

Seguro Estudiantil Voluntario contra Accidentes



Health Special Risk, Inc.
HSR Plaza II
4100 Medical Parkway
Carrollton, TX 75007-1517
Teléfono: 866.409.5733, Anexo 5660
Fax: 972.512.5819
www.healthspecialrisk.com

HSR es una agencia de seguros con licencia independiente y está autorizada para vender este seguro estudiantil contra accidentes en representación de Starr Companies Cobertura asegurada por: Starr Indemnity & Liability, Dallas, TX



LA PRESENTE ES UNA PÓLIZA DE BENEFICIOS LIMITADOS

TEXAS

2016-2017

**Cobertura de seguro estudiantil voluntario contra accidentes de inicial a 12º grado
LIUI AH BACC P001 EI TX (Ed. 12 13), LIUI BACC CONR001 (ED. 08, 13)
Cobertura asegurada por: Starr Indemnity & Liability, Dallas, TX**

Elegibilidad

Todos los alumnos matriculados de una escuela/distrito participante en los grados Pre K-12 (educación elemental y media superior).

Cobertura

Opción A: 24 horas sin incluir fútbol escolar: La cobertura se encuentra disponible en todo momento excepto durante su participación en cualquier actividad, que incluya pruebas, prácticas o cualquier concurso o juego de fútbol escolar.

Opción B: La escuela más atletismo y actividades interescolares, sin incluir fútbol escolar: Se proporciona cobertura durante 1. la enseñanza en clase programada de forma periódica; 2. el receso u hora del almuerzo supervisado y programado de forma periódica; 3. un período de estudio o de enseñanza especial supervisado por un miembro de la plana docente de la escuela; 4. una actividad supervisada y patrocinada por la escuela; o 5. viajes escolares cubiertos. La cobertura también se proporciona durante deportes y actividades interescolares patrocinados por la escuela. El fútbol escolar no está cubierto.

Opción C: Solo fútbol escolar: Se proporciona cobertura durante: 1. prácticas o capacitaciones programadas de forma periódica; 2. un concurso o juego amistoso programado de forma periódica; 3. una prueba, sesión de entrenamiento o reuniones de equipos programadas; 4. una actividad cubierta de deportes patrocinados; o 5. viajes deportivos cubiertos.

Beneficios

Gastos médicos por accidente: Si la lesión cubierta de un Asegurado necesita tratamiento por parte de un médico o cirujano dentro de los 60 días siguientes a la fecha del accidente cubierto; nosotros pagaremos los beneficios, que excedan el deducible, si los hubiere. Los gastos médicos elegibles deben ser incurridos por el Asegurado dentro de las 52 semanas desde la fecha del accidente cubierto, están cubiertos. Los beneficios de cualquier accidente no excederán el máximo de gastos médicos accidentales de \$25.000.

Los gastos médicos elegibles incluyen

- Alojamiento y comida en una habitación semiprivada;
- Servicios hospitalarios diversos;
- Servicios médicos, cirugía, cirujano asistente, centros quirúrgicos del médico, segunda opinión o consulta, anestesia y su administración, visitas médicas en el hospital, visitas médicas particulares;
- Sala de emergencias;
- Servicios ambulatorios;
- Radiografía, tomografía computarizada ambulatoria, resonancia magnética y pruebas de laboratorio incluyen cargos para su lectura;
- Fisioterapia ambulatoria;
- Aparatos ortopédicos
- Servicios de ambulancia: un viaje al hospital más cercano por aire o tierra;
- Servicios dentales proporcionados por un dentista o médico;
- Medicamentos recetados ambulatorios;
- Lentes, lentes de contacto y audífonos;
- Alquiler de equipo médico o si es menor a la compra del equipo;
- Hernia;

