones de la póliza.

CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO: (Para presentar un reclamo, comuníquese con la oficina de la escuela). Obtenga un formulario de informe de reclamos en su escuela. Complete el formulario y envíelo a School Insurance of Florida, P. O. Box 784268, Winter Garden, FL 34778-4268. LA LEY DE LA FLORIDA ESTABLECE QUE: Cualquiera persona que a sabiendas y con intención de dañar, estafar o engañar a cualquiera compañía de seguros presente una declaración de reclamo o un formulario de inscripción que contenga cualquiera información falsa, incompleta o engañosa es culpable de una felonía de tercer grado.

Dirija todos reclamos y preguntas a: School Insurance of Florida
P.O. Box 784268, Winter Garden FL 34778 Teléfono: 1-800-432-6915
Número de póliza 09-0134-2011