

Distrito Escolar del Condado Broward

Estimados padres:

El seguro contra accidentes es disponible como un servicio a la comunidad para estudiantes matriculados por tiempo completo en el Distrito Escolar del Condado Broward. El distrito escolar no es responsable por pagos de gastos médicos debido a heridas relacionados con la escuela, ni ningún gasto médico no cubierto por este plan ni cualquier otro plan de seguro. Aconsejamos a todos los padres a leer esta información y decidir si gusta matricular a su niño en el programa voluntario de seguro.

SELECCIONE UNA DE LAS DOS OPCIONES DE SEGUROS CONTRA ACCIDENTES

1. **Seguro contra accidentes durante tiempo escolar:** Efectivo durante: El término regular de la escuela para las clases de la escuela y actividades escolares cubiertas, clases de educación de escuela de verano, y deportes interescolares de la escuela (salvo fútbol americano de Senior High) *.
2. **Tiempo escolar MAS EL PLAN DE TIEMPO COMPLETO DE 24 HORAS DE PROTECCION CONTRA ACCIDENTES:** Efectivo durante: Las clases de la escuela y actividades cubiertas, y deportes interescolares de la escuela (salvo fútbol americano de Senior High) *.

MAS PROTECTION MIENTRAS: En casa y los fines de semana, períodos de vacaciones, las 24 horas del día, 7 días de la semana, durante actividades cubiertas relacionadas con la escuela y fuera de la escuela.

* **NOTA:** Contacte el entrenador de fútbol americano de la escuela si usted quiere comprar seguro de fútbol americano.

ELÍJA UNO DE LOS PLANES SIGUIENTE DE BENEFICIO DE PÓLIZA CONTRA ACCIDENTE

La Descripción del Beneficio de la Póliza	PLAN A Beneficios Básicos	PLAN B Beneficios Aumentados
• Beneficio médico máximo por accidente cubierto.	\$25,000	\$25,000
• Beneficio de muerte accidental.	\$1,500	\$3,000
• Visita inicial de médico (no quirúrgica).	\$50	\$75
• Revisiones de médico (no quirúrgica).	\$40	\$45
• La terapia del paciente externo o visitas de tratamiento semejante.	\$40 por día, máximo \$200	\$45 por día, máximo \$400
• Cargos por cirugía (incluye honorarios de cirujano asistente y anestesiólogo por el Tarifario de Remuneración de los Trabajadores de Florida 2007).	No exceder \$3500 beneficio máximo	No exceder \$7,500 beneficio máximo
• Radiografía, EEG, CAT (Incluyen interpretación).	Hasta \$150	Hasta \$350
• MRI (Incluye interpretación).	Hasta \$500	Hasta \$750
• Cargos de cuarto de paciente interno por día de confinamiento.	Hasta \$350 por día	Hasta \$500 por día
• Cargos misceláneos de hospital de paciente interno por día.	Hasta \$300 por día	Hasta \$750 por día
• Hospital para paciente externo, centro quirúrgico de cuidado o cargos de una localidad quirúrgica de "Mismo Día" cuando cirugía mayor es realizada y requiere anestesia general.	Hasta \$3,500 por todos los cargos de servicios suministros	Hasta \$7,500 por todos los cargos de servicios suministros
• Cargos por cuarto de emergencia: (Aplica a heridas que requieren tratamiento de emergencia dentro de 72 horas de un accidente cubierto).	Hasta \$300	Hasta \$750
• Dispositivos ortopédicos, refuerzos, los implantes o aparatos ortopédicos.	Hasta \$150	Hasta \$300
• Prescripción de paciente externo.	Ningunos beneficios	Hasta \$50
• El tratamiento dental, (por heridas accidental ha dientes naturales y sanos).	Hasta \$350 por diente	Hasta \$750 por diente
• El servicio de ambulancia de emergencia (viaje inicial de aire o tierra).	Hasta \$250	Hasta \$750

3. **Opción de beneficio de cobertura para enfermedad hospitalaria:** El plan del seguro contra accidentes mencionado arriba no cubre ningún gasto médico debido a una enfermedad. **Sin embargo, si su niño es matriculado en la Opción 3, el plan de cobertura para enfermedad hospitalaria, la póliza pagará hasta \$500 por cada día que su niño es hospitalizado por la noche como un paciente interno debido a una enfermedad cubierta, hasta el máximo de la póliza de \$5000 por un periodo de 12 meses de cobertura.** Ningún otro beneficio de enfermedad es pagable para cualquier gasto de paciente externo o servicios de doctor. El único costo para agregar la opción de beneficio de cobertura para enfermedad hospitalaria es \$40.00 para la cobertura comenzando con el día que esta aplicación sea recibida por la compañía de seguros y continuando por los meses de verano del 2016 hasta Agosto 24, 2016.

