

# Seguro de Accidentes de Estudiantes Voluntarios



Health Special Risk, Inc.  
HSR Plaza II  
4100 Medical Parkway  
Carrollton, TX 75007-1517  
Teléfono: 866.409.5733 Ext. 5660  
Fax: 972.512.5819  
[www.healthspecialrisk.com](http://www.healthspecialrisk.com)

HSR es una agencia de seguros con licencia independiente y está autorizada para vender este seguro de accidente estudiantil en nombre de Starr Companies. Cobertura suscrita por: Starr Indemnity & Liability Co., Dallas, TX



ESTA ES UNA POLÍTICA DE BENEFICIOS LIMITADA

# TEXAS

2017-2018

**Cobertura de seguro de accidente estudiantil voluntario K-12**  
**Formulario de Política AH-20001-TX-EDU**  
**Cobertura suscrita por: Starr Indemnity & Liability Company, Dallas, TX**

## Eligibilidad

Todos los estudiantes registrados de una escuela/distrito participante en los grados Pre K-12.

## Coberturas

**Opción A:** 24 Horas de cobertura, excluyendo el Fútbol Americano de Preparatoria: La cobertura se proporciona en todo momento, excepto durante la participación en cualquier actividad, incluyendo pruebas, prácticas o cualquier competencia o juegos para el fútbol americano de la escuela.

**Opción B:** Cobertura escolar excluyendo Fútbol Americano de Preparatoria: La cobertura se proporciona durante 1. La instrucción programada regularmente en el aula; 2. Período de recreo o almuerzo regularmente programado y supervisado; O 3. Un período de estudio o período de instrucción especial supervisado por un miembro de la facultad de la escuela. La cobertura también se proporciona durante los deportes y actividades interescolares patrocinados por la escuela. El fútbol americano de la preparatoria no está cubierto.

**Opción C:** Fútbol Americano de la preparatoria solamente: La cobertura se proporciona durante: 1. Una práctica o entrenamiento regularmente programado; 2. Juego regularmente programado de la competición o de la exposición; 3. Una prueba programada, una sesión de entrenamiento o una reunión de equipo.

## Beneficios

**Gastos Médicos por Accidente:** La Compañía será por los Gastos Cubiertos que resulten directamente, y de ninguna otra causa, de un Accidente Cubierto, siempre que el primer Gasto Cubierto se incurra dentro de los 60 días del Accidente Cubierto. Para ser elegible para el pago, los Gastos Cubiertos deben ser incurridos dentro de los 365 días del Accidente Cubierto. El pago de los beneficios está sujeto a los Deducibles, Factores de Coaseguro, Co-pagos, Períodos de Beneficio, Máximos de Beneficios que se muestran en la Tabla de Beneficios, a continuación. Los beneficios para cualquier accidente no excederán el máximo de gastos médicos accidentales de \$ 25,000.

Los gastos médicos elegibles incluyen

- Habitación y pensión en una habitación privada semi-privada;
- Servicios hospitalarios diversos;
- Servicios Médicos, Cirugía, Cirujano Auxiliar, Instalaciones Quirúrgicas del Médico, Segunda Opinión, o consulta, Anestesia y administración, En Visitas de Médico al Hospital, visitas de Médico de la Oficina;
- Sala de emergencias;
- Servicios para pacientes ambulatorios;
- Exámenes de Rayos X, Tomografía Computarizada, MRI y Pruebas de Laboratorio incluyen cargos por lectura;
- Fisioterapia ambulatoria;
- Aparatos Ortopédicos
- Servicios de ambulancia: un viaje al hospital más cercano por aire o por tierra;
- Servicios dentales proporcionados por un dentista o médico;
- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios;
- Gafas, lentes de contacto y audífonos;
- Alquiler de equipo médico o menos que la compra de equipo
- Tratamiento del Agotamiento por Calor

**Gastos Excedentes Completos:** Los Gastos Cubiertos sólo serán pagaderos si exceden los gastos pagados por cualquier otro Plan de Cuidado Médico, independientemente de cualquier provisión de Coordinación de Beneficios contenida en dicho Plan de Cuidado de la Salud.

