



## Seguro Voluntario de Accidentes para Estudiantes

### **Health Special Risk, Inc.**

HSR Plaza II  
4100 Medical Parkway  
Carrollton, TX 75007-1517

Teléfono: 866.409.5733, ext. 5660  
Fax: 972.512.5819



HSR es una agencia con licencia de seguros independiente y está autorizada para vender seguro de accidentes para estudiantes a nombre de la Compañía de Seguros Mutual of Omaha.

Cobertura suscrita por: Mutual of Omaha Insurance Company, Mutual of Omaha Plaza, Omaha, NE 68175.

**HSR**  
*Health Special Risk, Inc.*



# TEXAS

2014-2015

## Cobertura de Seguro Voluntario de Accidente para Estudiantes de K-12

Cobertura Suscrita por: Mutual of Omaha Insurance Company; Mutual of Omaha Plaza; Omaha, NE 68175

### ELEGIBILIDAD:

Todos los alumnos matriculados en una escuela/distrito participante en los grados de Pre-kínder hasta el grado 12

### OPCIONES DE COBERTURA

**COBERTURA EN LA ESCUELA:** Se proveerá la cobertura del seguro durante las horas y días en que la escuela está en sesión, mientras este asistiendo a la escuela o participando en actividades patrocinadas y supervisadas dentro o fuera de las instalaciones de la escuela (por ejemplo, viajes a excursiones "field days") y mientras participa actividades deportivas inter-escolares (con la excepción de lesiones sufridas durante su participación en eventos/actividades de Fútbol Americano de escuela secundaria). Se proporciona cobertura mientras viaje a, durante o después de tales actividades como miembro de un grupo de transporte proporcionado u organizado por el Tenedor de la Póliza y viajando directamente hacia o desde los predios de su residencia o los predios de la escuela cuando la escuela está en sesión. Si el Tenedor de Póliza proporciona cobertura obligatoria para los estudiantes bajo el Programa de Actividades Atléticas o Programa de Fútbol Americano Inter-escolares, los beneficios se pagarán primero bajo tales programas antes de ser considerados bajo un Programa Voluntario de En La Escuela.

**COBERTURA LAS 24 HORAS:** Proporciona cobertura por lesiones sufridas las 24 horas del día, los 365 días del año, en casa, en la escuela y durante su participación en actividades deportivas inter-escolares (con la excepción de lesiones sufridas durante su participación en eventos/actividades de Fútbol Americano de escuela secundaria). Si el Tenedor de la Póliza proporciona cobertura obligatoria para los estudiantes bajo un programa de Fútbol Americano, programa Atlético/Actividad Inter-escolar, o un Programa de En La Escuela, los beneficios se pagarán bajo tales programas antes de ser considerados bajo el programa Voluntario de 24 horas.

**SOLO PARA FÚTBOL AMERICANO:** Se proporcionará cobertura de seguro a los atletas de Fútbol Americano de escuela secundaria ya sea para las actividades aprobado por los gobernantes inter escolares del estado tales como pruebas de selección ("tryouts"), juego de pretemporada, práctica, acondicionamiento físico, juego de temporada regular, juegos de post temporada, así como los viajes a, durante o después de las actividades atléticas como miembro del equipo cuando la transportación es proporcionado y organizado por la escuela. Si el Tenedor de la Póliza proporciona cobertura obligatoria para los atletas de fútbol americano bajo un programa Atlético/Actividad Inter-escolar de Fútbol Americano, se pagarán beneficios bajo esos programas antes de ser consideradas bajo un programa Voluntario de Fútbol Americano.

**COBERTURA ADICIONAL EXTENDIDA PARA SERVICIOS DENTALES:** Esta es una cobertura adicional para los gastos incurridos por accidentes dentales que estén cubiertos. Los beneficios dentales proporcionados son: (a) el 100% de los Cargos usuales y acostumbrados exámenes, radiografías, endodoncia y cirugía oral hasta un máximo de \$10,000; O (b) los gastos dentales que sean para puentes, dentaduras postizas o el reemplazo de las reparaciones dentales anteriores a un máximo de \$250. No se proporcionará cobertura para frenillos ortodonticos (braces) por ninguna razón o daño o pérdida de los mismos. Cobertura dental extendida se debe comprar junto con uno de los siguientes programas, coberturas de 24 Horas, En La Escuela o de Fútbol Americano; no podrá ser adquirido como una cobertura independiente.

