

Año Escolar 2008-2009

SEGURO CONTRA ACCIDENTES Y MÉDICO PARA ESTUDIANTES



¡Atención Padres!

Los hijos sufren accidentes. El tratamiento puede ser caro...en ocasiones, demasiado caro. Por eso es que su escuela (y miles otras) le ofrece cobertura de seguro asequible a Ud. y a su hijo(a) como se describe aquí. Estos planes le pueden ayudar a prepararse para esas emergencias que la vida nos pone en el camino a todos.

Ud. puede escoger entre "Horas de Escuela solamente" o planes que protegen a su hijo(a) 24 horas/7días. También están disponibles un plan de Atención Médica para Estudiantes (cubre accidentes y enfermedades) y un plan de Accidentes Dentales. Inclusive hay una opción para las necesidades de recetas médicas de toda su familia. Aunque Ud. tenga otra cobertura, estos planes aún le pueden ayudar a "cubrir las diferencias".

Su formulario de inscripción está adjunto. Llámenos si necesita ayuda o tiene preguntas.

**¿Están sus
hijos listos
para la escuela?**

- ✓ Ropa Nueva
- ✓ Libros
- ✓ Artículos Escolares
- ✓ **SEGURO**

Si Tiene Preguntas, Llame a:



Myers-Stevens & Toohey & Co., Inc.

(800) 827-4695

Licencia de CA #0425842



¡INSCRIPCIÓN FÁCIL!

Se Aceptan Cheques, Giros Postales o Tarjetas de Crédito.



Determine el(los) Plan(es) que desee comprar.

Ejemplo: Si Ud. decide que su estudiante necesita seguro contra enfermedad y accidentes, entonces el Plan de Atención Médica para Estudiantes se adaptaría mejor a sus necesidades de seguro. Cualquier cobertura que decida comprar, **Ud. puede ir con cualquier doctor u hospital que escoja.**

PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA PARA ESTUDIANTES

Nuestro Mejor Plan

cubre Lesiones y Accidentes

Los estudiantes (de 4 a 22 años de edad) pueden inscribirse en este plan. Cubre Lesiones sufridas y Enfermedades que comiencen en cualquier parte del mundo, 24 horas al día, mientras su estudiante tiene seguro bajo el plan escolar de este año (incluyendo deportes interescolares, excepto fútbol americano de atajo de secundaria). Los beneficios de repatriación y Medevac están incluidos. Este plan no incluye atención de rutina o preventiva.

Los beneficios se pagan conforme a la "Descripción de Beneficios" hasta \$50,000 por enfermedad con cobertura y \$200,000 por accidente con cobertura.

Hay un deducible de \$50 por Accidente con Cobertura o Enfermedad con Cobertura si se inscribe antes del 1° de diciembre del 2008. Si se inscribe el 1° de diciembre o después, el deducible por enfermedad aumenta a \$500 a menos que la inscripción ocurra dentro de: 1) 30 días de la transferencia del estudiante a una escuela participante; o 2) 30 días de la pérdida de la cobertura médica anterior; o 3) 5 días de participación en el primer día oficial de práctica para cualquier deporte interescolar. **¡INSCRÍBASE CON ANTICIPACIÓN!**

1er pago: \$120.00

(cubre el resto del mes en que Ud. se inscribió y 1 mes adicional)

Pagos Sugeridos: **\$110.00 al mes, facturado cada 2 meses**

Ud. puede ir con cualquier doctor u hospital, pero el utilizar los proveedores seleccionados de Beech Street puede reducir los costos por cuenta propia. Llame al 800-877-1666 o entre a www.beechstreet.com para localizar a su proveedor más cercano.

La cobertura empieza a las 11:59 p.m. el día que la Myers-Stevens & Toohey & Co. Inc. (de aquí en adelante llamada "la Compañía") reciba el formulario de inscripción llenado y la prima. La cobertura termina a las 11:59 p.m. en el último día del mes para el que se ha hecho el pago. La cobertura puede continuar hasta por 12 meses del calendario, o hasta el 30 de septiembre del 2009, la fecha que llegue primero, siempre que se hagan los pagos requeridos.