El incumplimiento por parte de una Persona Cubierta de los términos y condiciones de su cobertura principal resultará en una reducción del beneficio de los gastos elegibles hasta el 50% de la cantidad pagadera de acuerdo con la Política. Esta limitación no se aplicará al tratamiento de emergencia requerido dentro de las 24 horas después de un accidente cuando el accidente ocurra fuera del área geográfica atendida por la HMO, PPO u otro arreglo similar de su plan principal para proveer beneficios o servicios, si corresponde.

**Cobertura Dental Ampliada (Disponibles sólo cuando se selecciona):** Esta es la cobertura suplementaria para los gastos resultantes de lesiones dentales accidentales cubiertas. No se proporciona cobertura para la ortodoncia (llaves) por cualquier razón o daño o pérdida de la misma. Si se selecciona la cobertura dental extendida, las radiografías dentales, la cirugía endodóntica y la cirugía oral están cubiertas hasta \$10,000 por accidente cubierto. Puentes, dentaduras postizas o reemplazo de reparaciones dentales están cubiertos hasta \$250 por Accidente Cubierto. El período de beneficios para este beneficio es de 52 semanas.

Muerte Accidental, Desmembramiento o Pérdida de Visión, Discurso u Audiencia: Si una Lesión a la Persona Cubierta da lugar a cualquiera de las pérdidas mostradas abajo, dentro de 365 días de la fecha del Accidente Cubierto que causó la Lesión, la Compañía pagará la cantidad que se muestra a continuación para esa pérdida. Si ocurren múltiples pérdidas como resultado del mismo Accidente Cubierto, solo se pagará un beneficio, el más grande, por todas las pérdidas debidas a dicho Accidente Cubierto.

Pérdida de Vida	\$2,000
Pérdida de dos o más miembros	\$10,000
Pérdida de un miembro	\$5,000
Pérdida de pulgar y dedo índice de la misma mano	\$500

"Miembro" significa Pérdida de Mano o Pie y Pérdida de Visión. "Pérdida de una Mano o de un Pie" significa la separación completa a través o por encima de la muñeca o la articulación del tobillo. "Pérdida de vista" significa la pérdida total y permanente de la vista de uno o ambos ojos que es irrecuperable, incluyendo por medios quirúrgicos y artificiales. "Pérdida de pulgar y dedo índice de la misma mano" significa la separación completa de cada uno a través o por encima de la articulación metacarpofalángica de ambos dedos de la misma mano. Separación significa la completa separación y desmembramiento de la parte del cuerpo. "Pérdida de voz" significa pérdida total y permanente de comunicación audible que es irrecuperable de medios naturales, quirúrgicos o artificiales. "Pérdida de Audición" significa Pérdida total y permanente de Audición en ambos oídos que es irrecuperable y no puede ser corregida por ningún medio.

## **Definiciones**

Accidente significa un evento inesperado que provoca lesiones a la Persona Cubierta.

Accidente cubierto significa un accidente que ocurre mientras la cobertura está en vigor para una persona cubierta y da como resultado una pérdida o lesión cubierta por la cual los beneficios son pagaderos.

Persona Cubierta significa un Asegurado mientras participa en un Peligro.

Deducible significa el monto en dólares de los Gastos Cubiertos que tiene que ser incurrido y pagado antes de que se pague el Beneficio por Gastos Médicos por Accidente. El monto de Deducible se muestra en la Tabla de Beneficios y se satisface por las cantidades pagadas por la Persona Cubierta o las cantidades pagadas por otro Plan de Cuidado de la Salud.

Peligro significa una actividad para la cual la cobertura se proporciona bajo este seguro. Los Peligros se encuentran en la sección de Cobertura. Tenga en cuenta que los Peligros pueden ser diferentes para cada opción.

Plan de Cuidado de la Salud significa cualquier contrato, póliza u otro arreglo para beneficios o servicios para cuidado o tratamiento médico o dental bajo: 1) seguro de grupo o de manta, ya sea asegurado o autofinanciado; 2) Organizaciones de servicios hospitalarios o médicos en grupo; 3) Organizaciones de mantenimiento de la salud en grupo; 4) planes de manejo de grupos de trabajo; 5) plan de organización de beneficios para empleados; 6) planes de asociación profesional en grupo; 7) cualquier otro plan de beneficios de bienestar para empleados del grupo, tal como se define en la Ley de Seguridad del Ingreso de los Jubilados de 1974, según enmendada; O 8) cobertura sin culpa del automóvil (a menos que esté prohibido por la ley).