**PERIODO DE COBERTURA** - La cobertura bajo los programas tales como En La Escuela, Las 24 Horas y de Fútbol Americano comienzan a partir de la fecha que se recibe la prima, pero no antes del inicio de las actividades del año escolar. La cobertura de En La Escuela termina al cierre del período regular de nueve meses de la escuela. La cobertura de Las 24 Horas termina cuando la escuela abre nuevamente en otoño. La cobertura está disponible para ambos planes a través de todo el año escolar de acuerdo a las primas cotizadas (**no hay primas pro rata disponibles**).

### BENEFICIOS

**GASTOS MÉDICOS DE ACCIDENTES:** Cuando le sucede una lesión cubierta a un asegurado y esa lesión resulta en tratamiento ya sea por un médico o cirujano dentro de los 60 días de la fecha del accidente; Nosotros pagaremos los beneficios como se muestra en la Tabla de Beneficios, después del deducible médico, si los hubiere. Sólo aquellos gastos médicos elegibles incurridos por el Asegurado dentro de las 52 semanas desde la fecha del accidente están cubiertos. Los beneficios para un accidente singular no podrán exceder el beneficio médico máximo de \$25,000 en su totalidad. Pagaremos los gastos médicos el asegurado incurre por los servicios cubiertos que exceden los montos pagaderos por cualquier otro plan de seguro, sujeto al Deducible, Porcentaje Beneficio y Período de Beneficios.

**MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDA ESPECÍFICA:** Se pagaran beneficios por las pérdidas sufridas dentro de los 180 días desde el día lesión. Los siguientes beneficios (la mayor cantidad que aplique) se pagaran además del beneficio médico:

|                                                                                          |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Pérdida de la Vida.....                                                                  | \$2,000.00  |
| Pérdida de ambas manos, ambos pies, la vista en ambos ojos, el habla y la audición ..... | \$10,000.00 |
| Pérdida de una mano, un pie, la vista en un ojo, el habla o la audición.....             | \$5,000.00  |
| Pérdida del dedo pulgar e índice de la misma mano .....                                  | \$500.00    |

"Pérdida" significa, en relación con las manos y los pies, la desmembración por más allá de la muñeca o el tobillo, con respecto a la vista, el habla o la audición la pérdida total e irrevocable de los mismos. Con respecto al pulgar y el dedo índice de la misma mano, pérdida también significa, la ruptura o el desprendimiento de dos o más falanges enteras de tanto el pulgar y el dedo índice.

## **DEFINICIONES**

*Gastos Permitidos* significa un gasto médico que de otra manera es pagado bajo la póliza que no está en exceso del 85 por ciento identificado en Context4HealthCare (la " Base de datos"). Cuando exista, a Nuestra determinación, un mínimo de datos disponibles en la base de datos para un gasto médico, determinaremos la cantidad a pagar calculando el costo unitario de la categoría de servicios aplicable utilizando la Base de Datos y multiplicándolo por el valor determinado de la gastos Médicos basado en una escala de valor comercial determinado disponibles que Nosotros seleccionemos. En caso de un procedimiento médico inusualmente complejo, el costo de un nuevo procedimiento medico o el Gasto de un Servicio Medico que no tenga un valor determinado que tengamos que hacer una determinación, Nosotros le asignaremos un valor fijo. Los Gastos Médicos que Nosotros paguemos pueden que no reflejen los cargos reales de un proveedor y no tiene en cuenta la capacitación de los proveedores, la experiencia o la categoría de la licencia. Un proveedor puede cobrarle al Asegurado la diferencia entre lo que cobra el proveedor y la cantidad que Nosotros paguemos bajo la póliza. Nosotros actualizaremos la base de datos tal como la información sea proveída por el médico, hasta dos veces al año. Podremos modificar la base de datos a Nuestra discreción para reflejar Nuestras experiencias anteriores. Tenemos el derecho, a Nuestra discreción, de sustituir o reemplazar la base de datos con otra(s) base(s) de datos que sean similarmente comparativos, con o sin previo aviso.