Gastos médicos excesivos totales; La empresa pagará los gastos cubiertos solo si exceden los montos a pagar por cualquier otro seguro se haya o no solicitado los beneficios que proporciona. Otro seguro significa cualquier reembolso o recuperación de cualquier elemento de la lesión cubierta como consecuencia de un accidente disponible de cualquier otra fuente, salvo regalos y donaciones, pero que incluyen sin limitaciones:

- Cualquier persona, grupo, póliza general o de franquicia contra accidentes, discapacidad, seguro de salud o cualquier tipo similar de acuerdo que proporcione pagos o reembolsos de gastos médicos o pagos por discapacidad;
- Los beneficios por discapacidad del Seguro Social; y cualquier beneficio pagadero en virtud de cualquier programa proporcionado o patrocinado exclusiva o principalmente por unidades, agencias o subdivisiones gubernamentales, federales, estatales o locales, o por medio de la aplicación de la ley o regulación; salvo el Medicaid si el Titular de la póliza proporciona cobertura obligatoria para los estudiantes en virtud de otro programa, se pagarán los beneficios en virtud de esos programas antes de ser considerados bajo la póliza voluntaria.

Gasto diferido por tratamiento dental (disponible solo al elegirlo): Los gastos dentales diferidos son gastos cubiertos por tratamiento, incluyendo radiografías para reparar las lesiones del diente (1), sin rellenos o cavidades o solo rellenos o cavidades que no debiliten las cúspides de los dientes; y (2) para los tejidos pulpaes sanos e intactos; y (3) para el tejido periodontal que muestre poco o ningún signo de inflamación activa o crónica; o para las estructuras de soporte de los dientes del Asegurado. Si hay más de una manera de tratar un problema dental, la empresa pagará en base al procedimiento menos costoso si ese procedimiento cumple con las normas frecuentemente aceptadas de la Asociación Dental Americana. No se proporciona cobertura para ortodoncia por ningún motivo, daño o pérdida de los mismos.

Las radiografías dentales, endodoncia y cirugía oral están cubiertas hasta \$10,000 por lesión cubierta

Los puentes, dentaduras postizas o sustitución de las reparaciones dentales están cubiertos hasta \$250 por lesión cubierta

El período de beneficio para este beneficio es 52 semanas.

Muerte accidental, desmembramiento o pérdida de la visión, el habla o la audición: Pagaremos los montos de los beneficios mostrados por muerte accidental, desmembramiento o pérdida de la visión, el habla o la audición que resulte exclusivamente de una lesión al Asegurado sufrida durante una actividad cubierta, y de ninguna otra causa contribuyente, y se mantenga dentro de los 180 días después de la fecha de la lesión. Si un Asegurado sufre más de una pérdida como resultado de un accidente cubierto, pagaremos solo una cantidad, la más costosa a la que él o ella tenga derecho. Este monto no excederá la suma principal que se aplica al Asegurado.

Fallecimiento	\$10,000
Pérdida de dos o más manos o pies	\$10,000
Pérdida de la visión en ambos ojos	\$10,000
Pérdida del habla y audición (en ambos oídos)	\$10,000
Pérdida de una mano o pie y visión en un ojo	\$10,000
Pérdida de una mano o pie	\$5,000
Pérdida de la visión en un ojo	\$5,000
Pérdida del habla	\$5,000
Pérdida de la audición (en ambos oídos)	\$5,000
Pérdida del dedo pulgar e índice de la misma mano	\$500

Definiciones

Accidente garantizado significa un evento repentino, inesperado, específico y súbito que resulta directa e independientemente de todas las demás causas, en una lesión cubierta o fallecimiento cubierto y cumple con todas las siguientes condiciones: 1. sucede mientras la cobertura del Asegurado en virtud de la Póliza está vigente; 2. sucede mientras el Asegurado asiste, participa o viaja hacia y desde una actividad cubierta; y 3. no se excluye de otro modo en virtud de los términos de la Póliza.

