

Más de cuatro décadas protegiendo niños.

# Proteja a su hijo con el Seguro estudiantil contra accidentes de fútbol americano con tackle



Los niños se comportan como niños.

¡Es por eso que estamos aquí!

Los deportes escolares no están hechos para espectadores. Desde brincar y Saltar, a bloquear y Tocar, nuestro compromiso de protegerlos comienza desde el jardín de infantes.



Suscripto por:  
The MEGA Life and Health Insurance Company

ABC-03-BR(CA)

Asegúrese de que su hijo esté protegido.

NO ENVÍE EFECTIVO

**Afiliación en línea – Asegurada  
Coberturas contra accidentes**

[www.k12StudentInsurance.com](http://www.k12StudentInsurance.com)

## Cobertura de fútbol



Servicio provisto por:  
Wells Fargo of California Insurance Services, Inc.  
(888) 695-5553

CAWOAOSIFS08

# Seleccione su plan de cobertura:

El Programa de cobertura de fútbol SISC posee dos planes. El Plan Básico es el plan SISC Auto-financiado, el cual no está suscripto por The MEGA Life and Health Insurance Company, y ofrece beneficios por gastos médicos cubiertos hasta un máximo de \$15,000 por accidente cubierto. Este folleto no describe los beneficios correspondientes al Plan Auto-financiado. Los beneficios que se detallan en este folleto constituyen un Plan Complementario al Plan SISC Básico.

## Pago por única vez

**Fútbol (Secundaria) \$143.00**

- Participación en partidos o prácticas regulares de fútbol de escuela secundaria.
- Se requiere una prima adicional para fútbol intercolegial de secundaria.
- Todo estudiante de noveno grado que juegue en el equipo de mayores ("senior high") debe adquirir una cobertura para fútbol de mayores.
- Consulte a su Departamento de Atletismo para obtener las instrucciones de afiliación.

## POR FAVOR LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA SABER DE QUIÉN O DE QUÉ GRUPO DE PROVEEDORES PUEDE OBTENER ATENCIÓN MÉDICA.

Los planes de seguro SISC cuentan con una característica conocida como Organización de Proveedores Preferidos (PPO) que brinda atención médica con tarifas reducidas. First Health Network, Inc es el proveedor PPO de la red. Esta red de hospitales, médicos y demás profesionales de la salud han acordado limitar el monto que cobran por ciertos servicios cuando el estudiante recurre a un proveedor que pertenece a First Health.

Si, para un tratamiento médico, se recurre a un proveedor que no es PPO, el plan pagará el beneficio básico hasta el 50% de los costos usuales y acostumbrados, por lo que será mayor la suma de dinero que el estudiante deberá pagar de su propio bolsillo. Si se utiliza el proveedor PPO de la red, el Plan cubrirá un mayor porcentaje, hasta el 75%, del monto asignado preferido.

Los asegurados pueden seleccionar el proveedor que deseen, pero si eligen recurrir a un proveedor de First Health, pueden solicitar en la escuela una lista de los proveedores de First Health disponibles, o pueden obtener información a través del sitio Web de : [www.firsthealth.com](http://www.firsthealth.com). Esta lista se actualizará de tanto en tanto. Para verificar si un proveedor pertenece a First Health, puede llamar a **(888-685-7774)**. Si bien habrá muchos casos en que se pueda recurrir a un proveedor de First Health, es posible que no haya tal proveedor disponible para todos los tipos de tratamiento o que no se encuentre en todas las áreas geográficas. Si el asegurado tiene cobertura con otra compañía de seguro, debería respetar los requerimientos de esa otra compañía respecto de cómo seleccionar proveedores y cómo tramitar un reclamo. Primero debe presentar los reclamos a esa otra compañía. Una vez que esa compañía pagó los beneficios que le corresponde, este plan pagará todos los gastos asignados restantes que corresponda, según los beneficios y montos máximos estipulados en la póliza.

## Franquicia

Aun cuando usted tenga otro seguro, el Plan puede cubrir saldos impagos, deducibles y pagar aquellos gastos médicos que correspondan a esta cobertura y que no estén cubiertos por otro seguro. Los beneficios se harán efectivos sobre saldos impagos una vez que haya pagado su otro asegurador. No se pagarán beneficios por ningún gasto incurrido correspondiente a una lesión, el cual haya sido pagado o debiera ser pagado por otro seguro válido y cobrable. Los gastos médicos cubiertos excluyen los montos no cubiertos por el asegurador primario debido a sanciones impuestas causadas por el incumplimiento de las exigencias o cláusulas de la póliza por parte de la Persona Cubierta. **Importante:** Esta franquicia no tiene aplicación práctica si usted no posee otro seguro médico o si su otro asegurador no cubre la pérdida.