Hospital significa una institución que: 1) opera como un hospital de acuerdo con la ley para el cuidado, tratamiento y prestación de servicios de enfermos o lesionados; 2) provee servicio de enfermería 24 horas por enfermeras registradas en servicio o llamada; 3) tiene un personal de uno o más médicos con licencia disponibles en todo momento; 4) proporciona instalaciones organizadas para el diagnóstico, tratamiento y cirugía, ya sea a) en sus instalaciones; O b) en las instalaciones de que disponga, sobre una base previamente acordada; 5) no es principalmente un centro de cuidados de enfermería, un hogar de reposo, un hogar de convalecencia o un establecimiento similar, o cualquier sala, ala o sección separada de un Hospital utilizado como tal; Y) no es un lugar para drogadictos, alcohólicos o ancianos. No negaremos una reclamación de servicios únicamente porque el Hospital carece de instalaciones quirúrgicas importantes y es principalmente de carácter rehabilitativo, si tal rehabilitación es específicamente para el tratamiento de una discapacidad física, y el Hospital está acreditado por cualquiera de los siguientes: 1) La Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales; O 2) la Asociación Americana de Osteopatía; O 3) la Comisión de Acreditación de Instalaciones de Rehabilitación.

Gastos Hospitalarios Misceláneos significa los Gastos Médicamente Necesarios cobrados por un Hospital o Ambulatorio Centro quirúrgico para cirugía ambulatoria. Los Gastos Misceláneos incluyen, pero no se limitan a, los gastos mostrados en la Tabla de Beneficios y todos los cargos necesarios que no sean gastos de habitación y comida, por servicios recibidos durante una estadía en el Hospital.

Lesión significa lesión corporal a una Persona Cubierta que es el resultado directo, independiente de todas las otras causas, de un Accidente Cubierto. Ocurren mientras la Política está en vigor en cuanto a la persona cuya lesión es la base de la reclamación.

Asegurado significa una persona que es elegible para la cobertura y para quien se paga la prima requerida.

Médicamente Necesario significa un tratamiento, servicio o suministro que es: 1) requerido para tratar una lesión; 2) prescrito o ordenado por un Médico o proporcionado por un Hospital; 3) realizado en el ajuste menos costoso requerido por la condición; Y 4) consistente con las prácticas médicas y quirúrgicas vigentes en la zona para el tratamiento de la afección en el momento en que se realiza.

Condición preexistente significa una enfermedad, u otra condición de la Persona Cubierta, que en el período de 6 meses antes de que la cobertura de la cobertura de la persona se convirtió en efectivo en virtud de la Política: 1) primero se manifestó, empeoró, causó que una persona buscara diagnóstico, cuidado o tratamiento; O 2) requiere tomar medicamentos o medicamentos recetados, a menos que la condición por la cual se toma el medicamento o medicamento prescrito permanezca controlada sin ningún cambio en la prescripción requerida; O 3) fue tratado por un Médico o el tratamiento había sido recomendado por un Médico.

Cargos habituales y acostumbrados significa el monto promedio cobrado por la mayoría de los proveedores por tratamiento, servicio o suministros en el área geográfica donde se proporciona el tratamiento, servicio o suministro.

## Presentación de una reclamación

**AVISO DE RECLAMACIÓN:** Se debe dar un aviso por escrito de muerte o lesión a la Compañía dentro de los 30 días posteriores al inicio de una Pérdida Cubierta o tan pronto como sea razonablemente posible. Se puede dar aviso a la Compañía, el cuidado de **Health Special Risk, Inc., HSR Plaza II, 4100 Medical Parkway, Carrollton, TX 7500**, Attn: Departamento de Reclamos. El aviso debe incluir el nombre y la dirección de la persona cubierta, así como este número de póliza. Si la notificación por escrito no se recibe dentro de 30 días, la reclamación puede ser reducida o invalidada. Sin embargo, la reclamación no se reducirá ni invalidará si: 1) puede demostrarse que no fue posible dentro de un plazo razonable presentar una notificación dentro del plazo de 30 días; Y 2) se demuestra además que se dio aviso lo antes posible.