Fallecimiento cubierto significa muerte accidental: 1. que es la consecuencia directa de un accidente cubierto; 2. que resulta directa e independientemente de todas las demás causas de un accidente cubierto e independiente de la enfermedad, incapacidad mental, enfermedad corporal o cualquier otra causa; y 3. sufrido por el Asegurado dentro del período de tiempo aplicable especificado en el programa de beneficios.

Lesión cubierta significa lesión corporal accidental: 1. que sufre un Asegurado como consecuencia directa de un accidente cubierto externo al cuerpo; 2. que resulta directa e independientemente de todas las demás causas de un accidente cubierto (independiente de la enfermedad, incapacidad mental, enfermedad corporal o cualquier otra causa) que cause una pérdida cubierta; y 3. sufrido por el Asegurado dentro del período de tiempo aplicable especificado en el programa de beneficios. La lesión cubierta debe ser causada por medios accidentales. Todas las lesiones sufridas por un Asegurado en cualquier accidente, incluyendo las condiciones relacionadas y síntomas recurrentes de estas lesiones, se consideran una sola lesión.

Pérdida cubierta significa una pérdida que resulta de una lesión o muerte cubierta, y para los cuales se pagan beneficios en virtud de la Póliza. Pérdida cubierta incluye los gastos derivados de los servicios o suministros prestados u obtenidos por el Asegurado si tales servicios y suministros están cubiertos por la Póliza.

Pérdida de una mano o pie significa la separación completa a través o por encima de la muñeca o el tobillo. Pérdida de la audición significa la pérdida total y permanente de la capacidad de escuchar cualquier sonido en ambos oídos, la cual no se puede recuperar por medios naturales, quirúrgicos o artificiales. Pérdida de la visión significa la pérdida total y permanente de la visión de un ojo. La pérdida de la visión no se puede recuperar por medios naturales, quirúrgicos o artificiales. Pérdida del habla significa la pérdida total y permanente de la comunicación acústica, la cual no se puede recuperar por medios naturales, quirúrgicos o artificiales. Pérdida de un dedo pulgar e índice de la misma mano significa la separación completa a través o por encima de la articulación metacarpofalángica de la misma mano (las articulaciones entre los dedos y la mano).

Exclusiones y limitaciones

Esta Póliza no cubre:

1. Lesiones intencionales o autoinfligidas, suicidio o cualquier intento esté en su sano juicio o no;
2. Tentativa o intento de cometer un delito grave o asalto;
3. Tentativa o participación activa en una huelga o insurrección;
4. Guerra o acto de guerra declarado o no o cualquier acto de guerra declarado o no a menos que sean previstos de manera específica por la Póliza;
5. Intoxicación del Asegurado, según se determina de conformidad con las leyes de la jurisdicción en la que se produjo la pérdida cubierta o las leyes del país de origen;
6. Ingestión voluntaria de cualquier narcótico, medicamento, veneno, gas o vapor, a menos que sean recetados o tomados bajo la instrucción de un médico y tomados de acuerdo con la dosis recetada;
7. Una pérdida cubierta que ocurre mientras está en servicio militar, naval o aéreo activo de cualquier país u organización internacional. Una vez recibida la prueba de servicio de la empresa, ésta reembolsará cualquier prima pagada por este tiempo. La formación en servicio activo de la Guardia Nacional o Reserva está incluida a no ser que se extienda más allá de los 31 días;
8. Viaje o actividad fuera de los Estados Unidos;
9. Vuelo, embarque o salida de una aeronave o de cualquier nave diseñada para volar sobre la superficie de la Tierra, salvo que: a. Un pasajero que paga la tarifa en una aerolínea comercial programada regularmente; b. Un pasajero en un nave privada no programada usada por placer sin intención comercial durante el vuelo; c. Un pasajero en un avión militar volado por el Comando de Movilidad Aérea o su equivalente en el extranjero;
10. Puenting; salto en caída libre; paracaidismo; paracaidismo náutico; ala delta; esquí; submarinismo; surf; patinaje sobre ruedas; rodeo a ganado mayor; vuelo en planeador; vuelo en un avión ultraligero; sailplaning ; trineo o tobogán; viaje en globo; peleas o enfrentamientos excepto en defensa propia; hacer funcionar, sentarse o montar en o sobre, posarse en o desde, o trabajar en o alrededor de cualquier motocicleta o vehículo de recreo, que incluye pero no limita vehículos de dos o tres ruedas, cuatrimotos todo terreno (ATV), motos acuáticas, bicicletas de esquí, motos de nieve;
11. Enfermedad, debilidad física o mental, infección bacteriana o viral o tratamiento médico o quirúrgico de las mismas, excepto por cualquier infección bacteriana que resulte de un corte o una herida externa accidental o ingestión accidental de alimentos contaminados;
12. Viajar en o sobre cualquier vehículo todoterreno motorizado que no requiera licencia como vehículo automotor;
13. Lesiones compensables en virtud de la Ley de indemnización de trabajadores o cualquier ley similar;
14. Un accidente si el Asegurado es el conductor de un vehículo y no posee una licencia de conducir válida, a menos que: (a) el Asegurado tenga un permiso de aprendizaje válido y (b) el Asegurado esté recibiendo clases de manejo por parte de un instructor de educación vial; Asimismo, los beneficios no se pagarán por los servicios o tratamientos recibidos por cualquier persona que sea: Empleada o contratada por el Titular de la póliza; Un residente de la misma casa; Un miembro de la familia inmediata, incluso la pareja de hecho del Asegurado o el cónyuge del Asegurado; el Asegurado.