PLANES DE ACCIDENTES DE FÚTBOL AMERICANO DE ATAJO INTERESCOLAR

Niveles de Beneficios: Alto Medio Bajo
Tarifas para Todo el Año Escolar: \$273 \$197 \$148

Los estudiantes (grados 9 a 12) pueden inscribirse en este plan. Cubre lesiones causadas por accidente que ocurran:

- mientras practican o juegan en actividades interescolares de fútbol americano de atajo de secundaria que sean patrocinadas por la escuela y directamente supervisadas, incluyendo práctica de primavera y acondicionamiento de verano, entrenamiento de pesas y liga de paso; y
- mientras viajan para fútbol americano en un Vehículo Escolar o viajan directamente y sin interrupción entre la

Escuela y fuera del terreno de la escuela para dichas actividades siempre y cuando el viaje sea organizado por y bajo la dirección de la Escuela.

La cobertura empieza a las 11:59 p.m. el día que la Compañía reciba el formulario de inscripción llenado y la prima. La cobertura termina a las 11:59 p.m. en la fecha de cierre de las clases regulares para el año escolar 2008-2009.

PLANES DE ACCIDENTES DE TIEMPO COMPLETO (24 HORAS)

Niveles de Beneficios: Alto Medio Bajo
Tarifas para Todo el Año Escolar: \$268 \$191 \$153

Los estudiantes (grados P al 12 y empleados de la Escuela) pueden inscribirse en estos planes.

Cubre lesiones causadas por accidentes que ocurran las 24 horas del día, en cualquier parte del mundo y mientras participen en todos los deportes interescolares, excepto fútbol americano de atajo de secundaria.

La cobertura empieza a las 11:59 p.m. el día que la Compañía recibe el formulario de inscripción llenado con la prima. La cobertura termina a las 12:01 a.m. en la fecha en que la escuela empieza las clases regularmente programadas para el año escolar 2009-2010.

PLANES DE ACCIDENTES EN HORAS DE ESCUELA

Niveles de Beneficios: Alto Medio Bajo
Tarifas para Todo el Año Escolar: \$66 \$55 \$42

Los estudiantes (grados P al 12) pueden inscribirse en estos planes. Cubre lesiones causadas por accidentes que ocurran:

- en el local de la escuela durante las horas y en los días en que las clases regulares de Escuela están en sesión, incluyendo una hora inmediatamente antes y una hora inmediatamente después de clases regulares, mientras estén continuamente en el local de la Escuela; o
- mientras participen o asistan a actividades patrocinadas y directamente supervisadas por la escuela incluyendo actividades atléticas interescolares y fútbol americano de primavera que no sea de contacto (excepto fútbol americano de atajo interescolar de secundaria); o

- mientras viajen directamente y sin interrupción de ida y vuelta a la escuela para asistencia regular; o a la casa y la Escuela para participar en actividades patrocinadas y directamente supervisadas por la escuela siempre que los viajes estén organizados por la Escuela y bajo dirección de la misma; y siempre que viajen en vehículos de la escuela en cualquier momento.

La cobertura empieza a las 11:59 p.m. el día que la Compañía recibe el formulario de inscripción llenado y la prima. La cobertura termina a las 11:59 p.m. en la fecha de cierre de las clases regulares para el año escolar 2008-2009.

PLAN DE ACCIDENTES DENTALES (\$150,000 máximo)

\$21.00 si se compra por separado
\$17.00 cuando se añade a cualquier plan(es) comprado.

Los estudiantes (grados P al 12) pueden inscribirse en estos planes. Cubre lesiones a los dientes causadas por accidentes que ocurran las 24 horas del día en cualquier parte del mundo incluyendo participación en todos los deportes y todas formas de transporte.

Los beneficios son pagaderos al 100% de los costos Usuales, Acostumbrados y Razonables para el tratamiento de dientes lesionados, incluyendo reparaciones o reemplazo de esmalte o coronas existentes. Nosotros no pagamos por el daño o pérdida de dentaduras o puentes o el daño a equipo de ortodoncia existente.