**FORMAS DE RECLAMO:** Cuando la Compañía recibe un aviso de reclamación, la Compañía enviará formularios para presentar la prueba de pérdida. Si los formularios de reclamación no se envían dentro de los 15 días siguientes a la recepción de dicha notificación, se considerará que se han cumplido los requisitos de Prueba de Pérdida si, dentro del período de Prueba de Pérdida especificado a continuación, Se presenta.

**PRUEBA DE PÉRDIDA:** La Compañía debe presentar una prueba escrita de la pérdida dentro de los 90 días posteriores a la fecha de la pérdida. Si la prueba de pérdida no se presenta dentro de 90 días, la reclamación puede ser reducida o invalidada. Sin embargo, la reclamación no se reducirá o invalidará si: 1) puede demostrarse que no fue posible dentro de un plazo razonable presentar una notificación dentro del plazo de 90 días; Y 2) se demuestra además que se ha dado aviso lo antes posible, y en ningún caso, excepto en ausencia de capacidad legal, después de un año a partir del momento en que se requiera otra prueba.

**TIEMPO DE PAGO DE LAS RECLAMACIONES:** Los beneficios por pérdida cubiertos por esta póliza, que no sean los beneficios que requieren pagos periódicos, se pagarán tan pronto como la Compañía reciba la prueba escrita de dicha pérdida. Los beneficios por pérdida cubiertos por esta Política que requieren pagos periódicos se pagarán mensualmente siempre y cuando la Compañía reciba una prueba escrita de dicha pérdida.

**PAGO DE RECLAMACIONES:** Todos los beneficios serán pagados en moneda de los Estados Unidos. Los beneficios por pérdida de vida serán pagados al beneficiario como se describe en la disposición de designación o cambio de beneficiario de esta póliza titulada "Disposiciones de política general". Para recibir el producto, el beneficiario debe vivir en la primera de las siguientes fechas: la fecha en que la Compañía recibe la prueba de la pérdida de vidas; O el décimo día después de la muerte. Todos los demás beneficios serán pagados a la Persona Cubierta que sufre la pérdida. Si la Persona Cubierta fallece antes de que se hayan hecho todos los pagos debidos, el monto pendiente de pago será pagado a su beneficiario como se describe en la disposición de Designación y Cambio de Beneficiario de esta Política titulada "Disposiciones de Política General".

**EXAMENES FÍSICOS Y AUTOPSIA:** La Compañía tiene derecho a que un Médico de Nuestra elección examine a la Persona Cubierta tan a menudo como sea razonablemente necesario. Esta sección se aplica cuando una reclamación está pendiente o mientras se están pagando los beneficios. La Compañía también tiene el derecho de solicitar una autopsia en caso de muerte, a menos que la ley lo prohíba. La Compañía pagará el costo del examen o autopsia.

**RECUPERACIÓN DE PAGO EXCESIVO:** Si los beneficios son pagados en exceso, o pagados por error, la Compañía tiene derecho a recuperar el monto pagado en exceso o pagado por error por cualquiera de los siguientes métodos: 1) Una solicitud de pago en suma de la cantidad pagada en exceso o pagada en Error, o 2) Reducción de cualquier producto pagadero bajo esta Política por la cantidad pagada en exceso o pagada por error.

**SUBROGACIÓN:** El Tomador de la póliza está obligado a investigar y enjuiciar todas las reclamaciones válidas que pueda tener contra tercero que surjan de cualquier reclamación por la cual los beneficios fueron pagados por esta Política. El tomador de la póliza deberá contabilizar a la Compañía todas las cantidades recuperadas. Si el Tomador de la Póliza no persigue cualquier acción contra un tercero y la Compañía ha hecho pagos de beneficios bajo esta Política, la Compañía será subrogada a todos los derechos del Asegurado de hacer recuperaciones. Sin embargo, el derecho de subrogación de la Compañía es secundario al derecho del asegurado a ser totalmente compensado por sus daños. El Tomador de la póliza está obligado a cooperar plenamente y hacer todas las cosas y necesarias para que la Compañía emprenda cualquier acción para recuperar contra el tercero. La Compañía se compromete a pagar su parte de los honorarios razonables de abogados u otros costos asociados con una reclamación o demanda hasta el punto que la Compañía recupera cualquier parte de los beneficios pagados bajo esta Política de acuerdo con su derecho de subrogación.