**Seguro estudiantil voluntario contra accidentes en Texas
Programa de beneficios**

BENEFICIO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	ECONÓMICO	PREMIER
Beneficio máximo de gastos por accidente excesivo total	\$25,000	\$25,000
Los primeros gastos cubiertos deben ser recibidos dentro de	60 días después de la lesión cubierta	60 días después de la lesión cubierta
Período del beneficio	1 año desde la fecha de la lesión cubierta	1 año desde la fecha de la lesión cubierta
Límite del beneficio para lesiones cubiertas derivadas de cualquier accidente automovilístico	\$5,000	\$5,000
SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN		
Gastos de alojamiento y comida		
Habitación semiprivada	100 % de los cargos habituales y acostumbrados	100 % de los cargos habituales y acostumbrados
Gastos hospitalarios diversos	hasta \$250 por día, hasta un máximo de \$4,000 por lesión cubierta	hasta \$250 por día, hasta un máximo de \$5,000 por lesión cubierta
Tratamiento en la sala de emergencias	hasta \$75 por lesión cubierta	hasta \$150 por lesión cubierta
El tratamiento en la sala de emergencias debe ocurrir dentro de	72 horas de la lesión cubierta	72 horas de la lesión cubierta
Servicios de enfermería	hasta \$400 por lesión cubierta	hasta \$400 por lesión cubierta
Servicios médicos		
Cirugía	75 % de los cargos habituales y acostumbrados hasta \$3,500 por lesión cubierta	75 % de los cargos habituales y acostumbrados hasta \$3,750 por lesión cubierta
Cirujano asistente	25 % de los gastos incurridos en la cirugía realizada por el médico	25 % de los gastos incurridos en la cirugía realizada por el médico
Anestesia y su administración	25 % de los gastos incurridos en la cirugía realizada por el médico	25 % de los gastos incurridos en la cirugía realizada por el médico
Visitas médicas no quirúrgicas dentro del hospital	hasta \$20 por visita	hasta \$40 por visita
BENEFICIOS AMBULATORIOS		
Visitas médicas no quirúrgicas particulares	hasta \$20 por visita	hasta \$40 por visita
Máximo combinado por tomografía computarizada, resonancia magnética	hasta \$250 por lesión cubierta	hasta \$500 por lesión cubierta
Radiografía	hasta \$100 por lesión cubierta	hasta \$200 por lesión cubierta
Pruebas de laboratorio	hasta \$50 por lesión cubierta	hasta \$100 por lesión cubierta
Beneficio de fisioterapia ambulatoria	hasta 2 tratamientos; hasta \$40 por lesión cubierta; 1 visita al día	hasta 5 tratamientos; hasta \$100 por lesión cubierta; 1 visita al día
Aparatos ortopédicos ambulatorios	hasta \$300 por lesión cubierta	hasta \$300 por lesión cubierta
Pago hospitalario a establecimientos para cirugía ambulatoria	hasta \$750 por lesión cubierta	hasta \$1,250 por lesión cubierta
Servicios de ambulancia	hasta \$100 por año de Póliza	100 % de los cargos habituales y acostumbrados
Equipo médico	hasta \$150 por lesión cubierta	hasta \$150 por lesión cubierta
Servicios dentales	hasta \$150 por diente	hasta \$250 por diente
Medicamentos recetados ambulatorios	100 % de los cargos habituales y acostumbrados	100 % de los cargos habituales y acostumbrados
Lentes, lentes de contacto, audífonos	100 % de los cargos habituales y acostumbrados	100 % de los cargos habituales y acostumbrados
DISPONIBLE SOLO AL ELEGIRLO		
Tratamiento diferido - dental	hasta \$10,000 por lesión cubierta El costo de los puentes, dentaduras postizas o sustitución de las reparaciones dentales están cubiertos hasta \$250 por lesión cubierta; período de beneficio de 52 semanas	hasta \$10,000 por lesión cubierta El costo de los puentes, dentaduras postizas o sustitución de las reparaciones dentales están cubiertos hasta \$250 por lesión cubierta; período de beneficio de 52 semanas