La cobertura ofrece un "Período de Beneficio" de beneficios dentales para accidentes hasta por un año a partir de la fecha

del primer tratamiento. El período de beneficios por una lesión se puede extender cada año, siempre y cuando esa cobertura sea renovada antes del 1° de octubre, el estudiante permanezca inscrito en los grados de P al 12, y la Compañía reciba una notificación por escrito en la fecha de la lesión indicando que la continuación del tratamiento se aplazará a una fecha posterior.

La cobertura empieza a las 11:59 p.m. el día que la Compañía recibe el formulario de inscripción llenado y la prima. La cobertura termina a las 12:01 a.m. en la fecha en que la escuela empieza las clases regularmente programadas para el año escolar 2009-2010.

SMARTCARD PARA FARMACIAS

\$36.00 para toda la familia, por un año completo!

¡Inscríbese hoy y reciba un ahorro del 10% al 70% en recetas médicas disponibles en farmacias locales! ¡Cualquier persona, de cualquier edad puede inscribirse! NPS proporciona los servicios de SmartCard.

La SmartCard no es un producto de seguro y no está asegurada por ACE American Insurance Company. Para información sobre NPS, conéctese a www.pti-nps.com o llame al (800) 546-5637.

NPS enviará una tarjeta de ID por separado después de que su pago haya sido procesado.

Para recibir los descuentos, es necesario que muestre su tarjeta de ID a la farmacia cada vez que necesite una receta para Ud. o su familia.

Determine el nivel de beneficios que mejor se adapte a sus necesidades.

Le recomendamos enfáticamente el plan de Atención Médica para Estudiantes o el de Opción Alta, especialmente si su hijo(a) no tiene otro seguro.

Llámenos al 800-827-4695 si necesita ayuda.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

(se aplica a todos los planes excepto el Plan de Accidentes Dentales y la SmartCard para Farmacias)

Nosotros pagaremos beneficios solamente por lesiones sufridas o enfermedades con cobertura que empiecen mientras esté asegurado(a) bajo el plan escolar de este año. Los beneficios pagaderos se basarán en los Cargos Normales y Acostumbrados incurridos por servicios médicos y dentales con cobertura, según lo define la Póliza, sujetos a exclusiones, requisitos y limitaciones. Nosotros no pagamos por un servicio o provisión a menos que sea Médicamente Necesario y esté mencionado en la Descripción de Beneficios de abajo. Los beneficios correspondientes ordenados por el estado de residencia se incluirán en los gastos con cobertura. La persona con cobertura puede ir con cualquier proveedor de su elección.