*Lesión* es el daño corporal o físico que (1) requiere tratamiento de un médico; (2) resulte en una pérdida debido a un accidente, independientemente de la enfermedad y otras causas; y (3) pase en el periodo de tiempo que este asegurado bajo la cobertura.

*Hospital* significa una institución que: (1) es operada de acuerdo a la ley; (2) la responsabilidad primaria este vinculada con el cuidado, atención medica, y el tratamiento de personas enfermas y lesionadas como pacientes hospitalizados; (3) está bajo la supervisión de un equipo de Médicos; (4) dispone de servicio de enfermería las 24 horas por o bajo la supervisión de una enfermera(o) graduada(o) registrada(o) (RN siglas en inglés); y (5) cuenta con instalaciones médicas, de diagnóstico y tratamiento, con facilidades de quirófanos en sus localidades o que disponga de forma preestablecida. Hospital no incluye: (1) una clínica o facilidad de: (a) convalecencia, custodia, educación o cuidado de enfermería; (b) los mayores de edad, adictos a drogas o alcohólicos; (c) rehabilitación; o (2) un hospital militar o de veteranos o un hospital contratado o administrado por el gobierno o sus agencias a menos que: (a) los servicios sean prestados en casos de emergencia; y (b) la persona sea responsable legalmente de pagar por los servicios prestados en la ausencia de un seguro.

## **EXCLUSIONES Y LIMITACIONES**

No pagaremos los beneficios de una pérdida causada por o para gastos incurridos de lo siguiente: (1) Lesiones auto infligidas intencionalmente, suicidio mientras esté cuerdo o demente; (2) Administración auto voluntaria de cualquier droga o sustancia no prescrita o no tomadas según las instrucciones del médico del Asegurado; (3) Daño causado por, atribuible a, o como resultado de la intoxicación del Asegurado; (4) Daños causado por, atribuible a, o como resultado de su uso del Asegurado de una sustancia controlada a menos que se administre por consejo de un médico y tomando la dosis prescrita; (5) Manejar un vehículo de motor bajo la influencia de una sustancia controlada a menos que se administra en el consejo de un médico y tomando la dosis prescrita; (6) Manejar un vehículo de motor mientras tenga un nivel de alcohol en sangre igual o superior al límite legal para operar un vehículo de motor en el estado o jurisdicción donde ocurrió la lesión; (7) El compromiso o un intento de cometer un delito grave, o la participación en una actividad ilegal; (8) La participación en una disturbio o insurrección; (9) Cualquier daño que resulte de peleas, asalto o agresión; (10) Un acto de guerra declarada o no; (11) El servicio activo en las Fuerzas Armadas; (12) Volar, aprendiendo a volar o servir como piloto o miembro de la tripulación de cualquier aeronave a menos que se especifique en la sección de RIESGOS DEL ASEGURADO de esta póliza; (13) Alpinismo (la participación en el deporte de escalar montañas generalmente requiere el uso de picos, cuerdas y otros equipos especiales); (14) Paracaidismo, excepto para instinto de sobrevivencia; (15) Esquiar en la nieve, buceo, bobsledding (trineo de carreras), puentismo, vuelo en globo, vuelo en un avión ultraligero, paracaidismo, hang-gliding (parapente), vuelo en planeador, sailplaning (planeador ligero) o paravela; (16) La participación en las carreras profesionales o aficionados; (17) Lesiones relacionadas con actividades o viajes fuera de los Estados Unidos; (18) Enfermedad, dolencia, corporal o trastorno mental o el tratamiento médico o quirúrgico de la misma, una infección bacteriana o viral, independientemente de cómo sea contraído. Esto no excluye la infección bacteriana que es el resultado natural y previsible de una lesión o envenenamiento accidental de los alimentos; (19) Tratamiento dental o rayos-X dentales, salvo estipulado de otra manera y sólo cuando se produce una lesión a dientes naturales que estén sanos; (20) Cualquier pérdida por la cual los beneficios se pagan bajo las leyes estatales o federales de compensación del trabajador, de responsabilidad del empleador o de enfermedades ocupacionales; (21) Los cargos por los que el asegurado no tendrían que pagar si el asegurado no tuviese un seguro; (22) Un costo más allá del costo admisible; (23) Cirugía cosmética, con la excepción de la cirugía reconstructiva debido a una lesión que este bajo la cobertura; (24) Participación en los deportes semi-profesionales y profesionales, el juego o práctica, o cualquier viaje relacionado a ello; (25) La participación en la práctica o el juego de cualquier actividad deportiva, incluyendo los viajes hacia y desde los juegos y las prácticas, a menos que se especifique en esta póliza; (26) Servicios de cirujano auxiliar, a menos que se especifican en esta póliza; (27) Tratamiento electivo o cirugía que no sean aconsejado por un médico y que no sea médicamente necesario, también tratamiento médico o exanimación donde no este envuelta la lesión; (28) Condiciones pre-existentes; (29) Cualquier mal funcionamiento del corazón o sistema circulatorio; (30) Pérdida causada por o como resultado de radiación nuclear o fuga de energía nuclear; (31) Servicios o tratamientos efectuados que son pagados o pagaderos bajo cualquier otro plan de seguro; (32) Servicios o tratamientos efectuados que son pagados o pagaderos bajo cualquier póliza de seguro de automóvil, sin admitir responsabilidad. Esta exclusión no aplica a aquellos estados donde este prohibido; (33) Viajar en o sobre: (a) Una moto de nieve; (b) Cualquier vehículo de motor de dos o tres ruedas; (c) Cualquier vehículo todo terreno motorizado que no requiera licencia para manejar vehículo de motor en la jurisdicción donde opera; (34) Cualquier accidente en el que el asegurado está operando un vehículo de motor sin licencia de operador de vehículo de motor vigente y válido (excepto en el programa de educación de conducir); s; (35) Tratamiento por trauma debido a articulación temporomandibular (ATM) que involucra la instalación de coronas, pónicos, puentes o pilares o la instalación, el mantenimiento o la eliminación de los aparatos de ortodoncia u oclusores o terapia de equilibrio.

