SEGURO DE ACCIDENTE ESTUDIANTIL

- Cobertura de tiempo de la escuela
- Cobertura de fútbol
- Cobertura de 24 horas
- Dental de $5,000

Esta es una política asequible, de exceso total, accidente para los estudiantes que sera para ayudar a compensar los crecientes costos médicos y deducibles necesarios por compañías de seguros bajo sus actuales planes de salud.

Adjunto hay un breve detalle de los planes disponibles y formulario de inscripción. Inscripción en línea está disponible a través de nuestro sitio web en *www.studentinsuranceplans.com* y la cobertura puede verificarse llamando al 469-579-4139. Un maestro de la política está disponible en el distrito escolar.

Escrito por:
Catlin Insurance Company, Inc.
1330 Post Oak Blvd, Ste 2325
Houston, Texas 77056

Comercializado por:
Student Insurance Plans, LLC
PO Box 1447
Frisco, Texas 75034

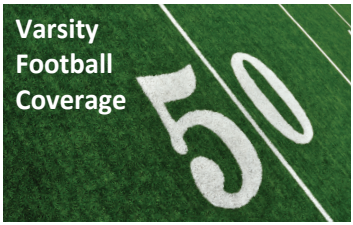
PLANES DE ACCIDENTE

Descripción del Plan de Beneficios	Standard Plan	Elite Plan
Muerte	$10,000	$50,000
Desmembramiento	$10,000	$100,000
Parálisis	N/A	$100,000
AME		
Beneficio Máximo	**$25,000**	**$5,000**
Deducible (por accidente)	**$0**	**$100**
BENEFICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS		
Servicios hospitalarios varios /y pensión:	100% hasta $2,500	100% hasta Beneficio Máximo
Médico Visita	$50 por visita	100% hasta Beneficio Máximo
BENEFICIOS QUIRÚRGICOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS		
Día Cirugía Misc: *(cargo de planta)*	100% hasta $2,000	100% hasta Beneficio Máximo
Rayos x, Pruebas de Diagnóstico:	100% hasta $300	100% hasta Beneficio Máximo
Visitas de Médico:	$50 por visita	100% hasta Beneficio Máximo
Fisioterapia: por visita	$50 por visita a $500	100% hasta Beneficio Máximo
Sala de Emergencia del Hospital:	100% hasta $300	100% hasta Beneficio Máximo
Médico de Urgencias:	$75 por visita	100% hasta Beneficio Máximo
MRI/Cat Scan:	100% hasta $800	100% hasta Beneficio Máximo
Lab:	100% hasta $150	100% hasta Beneficio Máximo
Home Salud:	$50 por visita a $500	100% hasta Beneficio Máximo
PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Y/O AMBULATORIOS		
Cirujano Cuotas:	100% hasta $2,000 (limitado al procedimiento primario por cirugía)	100% hasta Beneficio Máximo
Anestesista:	25% de los cirujano beneficio	100% hasta Beneficio Máximo
Cirujano Asistente:	25% de los cirujano beneficio	100% hasta Beneficio Máximo
Ambulancia:	100% hasta $600	100% hasta Beneficio Máximo
Brackets y Aparatos Ortopédicos:	100% hasta $500	100% hasta Beneficio Máximo
Anteojos, Lentes de Contacto, Audífonos:	100% hasta $400	100% hasta Beneficio Máximo
Dental:	100% hasta $5,000	100% hasta Beneficio Máximo
Recetas	100% hasta $100	100% hasta Beneficio Máximo
Inyecciones:	100% hasta $100	100% hasta Beneficio Máximo
MVA:	100% hasta $5,000	100% hasta Beneficio Máximo
Felonious Assault y Crimen Violento Beneficio	N/A	10% de la Suma Principal (muerte, desmembramiento de parálisis)
Corazón o Falla Circulatoria Beneficio	N/A	$5,000 (muerte, desmembramiento de parálisis)
Las Tarifas		
COBERTURA DE TIEMPO ESCOLAR		
Grados K-6	$20.00 por año	$30.00 por año
Grados 7-12	$30.00 por año	$50.00 por año
COBERTURA DE 24 HORAS (incluye Atletismo, excluyendo Fútbol de la Escuela Secundaria Varsity)		
Grados K-6	$35.00 por año	$45.00 por año
Grados 7-12	$90.00 por año	$100.00 por año
COBERTURA DE VARSITY FÚTBOL		
(Grados 10-12 y 7-9 Si practicar o juegan con los grados 10-12)	$275	N/A

COBERTURAS DE ACCIDENTE

Cobertura es vigente durante los días y horas cuando la escuela está en sesión y mientras asistiendo eventos patrocinados y supervisados por la escuela en o fuera de las instalaciones de la escuela. Este plan no cubre las actividades de atletismo/UIL en grados 7-12.

La cobertura está en vigor todo el día, 24 horas al día, incluyendo el verano, fines de semana y períodos de vacaciones. Protegidos en el hogar o mientras lejos – en cualquier momento, y en cualquier lugar. La cobertura de deportes UIL protege a los estudiantes mientras que en la práctica o participando en actividades de UIL y deportes que son patrocinadas y supervisadas por la escuela para los grados 7-12. Se excluye el Varsity balompié.



Cobertura está en vigor mientras los estudiantes participan en la práctica o juego de varsity futbol patrocinado y supervisado por la escuela, incluyendo viajes en transporte escolar. Esta cobertura es para los grados 10-12 y 7-9 Si practican o juegan con los grados 10-12. Tiempo escolar y cobertura de 24 horas se compra separada. **Sólo opción Plan estándar**.