NIVELES DE BENEFICIOS CUBIERTOS	OPCIÓN BAJA	OPCIÓN MEDIA	OPCIÓN ALTA	PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA PARA ESTUDIANTES
Nombre del Plan	MÁXIMOS POR ACCIDENTE			\$ 50,000
PLAN DE ACCIDENTES DE FÚTBOL AMERICANO DE ATAJO	\$ 25,000	\$ 50,000	\$ 75,000	Máximo por enfermedad
PLAN DE ACCIDENTES DE TIEMPO COMPLETO (24 HORAS)	\$ 50,000	\$100,000	\$150,000	\$200,000
PLAN DE ACCIDENTES EN HORAS DE ESCUELA	\$ 25,000	\$ 50,000	\$ 75,000	Máximo por accidente
Deducible - por Accidente/Enfermedad con Cobertura	\$0	\$0	\$0	\$50/\$500*
GASTOS CON COBERTURA	MÁXIMOS DE BENEFICIOS			MÁXIMOS DE BENEFICIOS
Habitación y estadía en el hospital – Paga hasta 60%	60%	80%	100%	80%
Cargos auxiliares de paciente residente de hospital – Los servicios descritos abajo se pagan como está programado. Todos los demás pagos auxiliares – pagan hasta \$600 por día	\$600 por día	\$900 por día	\$1,600 por día	80% hasta \$4,000 por día
Sala de Cuidado Intensivo Paga hasta \$1,500 por día	\$1,500 por día	\$1,800 por día	\$2,500 por día	80%
Sala de Emergencia del Hospital (cuarto y provisiones) incurridos dentro de las 72 horas de una lesión	60%	80%	100%	80%
Intervención Quirúrgica para Paciente Ambulatorio (cuarto y provisiones)	\$600	\$900	\$1,500	80% a \$4,000
Tratamiento y Examen No Quirúrgico de Médico (excluyendo terapia física): Primera Visita \$40 Cada Visita Complementaria \$25 Consulta (al ser enviado(a) por el médico que da el tratamiento) \$150	\$40 \$25 \$150	\$50 \$35 \$200	\$75 \$45 \$250	80% 80% 80%
Servicios de Cirujano 50% a \$12,000	70% a \$12,000	90% a \$12,000	80%	
Servicios de Asistente de Cirujano25% del Pago Quirúrgico Máximo.....	80%	80%	80%	
Servicio de Anestesiólogo25% del Pago Quirúrgico Máximo.....	80%	80%	80%	
Fisioterapia , (incluye visita al consultorio relacionada) Cuando sea recomendada por un médico \$30 por visita a \$500	\$45 por visita a \$600	\$60 por visita a \$700	80% a \$2,000	
Exámenes de Rayos X (incluyen lectura) 60% a \$500	70% a \$500	90% a \$500	80%	
Imagen Diagnóstica – MRI, Tomografía Axial Computarizada 80% a \$500	80% a \$500	80% a \$1,000	80%	
Ambulancia (del lugar del accidente con cobertura directamente al hospital) 60%	80%	100%	80%	
Pruebas de laboratorio, Servicios de Enfermera(o)				
Titulada(o), y Abrazaderas de Rehabilitación	60%	80%	100%	80%
Equipo Médico Duradero 60% a \$300	80% a \$500	100% a \$700	80% a \$1,000	
Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios (sólo para lesiones) 60%	80%	100%	80%	
Servicio dental (incluyendo radiografías dentales) para tratamiento debido a un accidente con cobertura 60%	80%	90%	80%	
Reemplazo de anteojos (para reemplazo de marcos de anteojos quebrados o lentes a consecuencia de un accidente con cobertura que requiera tratamiento médico) \$300	\$300	\$300	80%	
Evaluación médica y Repatriación \$0	\$0	\$0	100% a \$10,000	

*Si se inscribe el 1° de diciembre o después, el deducible por Enfermedad aumenta a \$500. Vea las excepciones a la izquierda en la descripción de la Atención Médica para Estudiantes.

Beneficios de Muerte Accidental, Desmembramiento, Pérdida de la Vista, Parálisis y Asesoría Psiquiátrica/Psicológica

(Se aplica a todos los planes excepto el Plan de Accidentes Dentales y la SmartCard para Farmacias)

Además de los beneficios médicos, si dentro de los 365 días a partir de la fecha del accidente cubierto por la póliza, dichas lesiones corporales ocasionan alguna de las pérdidas permanentes siguientes, pagaremos el beneficio fijado opuesto a dicha pérdida. Sólo se pagará uno de dichos beneficios (el mayor) por dichas pérdidas debido a cualquier accidente individual.

• Muerte Accidental	\$10,000
• Pérdida de una mano o pie o pérdida completa de la vista en un ojo	\$20,000
• Pérdida de ambas manos o pies o pérdida completa de la vista en los dos ojos, o paroplejía o hemiplejía o cuadruplejía	\$30,000
Asesoría - Además de los beneficios de MA y D, pagaremos un 100% de los Cargos Usuales y Acostumbrados de asesoría psiquiátrica / psicológica necesarios después de la cobertura de desmembramiento, pérdida de la vista o parálisis hasta	\$ 5,000

Las Primas No Pueden Reembolsarse O Convertirse

OR MB 563 SP 04/08

NO ENVIE EFECTIVO

1. Desprenda el sobre aquí 2. Llene el formulario de solicitud 3. Incluya la prima en el sobre 4. Humedezca y doble esta solapa engomada para sellarla 5. Devuélvalo a Myers-Stevens

Complete el formulario de inscripción del 2008-2009.