# COBERTURA DE SEGURO VOLUNTARIO DE ACCIDENTES PARA LOS ESTUDIANTES DE TEXAS PROGRAMA DE BENEFICIOS

| <b>PACIENTES HOSPITALIZADOS:</b>                                                                                   |  | <b>OPCIÓN – ECONOMICA</b>                                                                                       | <b>OPCIÓN – PREMIER</b>                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Alojamiento y Comida / Misceláneos de Hospital</b>                                                              |  | Tarifa de habitación semi - privada                                                                             | Tarifa de habitación Semi - privada                                                                             |
| <b>Misceláneos de Hospital</b>                                                                                     |  | Hasta un máximo de \$250 por día, máximo de \$4,000                                                             | Hasta un máximo de \$250 por día, máximo de \$5,000                                                             |
| <b>Enfermera Registrada o Graduada</b>                                                                             |  | Hasta \$400 por lesión                                                                                          | Hasta \$400 por lesión                                                                                          |
| <b>Visitas del Médico No Quirúrgicas</b>                                                                           |  | Hasta \$20 por visita                                                                                           | Hasta \$20 por visita                                                                                           |
| (Los beneficios se limitan a una visita por día y no se aplican cuando se relaciona con una cirugía)               |  |                                                                                                                 |                                                                                                                 |
| <b>Frenillos Ortodoncia (braces) y Aparatos</b>                                                                    |  | Incluido en los Beneficio misceláneos Médicos                                                                   | Incluido en los Beneficio misceláneos Médicos                                                                   |
| <b>PACIENTES AMBULATORIOS:</b>                                                                                     |  |                                                                                                                 |                                                                                                                 |
| <b>Costo de Cirugía Ambulatoria-Cargos por Instalación Médica</b>                                                  |  | Hasta \$750 por lesión                                                                                          | Hasta \$1,250 por lesión                                                                                        |
| <b>Visitas del Médico No Quirúrgicas</b>                                                                           |  | Hasta \$20 por visita                                                                                           | Hasta \$40 por visita                                                                                           |
| (Los beneficios se limitan a una visita por día y no se aplican cuando se relaciona con la cirugía o fisioterapia) |  |                                                                                                                 |                                                                                                                 |
| <b>Fisioterapia</b>                                                                                                |  | Hasta \$20 por visita; a un máximo de \$40 (Beneficios se limitan a una visita por día)                         | Hasta \$20 por visita; a un máximo de \$100 (Beneficios se limitan a una visita por día)                        |
| <b>Sala de Emergencia</b>                                                                                          |  | Hasta \$75 por lesión                                                                                           | Hasta \$150 por lesión                                                                                          |
| (Uso de la sala y materiales, el tratamiento debe ser dado dentro de 72 horas desde el momento de la lesión)       |  |                                                                                                                 |                                                                                                                 |
| <b>Servicios de Rayos X - (Incluye cargos por lectura)</b>                                                         |  | Hasta \$100 por lesión                                                                                          | Hasta \$200 por lesión                                                                                          |