## Exclusiones y Limitaciones

Esta póliza no cubre:

1. Suicidio, autodestrucción, intento de autodestrucción o lesión voluntaria intencional si es sano o insano;
2. Cualquier lesión o enfermedad causada durante la comisión de la Persona Cubierta de un delito grave o felonía;
3. Enfermedad o cualquier infección bacteriana, excepto una que resulte de un corte o herida accidental o infecciones piógenas que resulten de la ingestión accidental de sustancias contaminadas;
4. guerra o cualquier acto de guerra, guerra declarada o no declarada;
5. Tomar voluntariamente cualquier droga o estupefaciente a menos que el medicamento o narcótico sea prescrito por un Médico;
6. Gastos cubiertos por los cuales la Persona Cubierta no sería responsable en ausencia de la Política;
7. Lesiones pagadas en concepto de indemnización por accidentes de trabajo, leyes de responsabilidad del empleador o prestaciones profesionales similares, o bien cuando participen en actividades para obtener ganancias monetarias de fuentes distintas del tomador del seguro;
8. Daño causado por, contribuido o resultante del uso de alcohol, drogas ilegales o medicamentos de la Persona Cubierta que no se tomen en la dosis o para el propósito según lo prescrito por el Médico de la Persona Cubierta;
9. Servicio o servicios activos en las fuerzas armadas, la Guardia Nacional, el servicio militar, naval o aéreo o el cuerpo de reserva organizado de cualquier país u organización internacional;
10. Servicios o tratamiento prestados por un Médico, una enfermera o cualquier otra persona empleada o retenida por el Tomador del Seguro o un familiar inmediato de la Persona Cubierta;
11. Tratamiento de una hernia, enfermedad de Osgood-Schlatter, osteocondritis, apendicitis, osteomielitis, enfermedad o afecciones cardíacas, fracturas patológicas, debilidad congénita, causada o no por un accidente cubierto;
12. Daños o pérdidas de dentaduras postizas o puentes o daños a equipos de ortodoncia existentes, excepto como se especifica en la Política;
13. Viajar o volar en o en cualquier vehículo para la navegación aérea, incluyendo embarque o descenso de cuando viaja como pasajero en cualquier aeronave no intencionada o autorizada para el transporte de pasajeros.

Lo siguiente no se considerará gastos cubiertos a menos que la cobertura se provea específicamente en la póliza: 1. Sangre, plasma sanguíneo o almacenamiento de sangre, excepto los gastos de un hospital para procesar o administrar sangre. 2. Cirugía estética, excepto cirugía reconstructiva necesaria como resultado de una Pérdida Cubierta. 3. Cualquier tratamiento electivo o de rutina, cirugía, tratamiento de salud o examen, incluyendo cualquier servicio, tratamiento de suministros que: (a) sean experimentales o de investigación; Y (b) no son reconocidos y aceptados generalmente la práctica médica en los Estados Unidos. 4. Tratamiento en cualquier Administración de Veteranos, Federal, o instalación estatal, a menos que haya una obligación legal de pagar. 5. Servicios o tratamientos prestados por personas que normalmente no cobran por sus servicios, a menos que haya una obligación legal de pagar. 6. Curas de