# Conozca sus beneficios:

Beneficios máximos pagaderos como se indica a continuación:

La póliza cubre las pérdidas debidas a una lesión hasta el beneficio máximo que se especifica a continuación para cada tipo de lesión. Siempre que el estudiante reciba tratamiento por parte de un médico matriculado y calificado dentro de los 30 días a partir de la fecha de la lesión, se pagarán los gastos médicos cubiertos incurridos dentro de las 52 semanas siguientes a la fecha de la lesión hasta el monto del beneficio máximo pagadero por servicio, tal como se detalla a continuación. Todos aquellos insumos o servicios que no figuren específicamente en la lista no se cubrirán. Los beneficios que ofrece la póliza no se pagarán por aquellos gastos incurridos que queden cubiertos por otro seguro válido y cobrable. Los costos usuales y acostumbrados (CUyA) se basan en el 75 por ciento.

COMPARE Y ELIJA		PLAN DE FÚTBOL COMPLEMENTARIO	
<b>BENEFICIO MÁXIMO</b>	\$50,000 (Por cada lesión)		
<b>Deducible</b>	\$500 (Por año cubierto por la póliza)		
<b>Coseguro (El Plan paga)</b>	Dentro de la red (Proveedor preferido) 75%, excepto según lo que se detalla más abajo	Fuera de la red (No PPO) 50%, excepto según lo que se detalla más abajo	
<b>Coseguro (Usted paga)</b>	Dentro de la red (Proveedor preferido) 25%, excepto según lo que se detalla más abajo	Fuera de la red (No PPO) 50%, excepto según lo que se detalla más abajo	
<b>PACIENTE HOSPITALIZADO</b>			
Habitación y comida/Gastos varios de hospital	75% del monto asignado preferido / \$1,250, total máximo por día	50% de los CUyA / \$1,250, total máximo por día	
Fisioterapia	75% del monto asignado preferido / \$50 por día / 10 días máximo	50% de los CUyA / \$50 por día / 10 días máximo	
Cirugía	75% del monto asignado preferido (Cirugía especificada según los datos provistos por Ingenix, Inc.) (No se pagará más de un procedimiento por incisión.)	50% de los CUyA	
Anestesiólogo	20% del monto asignado por cirugía	20% del monto asignado por cirugía	
Enfermera matriculada	75% del monto asignado preferido	50% de los CUyA	
Visita del médico	75% del monto asignado preferido / \$50 por día (Beneficios limitados a una visita por día y no se aplican en relación con una cirugía.)	50% de los CUyA / \$50 por día	
<b>PACIENTE AMBULATORIO</b>			
Cirugía	75% del monto asignado preferido (Cirugía especificada según los datos provistos por Ingenix, Inc.) (No se pagará más de un procedimiento por incisión.)	50% de los CUyA	
Gastos varios por cirugía ambulatoria	75% del monto asignado preferido / \$2,500 máximo (Los gastos usuales y acostumbrados corresponden a lo expresado en el Outpatient Surgical Facility Charge Index.)	50% de los CUyA / \$2,500 máximo	
Anestesiólogo	20% del monto asignado por cirugía	20% del monto asignado por cirugía	
Asistente de cirugía	75% del monto asignado preferido	50% de los CUyA	
Visitas del médico	75% del monto asignado preferido / \$50 por día / 10 días máximo (Los beneficios se limitan a una visita por día y no se aplican en relación con cirugías o fisioterapia.)	50% de los CUyA / \$50 por día / 10 días máximo	
Fisioterapia	75% del monto asignado preferido / \$50 por día / 10 días máximo (Beneficios limitados a una visita por día) (Incluye Acupuntura y Quiropráctica)	50% de los CUyA / \$50 por día / 10 días máximo	
Sala de emergencia	75% del monto asignado preferido / \$500 máximo (Uso de la sala y suministros; el tratamiento debe proveerse dentro de las 72hs de ocurrida la lesión.)	50% de los CUyA / \$400 máximo	
Radiografías	75% del monto asignado preferido	50% de los CUyA	
Laboratorio	75% del monto asignado preferido	50% de los CUyA	
Pruebas y procedimientos	75% del monto asignado preferido	50% de los CUyA	
Medicamentos de venta con receta	75% de los CUyA	75% de los CUyA	
Elementos ortopédicos y accesorios	75% de los CUyA / \$500 máximo	75% de los CUyA / \$500 máximo	
<b>PACIENTE HOSPITALIZADO O AMBULATORIO</b>			
Ambulancia	75% de los CUyA	75% de los CUyA	
Dental	75% de los CUyA	75% de los CUyA (Los beneficios se pagan sólo por lesiones en dientes originales)	
Desmembramiento y muerte accidental	Sin beneficios	Sin beneficios	
Lesión por accidente automotor	Se paga como cualquier otra lesión / \$1,500 máximo	Se paga como cualquier otra lesión / \$1,500 máximo	
Accidente aéreo del equipo de atletismo	Se paga como cualquier otra lesión / \$1,500 máximo	Se paga como cualquier otra lesión / \$1,500 máximo	