Llene toda la información (Por favor letra de molde) y regréselo a Myers-Stevens & Toohey & Co. Inc.

de Seguro Social del Estudiante (si está disponible)

			-			-			
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--

Fecha de Nacimiento del Estudiante

			-			-			
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--

Nombre del Estudiante

Nombre

Segundo

Apellido

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dirección

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ciudad

Estado

Zona postal

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

OR

Número telefónico de los padres durante el día

Correo electrónico

() _____

Nombre de la escuela

Grado

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre del distrito

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imprima con letra de molde el nombre del padre o tutor

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Me estoy inscribiendo para la cobertura indicada abajo. Entiendo que las primas no se pueden reembolsar o convertir y que el Plan de Atención Médica contiene una limitación de Condiciones Preexistentes por Enfermedad.

X

Firma del padre o tutor

Fecha

Asegurado por ACE American Insurance Company, Philadelphia, PA 19106

PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA PARA ESTUDIANTES

(CUBRE ENFERMEDADES Y ACCIDENTES)



1er Pago \$120.00

Se le facturarán \$220.00 cada 2 meses después, por un máximo de 12 meses o hasta el 30 de septiembre del 2009.

PLANES DE ACCIDENTES



(UN SÓLO PAGO POR TODO EL AÑO ESCOLAR)

PLANES:	Opción Alta	Opción Media	Opción Baja
Fútbol Americano de Atajo Solamente	<input type="checkbox"/> \$273.00	<input type="checkbox"/> \$197.00	<input type="checkbox"/> \$148.00
Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> \$268.00	<input type="checkbox"/> \$191.00	<input type="checkbox"/> \$153.00
Horas de Escuela	<input type="checkbox"/> \$ 66.00	<input type="checkbox"/> \$ 55.00	<input type="checkbox"/> \$ 42.00
Dental	<input type="checkbox"/> \$ 21.00	Comprado por separado	
	<input type="checkbox"/> \$ 17.00	Cuando se añade a cualquier plan(es) comprado	
SmartCard para Farmacias	<input type="checkbox"/> \$ 36.00		

CANTIDAD TOTAL PAGADERA: \$

NO ENVIE EFECTIVO

FORMA DE PAGO (marque una) Aviso: \$25.00 de cargo por servicio de cheques y tarjetas de crédito rechazadas.

- Mastercard® o Visa® (Formulario de pago al reverso)  
- Cheque/Giro Postal (Pagadero a: Myers-Stevens & Toohey & Co. Inc.)

# de cheque:	Nombre en el cheque: (por favor letra de molde)	Cantidad Adjunta:
#		\$

OR MB 563 SP 04/08

EN CASO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

1. Reporte todas las lesiones relacionadas con la escuela dentro de un plazo de 72 horas a la oficina de la escuela. Puede ir al proveedor o a la clínica que Ud. escoja. La primera visita al médico debe ser dentro de 120 días después del accidente o enfermedad.
2. Obtenga un formulario de reclamación de la escuela o Compañía. Los formularios de reclamación deben ser presentados a la Compañía dentro de los 90 días después de la fecha del primer tratamiento.
3. Al mismo tiempo, por favor presente una reclamación con su otra compañía de seguro médico familiar y/o de accidente.
4. Siga TODAS las instrucciones del formulario de reclamación, adjunte todas las facturas detalladas y envíelos a:



myers • stevens

Myers-Stevens & Toohey & Co., Inc.

26101 Marguerite Parkway
Mission Viejo, CA 92692-3203
(949) 348-0656 o (800) 827-4695
FAX (949) 348-2630
Licencia de CA #0425842

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

(No se aplica a la SmartCard)



ACE American Insurance Company
436 Walnut St., Philadelphia, PA 19106

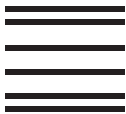
*Clasificada A+ (Superior) por Best en 2008
(la clasificación de A.M. Best varía de A++ a D)
Esta clasificación es una indicación de la fuerza económica de la Compañía y su habilidad para cumplir con las obligaciones de sus asegurados.*

Este folleto contiene una descripción breve de las características importantes del plan de seguro. No es un contrato de seguro. Los términos y condiciones de cobertura están declarados en las pólizas expedidas en los estados donde se entrega la póliza. Ud. puede encontrar detalles más completos en las Pólizas archivadas en su escuela u oficina de distrito. Ciertas disposiciones pueden ser diferentes si lo requiere la ley del estado. Por favor guarde esta información como referencia.