| <b>Cat Scan /MRI</b>                                                                                               |  | Hasta \$250 por lesión                                                                                          | Hasta \$500 por lesión                                                                                          |
| <b>Laboratorio</b>                                                                                                 |  | Hasta \$25 por lesión                                                                                           | Hasta \$50 por lesión                                                                                           |
| <b>Inyecciones</b>                                                                                                 |  | Ningún Beneficios                                                                                               | Ningún Beneficios                                                                                               |
| <b>Medicamentos con Receta</b>                                                                                     |  | 100% del gasto permitido                                                                                        | 100% del gasto permitido                                                                                        |
| <b>Aparatos y Accesorios Ortopédicos</b>                                                                           |  | Hasta \$300 por lesión (Cuando es prescrito por un médico para la curación)                                     | Hasta \$300 por lesión (Cuando es prescrito por un médico para la curación)                                     |
| <b>Equipo Médico Durable (Solo para Post – Cirugía)</b>                                                            |  | Hasta \$150 por lesión                                                                                          | Hasta \$150 por lesión                                                                                          |
| <b>PACIENTES HOSPITALIZADOS Y/O AMBULATORIOS:</b>                                                                  |  |                                                                                                                 |                                                                                                                 |
| <b>Honorarios del Cirujano</b>                                                                                     |  | El 75% de los gastos permitido hasta un máximo de \$3,500 (Limitado al procedimiento principal de cada cirugía) | El 75% de los gastos permitido hasta un máximo de \$3,750 (Limitado al procedimiento principal de cada cirugía) |
| <b>Anestesista</b>                                                                                                 |  | 25% del gasto permitido del cirujano                                                                            | 25% del gasto permitido del cirujano                                                                            |
| <b>Ambulancia</b>                                                                                                  |  | Primer viaje al hospital, hasta un máximo de \$100                                                              | 100% de costo permitido, para el primer viaje al hospital                                                       |
| <b>Consultor</b>                                                                                                   |  | No Beneficios                                                                                                   | Ningún Beneficios                                                                                               |
| <b>Dental</b>                                                                                                      |  | Hasta \$ 150 por diente (Beneficios se pagan solo por dientes naturales y sanos)                                | Hasta \$ 250 por diente ( Los beneficios se pagan solo por dientes naturales y sanos)                           |
| <b>El reemplazo de anteojos, lentes de contacto y audífonos</b>                                                    |  | 100% de los gastos admisible (cuando se rompe como consecuencia de una lesión bajo cobertura)                   | 100% de los gastos admisible (cuando se rompe como consecuencia de una lesión bajo cobertura)                   |

## TIPOS DE OPCIONES

(Haga su selección en el formulario de inscripción adjunto).

| PLANES DE COBERTURA         | OPCIÓN – ECONOMICA | OPCIÓN – PREMIER |
|-----------------------------|--------------------|------------------|
| 24-Hour                     | \$128.00           | \$196.00         |
| At School                   | \$ 64.00           | \$ 94.00         |
| High School Football        | \$189.00           | \$291.00         |
| Spring High School Football | \$ 76.00           | \$116.00         |
| Extended Dental             | \$ 9.00            | \$ 9.00          |