**NOTA:** Éste es un breve resumen de los beneficios y no constituye un contrato. Se ha entregado una Póliza Maestra a su distrito escolar, la cual contiene todas las cláusulas, reservas, limitaciones y exclusiones de la cobertura que brinda este seguro. La Póliza Maestra es el contrato y es la que rige y controla el pago de los beneficios.

## POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Sabemos que su privacidad es importante para usted y nos esforzamos por proteger la confidencialidad de su información personal privada. No revelamos ninguna información personal privada sobre nuestros clientes actuales ni anteriores a nadie, salvo lo que permita o requiera la Ley. Contamos con los procedimientos y medios físicos y electrónicos adecuados para proteger la seguridad de su información personal privada. Para obtener una copia detallada de nuestras prácticas de seguridad, puede llamarnos sin cargo al número (866) 313-4512 o puede visitar nuestro sitio Web [www.k12studentinsurance.com](http://www.k12studentinsurance.com).

Administrado por:  
United HealthCare **StudentResources**  
P.O. Box 809027 • Dallas, TX 75380-9027  
866-313-4512

Envíe los reclamos a:  
SISC Student Accident Coverage  
P.O. Box 1847  
Bakersfield, CA 93303-1847



## Información sobre la póliza

1. **TRASLADO DEL ESTUDIANTE:** La póliza continúa vigente en cualquier lugar del mundo en caso de que la Persona Cubierta se mude antes del vencimiento de la cobertura.
2. **CANCELACIÓN:** La cobertura otorgada por esta póliza no se puede cancelar y, en consecuencia, las primas no se podrán reembolsar una vez que la Compañía haya aceptado al asegurado. Sin embargo, se hará un reembolso prorrateado en caso de que la Persona Cubierta entre en el Servicio Militar.
3. La póliza maestra acordada con el distrito escolar tiene una duración de un año escolar y no es renovable.
4. Es una póliza de beneficios limitados.
5. **AFLIACIÓN INICIAL:** La cobertura se hace efectiva el día que la Compañía recibe el formulario de afiliación correcto y la prima correspondiente.
6. **AFLIACIÓN TARDÍA:** No se reducirá la prima de la póliza para aquellas personas que se afilien ya avanzado el año escolar.
7. **El débito de su cheque, la facturación de la tarjeta de crédito o el talón de su giro postal serán su único recibo y notificación de la cobertura.**

## Cómo tramitar un reclamo

**NOTA:** Se debe recibir tratamiento por parte de un médico matriculado y calificado dentro de los 30 días a partir de la fecha del accidente.

1. Solicite un formulario de reclamo en la oficina de la escuela o llame a SISC Student Insurance (800-972-1727). Responda todas las preguntas en detalle y no olvidar firmar todo lo que corresponda para evitar que le devuelvan el formulario por estar incompleto.
2. Adjunte todas las facturas al formulario que completó y envíe todo a SISC dentro de los 90 días a partir de la fecha del accidente.
3. Toda factura que no se haya adjuntado al formulario de reclamo se deberá enviar a la compañía y deberá estar identificada con el nombre del estudiante, el distrito escolar y la fecha del accidente. Las facturas que no se puedan adjuntar al formulario inicial se deberán presentar dentro de los 90 días a partir de la fecha en que se recibió el servicio. No se considerará el reembolso de las facturas que sean presentadas después de un año, excepto por falta de capacidad legal.
4. Si tiene otro asegurador, tramite los reclamos con UnitedHealthcare **StudentResources** y con ese otro asegurador en forma simultánea para evitar demoras en el pago de los beneficios.
5. Envíe el reclamo y las facturas detalladas a: SISC Student Accident Coverage P.O. Box 1847 Bakersfield, CA 93303-1847. Sólo es necesario completar un formulario de reclamo por accidente.

**DEFINICIONES:** **Lesión** significa una herida corporal que: 1) se produce directa e independientemente por un contacto específico accidental con otro cuerpo u objeto, 2) no está relacionada con ningún trastorno patológico, funcional o estructural, 3) origina una pérdida, y 4) ocurre mientras la Persona Cubierta está cubierta por esta póliza. Todas las lesiones sufridas en un accidente, incluyendo todas las afecciones relacionadas y síntomas recurrentes ocasionados por esas lesiones se considerarán "una lesión". La lesión no incluye una pérdida que se origine en parte o en su totalidad, directa o indirectamente, por una enfermedad u otra dolencia física.