reposo o cuidados de custodia. 7. Servicios personales tales como televisión y teléfono o transporte. 8. Aparatos ortopédicos utilizados principalmente para proteger una Lesión para que la Persona Cubierta pueda participar en deportes interescolares y clubes. 9. Gastos pagaderos por cualquier póliza de seguro de automóvil sin tener en cuenta la culpa. 10. Tratamiento de lesiones que se producen durante un período de tiempo (como ampollas, codo de tenista, etc.) y que son un resultado normal y previsible de la participación en la Actividad Cubierta. 11. Reparación o reemplazo de extremidades artificiales, ojos y laringe existentes. 12. Cargos por cualquier prenda de vestir que se utilice más de una vez. 13. Condiciones preexistentes, según se definen en el presente documento. 14. embarazo, parto, aborto espontáneo, aborto o cualquier complicación de cualquiera de estas condiciones. Esto no se aplica si se requiere tratamiento como resultado de un Accidente Cubierto. 15. Gastos ocasionados por el tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular o cráneo-mandibular y dolor miofascial asociado. 16. Lesión o muerte a la cual una causa contribuyente es la violación de la Persona Cubierta o intento de violar cualquier ley debidamente promulgada o la comisión o intento de cometer una agresión o un delito grave. 17. refracciones de los ojos o exámenes de los ojos con el propósito de prescribir lentes correctivas o para su ajuste, a menos que sean causadas por una lesión incurrida mientras esté cubierta bajo la Política. 18. Trastornos mentales y nerviosos. 19. Cuidado de la Salud en el Hogar.

**NOTA: Este folleto proporciona un resumen de la cobertura del seguro y no contiene los términos y condiciones completos de la póliza de seguro. Toda la información aquí contenida está sujeta a las disposiciones de la póliza de seguro suscrita por Starr Indemnity & Liability Company. Si hay algún conflicto entre el folleto y la política, prevalecerán las disposiciones de política. Para obtener una copia de la póliza de seguro, comuníquese con Health Special Risk, Inc.**

## Seguro de Accidentes de Estudiantes Voluntarios de Texas

BENEFICIO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES	ECONÓMICO	PRIMERA CLASE
Máximo de beneficios por exceso de gastos por accidente	\$25,000	\$25,000
Los primeros gastos cubiertos se deben recibir en	60 días después del accidente cubierto	60 días después del Accidente Cubierto
Período de Beneficio	1 año a partir de la fecha del accidente cubierto	1 año a partir de la fecha del accidente cubierto
Límite de beneficio para lesiones cubiertas de cualquier accidente de un vehículo de motor	\$5,000	\$5,000
SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS		
Gastos de habitación y comida		
Habitación Semi-Privada	100% de las Cargas Usuales y Costumbres	100% de las Cargas Usuales y Costumbres
Gastos varios hospitalarios	Hasta \$250 por día, hasta un máximo de \$4,000 por Accidente Cubierto	Hasta \$250 por día a un máximo de \$ 5,000 por Accidente Cubierto
Tratamiento de urgencias	Hasta \$75 por accidente cubierto	Hasta \$150 por accidente cubierto
El tratamiento en salas de emergencia debe	72 horas del Accidente Cubierto	72 horas del Accidente Cubierto
Servicios de Enfermería Registrada	Hasta \$400 por accidente cubierto	Hasta \$400 por accidente cubierto
Servicios Médicos		
Cirugía	75% de los cargos usuales y acostumbrados hasta \$3,500 por accidente cubierto	75% de los cargos usuales y acostumbrados hasta \$ 3,750 por accidente cubierto
Cirujano auxiliar	25% del Subsidio de Cirugía del Médico	25% del Subsidio de Cirugía del Médico
Anestesia y su administración	25% del Subsidio de Cirugía del Médico	25% del Subsidio de Cirugía del Médico
Visitas hospitalarias no-quirúrgicas del médico	Hasta \$20 por visita	Hasta \$40 por visita
BENEFICIOS PARA PACIENTES EXTERNOS		
Visitas al consultorio médico no quirúrgico	Hasta \$20 por visita	Hasta \$40 por visita
Máximo combinado para tomografía computarizada, resonancia magnética	Hasta \$250 por accidente cubierto	Hasta \$500 por accidente cubierto
Rayos X	Hasta \$100 por accidente cubierto	Hasta \$200 por accidente cubierto
Pruebas de laboratorio	Hasta \$25 por accidente cubierto	Hasta \$50 por accidente cubierto
Beneficio de Fisioterapia Ambulatoria	Hasta 2 tratamientos; Hasta \$40 por cubierto; 1 visita en un día	Hasta 5 tratamientos; Hasta \$100 por Accidente Cubierto; 1 visita en un día
Aparatos ortopédicos ambulatorios	Hasta \$300 por accidente cubierto	Hasta \$300 por accidente cubierto
Pago de las instalaciones de la cirugía para pacientes externos	Hasta \$750 por accidente cubierto	Hasta \$1,250 por accidente cubierto
Servicios de Ambulancia	Hasta \$100 por accidente cubierto	100% de las Cargas Usuales y Costumbres
Equipo medico	Hasta \$150 por accidente cubierto	Hasta \$150 por accidente cubierto
Servicios Dentales	Hasta \$150 por diente	Hasta \$250 por diente
Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios	100% de las Cargas Usuales y Costumbres	100% de las Cargas Usuales y Costumbres
Lentes de Contacto, Lentes de Contacto, Audífonos	100% de las Cargas Usuales y Costumbres	100% de las Cargas Usuales y Costumbres
DISPONIBLE SOLAMENTE CUANDO SE SELECCIONA		
Dental extendida	Hasta \$10,000 por Accidente Cubierto; Costo de puentes, dentaduras postizas o reemplazo de reparaciones dentales hasta \$250 por Accidente Cubierto; Período de beneficios de 52 semanas	Hasta \$10,000 por Accidente Cubierto; Costo de puentes, dentaduras postizas o reemplazo de reparaciones dentales hasta \$250 por Accidente Cubierto; Período de beneficios de 52 semanas