**GUARDE ESTA DESCRIPCIÓN EN SUS RECORDS. Conserve este folleto de seguro accidental con su cheque cancelado, recibo de giro postal o recibo de tarjeta de crédito como acuse de recibo de la cobertura. Este folleto ha sido diseñado para ilustrar los aspectos más destacados de este seguro. Toda la información del seguro accidental para el estudiante está sujeta a las disposiciones de la Póliza T5MP. Las exclusiones y limitaciones serán aplicadas. Si hubiera alguna discrepancia entre la póliza y esta información de accidente para el estudiante, las disposiciones de la póliza prevalecerán.**

La póliza o certificado de seguro que tienen que ver con la cobertura y los servicios descritos en este anuncio serán proveídos en inglés solamente. Toda documentación, avisos y comunicaciones de apoyo que estén relacionado también se proporcionarán solamente en inglés. Le recomendamos que busque asistencia de un traductor y/o interprete. No obstante, las pólizas y certificados de seguro están disponibles en español para los residentes de Puerto Rico que lo soliciten.



2014-2015  
**SEGURO VOLUNTARIO  
DE ACCIDENTE PARA ESTUDIANTES  
FORMULARIO DE SUSCRIPCIÓN**

|                                        |        |                                                  |                                         |
|----------------------------------------|--------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Apellido del Estudiante                |        | Fecha de Nacimiento del Estudiante (Mes-Día-Año) |                                         |
| Nombre del Estudiante                  |        | Inicial                                          | Número de Teléfono                      |
| Número de Seguro Social del Estudiante |        | Grado                                            | Número de Identificación del Estudiante |
| Número de la Calle                     |        | Dirección                                        |                                         |
| Ciudad                                 | Estado | Código Postal                                    |                                         |

|                                                       |  |                             |        |
|-------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--------|
| Nombre de la Escuela/Campus (Requerido para Procesar) |  | Nombre de la Escuela/Campus |        |
| X                                                     |  | @                           |        |
| Firma del Padre o Guardián                            |  | Fecha                       | E-mail |

| POR FAVOR MAQUE SU SELECCIÓN DEBAJO:                                                           |                                    |                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PLANES DE COBERTURA                                                                            | OPCIÓN ECONÓMICA                   | OPCIÓN PREMIER                                                                                                                    |
| 24-Hour (24 Horas)                                                                             | <input type="checkbox"/> \$128.00* | <input type="checkbox"/> \$196.00*                                                                                                |
| At School (En la Escuela)                                                                      | <input type="checkbox"/> \$ 64.00* | <input type="checkbox"/> \$ 94.00*                                                                                                |
| High School Football (Fútbol Americano de Secundaria)                                          | <input type="checkbox"/> \$189.00* | <input type="checkbox"/> \$291.00*                                                                                                |
| Spring High School Football (Fútbol Americano de Secundaria en Primavera)                      | <input type="checkbox"/> \$ 76.00* | <input type="checkbox"/> \$116.00*                                                                                                |
| Extended Dental (Seguro Dental Extendido)                                                      | <input type="checkbox"/> \$ 9.00*  | <input type="checkbox"/> \$ 9.00*                                                                                                 |
| <b>SOLAMENTE PARA USO DE LA COMPAÑÍA:</b><br>Número de cheque _____<br>Cantidad Recibida _____ |                                    | Adjuntado se encuentra el cheque de pago total<br>pagadero a: Health Special Risk<br>TOTAL de todas las elecciones AQUÍ: \$ _____ |

\*Existe un cargo adicional de proceso de \$1.00 por coberturas comprada para procesar el papeleo.

Una vez completada, envíe este formulario a:

**Health Special Risk, Inc.**  
**P.O. Box 674239**  
**Dallas, TX 75267-4239**

Por más información o asistencia referente al Seguro de Estudiantes, comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al **1-866-409-5733**

**IF YOU WISH TO PAY WITH MASTERCARD OR VISA\*\*:** Go to [www.K12StudentInsurance.com](http://www.K12StudentInsurance.com)

\*\*A 3% administrative charge will be added for Credit Card Orders

**Cobertura de Accidente suscrita por: Mutual of Omaha Insurance Company, Mutual of Omaha Plaza, Omaha, NE 68175**