DE
NOMBRE DEL DISTRITO ESCOLAR
OR MB 563 SP

MANEJO DE PRIORIDAD
iFormulario de Inscripción Adjunto!

MYERS • STEVENS & TOOHEY & CO., INC.
26101 MARGUERITE PARKWAY
MISSION VIEJO, CALIFORNIA 92692-3203



Requiere Franqueo Postal de Primera Clase
El Correo no la remitirá sin el franqueo apropiado



EXCLUSIONES

No se pagan beneficios bajo esta Póliza para cualquiera de las pérdidas siguientes que resulten de la misma:

1. Daños a, o pérdida de dientes o puentes o daño a equipo de ortodoncia existente.
2. Guerra o cualquier acto de guerra, declarado o no declarado.
3. Participación en un disturbio o desorden civil, peleas o enfrentamientos, excepto en defensa propia; cometer o tratar de cometer un delito grave o violar o tratar de violar cualquier ley debidamente promulgada.
4. Suicidio, intento de suicidio o lesión causada a sí mismo(a) intencionalmente mientras la persona está sana o demente.
5. Lesión o enfermedad desarrollada por el uso de alcohol o drogas a menos que se tomen en la dosis y para la finalidad recomendada por el Médico de la Persona con Cobertura.
6. Práctica o juego de fútbol de atajo interescolar de secundaria (a menos que se compre una cobertura de fútbol por separado), deportes entre universidades; deportes semiprofesionales; o deportes profesionales. (No se aplica al plan de accidentes dentales).
7. Lesión o enfermedad cubierta por Compensación por Lesiones en el Trabajo o Leyes de Responsabilidad del Empleador, o beneficios ocupacionales similares.
8. Tratamiento, servicios o provisiones proporcionados por la enfermería de la Escuela o sus empleados, o Médicos que trabajan para la Escuela, o por cualquier familiar cercano de la Persona con Cobertura; o para el cual normalmente no se hace ningún cobro.
9. Afecciones mentales o nerviosas, excepto conforme lo disponga la Póliza.
10. Enfermedad, dolencia, padecimiento corporal o mental, infección bacteriana o viral o infección médica o viral o tratamiento médico o quirúrgico del mismo, excepto por cualquier infección bacteriana ocasionada por una cortada accidental externa o ingestión accidental de comida contaminada. (No se aplica al Plan de Atención Médica para Estudiantes).
11. Diagnóstico y tratamiento verrugas y lunares no malignos, lesiones, acné o alergias, incluyendo prueba de alergias.
12. Lesiones sufridas por viajar en, entrar o descender de un vehículo motorizado de dos o tres ruedas. (No se aplica al plan de accidentes dentales).
13. Tratamiento de desprendimiento de retina (a menos que esté directamente causada por una lesión) osteomielitis o fracturas patológicas o hernia. (No se aplica al Plan de Atención Médica para Estudiantes).
14. Cualquier gasto relacionado con el tratamiento de amígdalas, vegetaciones, epilepsia, trastornos de ataques o debilidad congénita.
15. Gastos pagaderos por una póliza se seguro de automóvil sin importar de quien fue la culpa. (Esta exclusión no se aplica en cualquier estado donde está prohibida).

Este seguro no se aplica hasta el grado en que sanciones o reglamentos de comercio o económicos nos prohíban proporcionar seguro, incluyendo pero sin limitarse al pago de reclamaciones.