### Opciones de planes y tarifas

	without Extended Dental		with Extended Dental	
	Económico	Primera Clase	Económico	Primera Clase
<b>Opción A</b> 24 horas sin fútbol Americano de preparatoria	\$98.00	\$150.00	\$106.00	\$158.00
<b>Opción B</b> en la escuela sin fútbol Americano	\$49.00	\$72.00	\$57.00	\$80.00
<b>Opción C</b> Fútbol Americano de preparatoria	\$161.00	\$247.00	\$169.00	\$255.00
<b>Opción D</b> Fútbol Americano de preparatoria (Primavera)	\$65.00	\$99.00	\$73.00	\$107.00

Nota: Cualquier estudiante de 9no grado que juega con el Equipo de Fútbol de la Preparatoria (grados 10-12) debe comprar la cobertura de Fútbol Americano.



## 2017-2018 ACCIDENTE DE ESTUDIANTE VOLUNTARIO FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE SEGUROS

\_\_\_\_\_  
Apellido del Estudiante  
Nombre del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Segundo Nombre (Iniciales)

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Estudiante (MM-DD-YYYY)  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Grado

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social del Estudiante  
Número de Identificación del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Calle #

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código postal

\_\_\_\_\_  
Nombre del Distrito Escolar (para procesar)

\_\_\_\_\_  
Nombre de la Escuela (para procesar)

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico

Por favor seleccione su Plan a continuación:

	Sin Dental Diferido		Con Dental Diferido	
	Económico *	Primera clase*	Económico*	Primera Clase*
<b>Opción A</b> 24 horas sin fútbol Americano de preparatoria	\$98.00	\$150.00	\$105.00	\$158.00
<b>Opción B</b> en la escuela sin fútbol Americano	\$49.00	\$72.00	\$56.00	\$79.00
<b>Opción C</b> Fútbol Americano de preparatoria	\$161.00	\$247.00	\$169.00	\$255.00
<b>Opción D</b> Fútbol Americano de preparatoria (Primavera)	\$65.00	\$99.00	\$73.00	\$107.00
<b>Para la empresa: # de Cheque:</b>	Adjunte el cheque por la cantidad pagable a: <i>Health Special Risk</i> TOTAL			
<b>Amt Rec'd:</b>	Todas las selecciones AQU Í:			

\* Hay una cuota de administración de \$ 1.00 debido a cada envío de formulario de inscripción en papel.

Una vez completado, envíe este formulario por correo a:

**Health Special Risk, Inc.**

**P.O. Box 674239 Dallas, TX 75267-4239**

Para obtener más información o asistencia con respecto a todos los seguros estudiantiles, comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al **866-409-5733**. **SI DESEA PAGAR CON MASTERCARD O VISA\*\***: Visite a [www.K12StudentInsurance.com](http://www.K12StudentInsurance.com)

\*\* Se agregará un cargo administrativo de 5% por los pedidos de tarjetas de crédito

La póliza principal es el contrato y regirá y controlará el pago de los beneficios. Cobertura suscrita por: Starr Indemnity & Liability Company, Dallas, TX