FECHAS DE VIGENCIA Y TERMINIACIÓN: La cobertura entra en vigencia a las 11:59PM según 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. La cobertura del Plan Básico contra accidentes de 24 horas se termina a las 12:01AM el 24 de Agosto 2016. La cobertura del Plan Básico contra accidentes en la escuela termina a las 11:59PM el 9 de Junio 2016. La cobertura de la opción de beneficio para enfermedad hospitalaria se termina a las 12:01AM el 24 de Agosto 2016. **Si usted es un estudiante adulto (de tecnología vocacional) y compra el plan de tiempo de escuela o plan de 24 horas, su cobertura se expirará el 24 de Agosto 2016.**

COMO MATRICULARSE: 1) Complete el formulario de inscripción que aparece a continuación; 2) Haga el cheque u giro postal por el monto correcto ha School Insurance of Florida; 3) Escriba el nombre y la escuela del alumno en la sección memo de su cheque; 4) Envíe la solicitud de inscripción y el pago a School Insurance of Florida. **Conserve una copia de su cheque pagado o recibo 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 nosotros le devolvamos 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. ****Matricúlese en línea ahora en www.schoolinsuranceofflorida.com.****

PARA OBTENER INFORMACION: School Insurance of Florida P.O Box 784268, Winter Garden, FL 34778-4268. Teléfono: 1-800-432-6915. O, visite nuestra página de internet www.Schoolinsuranceofflorida.com para matricularse en línea.

****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 BROWARD**

Suscripto por Reliance Standard Life Insurance, 2001 Market Street, Philadelphia, PA **SEGURO DE EXCESO**

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 que sea 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 excedan 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 en el monto global para todos los gastos hospitalarios cubiertos debido a una enfermedad cubierta. El primer tratamiento médico por un dentista o médico con licencia por 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 para tratamiento 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 directamente e independiente de cualquier otra causa, 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 por la cual la existencia de síntomas haría que una persona normalmente prudente buscara atención o asesoramiento médico. La condición física incluye cualquiera 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 matriculadas de 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 trastornos mentales o nerviosos, o alcohólicos o a drogadictos. “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 interescolar 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 deberá “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 \$300.00. 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 interescolar 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 el jugador haya pagado la prima extra necesaria. Practique o juegos de deportes organizados de liga que no son patrocinados exclusivamente por Distrito de Escuela de Condado de Broward, no son cubiertos.
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, Osteochondritis, 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 dados 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 \$1,500.00.
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, complotos 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. Eluso o mientras se está bajo la influencia de las drogas salvo que se hayan administrado según prescripción.
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.
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 por lo cual no se detalla ningún beneficio.

Exclusiones adicionales para el Beneficio por Enfermedad Hospitalaria: No se abonarán beneficios por embarazo, nacimiento, aborto, intoxicación de medicamentos o alcohol, gastos por tratamiento o adicción; 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 disposiciones y beneficios de la póliza # 09-0136-2016 (formulario archivado n° LRS-8985-0100-FL). Cualquier diferencia entre la póliza y el certificado se resolverá de acuerdo con 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, teléfono 800-432-6915. **LA LEY DE LA FLORIDA ESTABLECE QUE:** *Cualquiera persona que a sabiendas y con intención de dañar, estafar o engañar a cualquier compañía de seguros presente una declaración de reclamo o un formulario de inscripción que contenga cualquier información falsa, incompleta o engañosa es culpable de una felonía de tercer grado.* **Dirija todo reclamos y preguntas a:** School Insurance of Florida P.O. Box 784268, Winter Garden FL 34778 Teléfono: 1-800-432-6915 Número de póliza 09-0136-2016