Administrado por: United Healthcare **StudentResources**  
P.O. Box 809027 • Dallas, TX 75380-9027  
866-313-4512

## Tarjeta de Seguro del Estudiante

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Si se ha pagado la prima, el estudiante cuyo nombre aparece arriba está asegurado por una Póliza emitida a nombre de:

Distrito Escolar: \_\_\_\_\_

Cobertura contra accidentes únicamente:

FÚTBOL DE SECUNDARIA

Pagado con el cheque # \_\_\_\_\_ Monto pagado: \_\_\_\_\_ Fecha de pago: \_\_\_\_\_

Suscripto por: **The MEGA Life and Health Insurance Company**  
Reclamos o preguntas: United Healthcare **StudentResources**  
P.O. Box 809027 • Dallas, TX 75380-9027 • 866-313-4512

## Exclusiones y limitaciones

No se pagarán beneficios por: a) pérdida o gasto que sea consecuencia de: o b) tratamientos, servicios ni insumos que se relacionen con:

1. Viaje en avión, excepto como pasajero que pague tarifa en una empresa de transporte aéreo comercial con horario regular; viaje en motocicleta o vehículo recreativo, esté sentado dentro de estos vehículos o sobre ellos, esté descendiendo de ellos, o esté trabajando en ellos o cerca de ellos. Tales vehículos incluyen los siguientes, entre otros: vehículos motorizados de dos o tres ruedas; vehículos todo terreno (VTT) de cuatro ruedas; jet ski; ski cycle; vehículo de nieve o vehículo motorizado de off-road para los que no se requiera licencia de conducir como vehículo automotor.
2. Elementos artificiales como anteojos, lentes de contacto, audífonos, ni exámenes o recetas a menos que se los incluya específicamente en la Tabla de beneficios.
3. Cirugía cosmética de ningún tipo, excepto la cirugía reconstructiva que se realice como resultado directo de una lesión cubierta por esta póliza.
4. Tratamiento odontológico, excepto que se trate de una lesión accidental ocasionada en los dientes originales.
5. Vacunas, inyecciones o medicamentos preventivos, excepto que se los requiera para el tratamiento de una lesión cubierta por esta póliza.
6. La adición o ingesta de alcohol, sustancias intoxicantes, alucinógenas, drogas ilegales o medicamentos que no se tomen en la dosis o para el propósito recetado por el médico de la Persona Cubierta.
7. Intoxicación con alimentos o infecciones bacterianas (a menos que se trate de una infección que se presenta en una herida abierta visible); quistes o lesiones de la piel, como ampollas o forúnculos; tumores; enfermedades o dolencias de cualquier tipo.
8. Lesión respecto de la cual los beneficios son pagados o debieran ser pagados en virtud de la ley que cubre la compensación de los trabajadores, las responsabilidades del empleador o las enfermedades originadas en el trabajo.
9. Lesión, cuando la Persona Cubierta es el conductor de un vehículo automotor y no posee la licencia correspondiente actualizada y válida (excepto que se trate del programa de una escuela de conducción).
10. Contaminación por radiación o reacciones nucleares; guerra, declarada o no (a pedido del Asegurado, se reembolsará una prima prorrateada por el período no cubierto); participación en un disturbio o revuelta civil; o mientras la persona sea miembro de los Servicios Armados.
11. Ortodoncia (frenos) por ninguna razón, ni el daño ni la pérdida de los aparatos de ortodoncia.
12. Exámenes físicos de rutina y pruebas de rutina.
13. Hacer esquí, buceo, surf, andar en patines sobre ruedas, montar en rodeo.
14. Practicar caída libre, paracaidismo, aladeltismo, vuelo a vela, vuelo en ultraliviano, navegar en paracaídas, planear a vela, salto de altura (bungee jumping), andar en minitrineos (bob-sledding) o volar en globo aerostático.
15. Suicidio o intento de suicidio, estando la persona en su sano juicio o no (incluida la sobredosis de droga); lesiones autoinfligidas en forma intencional; peleas.
16. Insumos, excepto los detallados específicamente en la póliza.
17. Lo ocurrido mientras la persona esté cometiendo o intentando cometer un asalto o delito, o lo ocurrido a causa de que la Persona Cubierta haya estado involucrada en alguna ocupación ilegal.

## Servicio provisto por:

Wells Fargo of California Insurance Services, Inc.

11017 Coblerock Drive, Suite 100

Rancho Cordora, CA 95670

(888) 695-5553