CÓMO INSCRIBIR A SU HIJO

- Seleccione un Plan y tipo de cobertura de las opciones listadas. Complete la solicitud adjuntada y haga cheque a Student Insurance Plans. Por favor asegúrese de escribir el nombre de su hijo en su cheque.
- La inscripción también está disponible en linea en *www.studentinsuranceplans.com*
- Porfavor guarde una copia del folleto y pago como comprobante de seguro porque no recibirá una póliza o tarjeta de identificación. La política principal se emite para el distrito y puede obtenerse comunicándose con el administrador del distrito. Si desea una tarjeta de identificación para su hijo, puede imprimir una tarjeta de identificación en nuestro sitio web y rellenar la información de su hijo o puede contactarnos a nosotros en 469-579-4139.

PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIONES

En caso de accidente, avise inmediatamente a la escuela. Obtenga un formulario de reclamación de su escuela o en linea en www.studentinsuranceplans.com y envie a la dirección indicada en el formulario de reclamación. **Notificación de reclamación debe presentarse dentro de 90 días desde la fecha del accidente.**

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Esta póliza no cubre ninguna pérdida como resultado de:

1.) suicidio o intento de suicidio; intencionalmente, lesiones infligidas a sí mismo; 2.) guerra o cualquier acto de guerra, ya sea declarada o no; servicio activo en el; militar; naval o aérea de cualquier país u organización internacional; participación en un motín o insurrección; 3.) enfermedad, enfermedad; enfermedad corporal o mental; infección viral o bacteriana; o tratamiento médico o quirúrgico, excepto para cualquier infección bacteriana resultante de cualquier corte externo accidental o herida; 4.) Comisión de o intento de cometer: un delito; un asalto; u otra actividad ilegal; estar bajo la influencia de drogas o bebidas alcohólicas, a menos que tomen en el Consejo de un médico; Vuelo 5.) internos; o encendida en un avión o cualquier nave diseñada para volar sobre la superficie terrestre, excepto como: un pasajero de pagar tarifas comerciales regulares o línea aérea de charter, un pasajero en un avión privado, no regulares utilizado para fines de placer con ninguna intención comercial durante el vuelo; 6.) viaje en o sobre; entrar o bajar del vehículo o cualquier vehículo motorizado de carretera no requieren de licencias como un vehículo de motor; encendido-apagado un accidente si la persona cubierta es el operador de un vehículo de motor y no posee una licencia válida del vehículo de motor; participación en cualquier actividad o peligro no cubierto por la póliza; 7.) A cardiovascular un mal funcionamiento o accidente cerebrovascular provocado únicamente y exclusivamente por el esfuerzo, según lo verificado por un médico, mientras que la persona cubierta participa en una actividad cubierta; agravación de una lesión la sufriste de persona cubierta antes de participar en esa actividad cubierto, a menos que recibamos un escrito comunicado médico de médico de la persona cubierta. Casa de tratamiento 8.) por cualquier miembro de su familia inmediata o miembros de la persona cubierta. 9.) tratamiento de la hernia; Enfermedad de Osgood-Schlatter; Osteocondritis; apendicitis; osteomielitis, enfermedad cardiaca o condiciones, fracturas patológicas, debilidad congénita; separado retina menos que sea causado por una lesión o trastorno mental o atención psicológica o psiquiátrica o tratamiento; o no causados por un accidente cubierto. Embarazo 10.); parto; aborto espontáneo; aborto; o complicaciones del parto; aborto espontáneo; aborto; Cirugía estética 11.), excepto la cirugía reconstructiva es necesaria como resultado de una lesión; Cualquier tratamiento electivo, cirugía, tratamiento de salud o examen; tratamiento de las lesiones que resultan en un período de tiempo; atención de rutina o exámenes físicos; curas de reposo o atención de custodia; 12.) enfermedades de transmisión sexual o trastornos de inmunodeficiencia y enfermedades relacionadas; 13.) gastos médicos cubiertos para que la persona cubierta sería no se responsabiliza de la ausencia de la política; 14.) daño o pérdida de dentaduras o puentes; o daños al equipo ortodoncia existente (excepto como específicamente cubiertos por la póliza).

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Nombre del distrito escolar:_____ El nombre de escuela:_____

Apellido de estudiante:_____ Primer nombre de estudiante:_____

Dirección:_____ Ciudad:_____ Estado:_____ Zip:_____

ID de estudiante:_____ Fecha de nacimiento:_____ Grado:_____

Nombre de los padres:_____ Correo electrónico de los padres:_____

PLANES: (las fechas de cobertura aparecen dentro de la política principal y se basan en el calendario del distrito escolar)

COBERTURA DE TIEMPO ESCOLAR:	**Standard Plan**	**Elite Plan**
Grados K-6	☐ $20.00	☐ $30.00
Grados 7-12	☐ $30.00	☐ $50.00
COBERTURA DE 24 HORAS:		
Grados K-6	☐ $35.00	☐ $45.00
Grados 7-12	☐ $90.00	☐ $100.00
COBERTURA DE VARSITY FÚTBOL:		
Grados 10-12 y 7-9 Si practicar o juegan con los grados 10-12	☐ $275.00	N/A

CANTIDAD INCLUIDA: _____ (escribir el cheque para Student Insurance Plans)
inscripción en línea disponible a través de Visa o Mastercard en www.studentinsuranceplans.com

POR CORREO A: Student Insurance Plans, PO BOX 1447, Frisco, Texas 75034