REQUERIMIENTOS Y LIMITACIONES

Los empeoramientos de lesiones que no ocurrieron mientras está asegurado bajo este plan se pagan hasta un beneficio máximo de \$500 por término de la póliza. Las lesiones sufridas por viajar en, al entrar o descender, o ser golpeado(a) por un vehículo motorizado están limitadas a un beneficio máximo de \$5,000, (hasta \$10,000 si el vehículo es un Vehículo Escolar). Algunas lesiones en vehículos motorizados no tienen cobertura – vea las exclusiones de arriba para más detalles. Las lesiones de Hora de Escuela y fútbol de atajo de secundaria deben ser reportadas a la escuela dentro de un plazo de 72 horas de la fecha de la lesión. La primera visita al médico debe ser dentro de un plazo de 120 días después de que el accidente ocurra o la Enfermedad comience. Es necesario presentar un formulario de reclamación a Myers-Stevens & Toohy & Co., Inc. dentro de 90 días después de la fecha de la pérdida. El plan paga por los gastos que tengan cobertura incurridos en un período de hasta un año a partir de la fecha de la primera visita al médico. Sin embargo, si la lesión sufrida requiere que se quite un clavo quirúrgico, tratamiento continuo por quemaduras graves, o tratamiento de una fractura de unión o mala unión, el período de beneficios se extenderá a 104 semanas. Cada condición con cobertura puede estar sujeta a un deducible – vea los detalles del plan.

FACILIDAD DE PAGO

Cada vez que los pagos que deban haberse hecho bajo la Póliza sean hechos por cualquier otra póliza, la Compañía se reserva el derecho, a su propio criterio, de pagar a cualquier plan que haga dichos pagos semejantes, cualquier cantidad que la Compañía determine que está justificada con el fin de satisfacer el propósito de esta disposición. Las cantidades pagadas se consideran pagados conforme la Póliza y, hasta el grado de dichos pagos, la Compañía quedará completamente libre de responsabilidad conforme a la Póliza. En ningún caso la Compañía pagará más de los beneficios pagaderos conforme a la Póliza para todas las pólizas que proporcionen los mismos o similares beneficios expedidos al asegurado y suscritos por la Compañía.

DEFINICIONES

Un **Accidente** se define como un incidente repentino, inesperado y no intencionado. Un **Accidente con Cobertura** significa un Accidente que ocasiona una lesión o pérdida que está cubierta por esta Póliza. Una **Lesión** se define como un daño corporal sufrido por la Persona con Cobertura ocasionado directamente por un Accidente (independientemente de todas las otras causas) y que ocurre mientras la cobertura bajo esta Póliza está en vigor. **Médicamente Necesario** se define como los servicios o provisiones proporcionados por un hospital, médico, u otro proveedor y que son necesarios para identificar o dar Tratamiento a una Lesión o Enfermedad y los cuales, según lo determina la Compañía, son: (1) consistentes con el síntoma o diagnóstico y Tratamiento de la Lesión o Enfermedad; (2) apropiados con respecto a las normas de procedimientos médicos buenos; (3) no sólo para la conveniencia de la persona asegurada; (4) el suministro o nivel de servicio más apropiado que pueda proporcionarse con seguridad. Cuando se aplica a la atención de un paciente, significa además que los síntomas o condición médica de la persona asegurada requieren que los servicios no puedan proporcionarse con seguridad como Paciente Ambulatorio. **Enfermedad** se define como una enfermedad o dolencia contraída por y que ocasiona una pérdida a la Persona Asegurada cuya enfermedad es la base de la reclamación. Cualquier complicación o cualquier condición que resulte de una Enfermedad por la cual la Persona Asegurada está recibiendo tratamiento o ha recibido tratamiento se considerará como parte de la Enfermedad original.

BENEFICIOS SIN DUPLICADO (Cláusula de Exceso):

Con el fin de mantener las primas tan asequibles como sea posible, estos planes pagan beneficios en base a que no haya duplicados. Esto significa que si una persona tiene cobertura de uno o más de estos planes por parte de cualquier otro seguro o acuerdo médico válidos, cualquier cantidad pagadera o proporcionada por las otras coberturas será restada de los gastos con cobertura y nosotros pagaremos los beneficios con base a la cantidad restante.

AVISO IMPORTANTE: Si su hijo(a) llena los requisitos para Medicare, es necesario que Ud. obtenga un aviso de revelación de Medicare antes de solicitar este seguro. Por favor comuníquese con nuestra oficina para recibir una copia de este aviso.

LAS PRIMAS NO PUEDEN REEMBOLSARSE O CONVERTIRSE

Para un folleto en español, o para asistencia en español, por favor llame al (800) 827-4695