Opciones de precios y plan

	sin tratamiento dental diferido		con tratamiento dental diferido	
	Económico	Premier	Económico	Premier
Opción A, 24 horas sin fútbol escolar	\$ 128.00	\$ 196.00	\$ 137.00	\$ 205.00
Opción B, en la escuela sin fútbol escolar	\$ 64.00	\$ 94.00	\$ 73.00	\$ 103.00
Opción C, Fútbol escolar	\$ 189.00	\$ 291.00	\$ 198.00	\$ 300.00
Opción C, Fútbol escolar de primavera	\$ 76.00	\$ 116.00	\$ 85.00	\$ 125.00

Nota: Cualquier estudiante de 9º grado que juegue con el equipo de fútbol escolar (10º a 12º grado) debe adquirir una cobertura de fútbol.

SEGURO ESTUDIANTIL VOLUNTARIO CONTRA ACCIDENTES - FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Apellido del estudiante

Fecha de nacimiento del estudiante
(MM-DD-AAAA)

Nombre del estudiante

MI

Teléfono

Número del seguro social del estudiante

Grado

Número de identificación del estudiante

Calle no.

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Nombre del distrito escolar

Nombre de la escuela/campus (necesario para el proceso)

Firma del padre/tutor

Fecha

Correo electrónico

Sírvase elegir su plan a continuación:

	Sin tratamiento dental diferido		Con tratamiento dental diferido	
	Económico*	Premier*	Económico*	Premier*
Opción A 24 horas sin fútbol escolar	\$128.00	\$196.00	\$137.00	\$205.00
Opción B en la escuela sin fútbol escolar	\$64.00	\$94.00	\$73.00	\$103.00
Opción C Fútbol escolar	\$189.00	\$291.00	\$198.00	\$300.00
Opción C Fútbol escolar de primavera	\$76.00	\$116.00	\$85.00	\$125.00
SOLO para uso interno:	Adjunte el cheque por el importe total a pagar a: <i>Health Special Risk</i> TOTAL Todas las elecciones AQUÍ: _____			
Cheque no.:				
Cant. reg.:				

*Hay una cuota administrativa de \$1,00 por cada envío del formulario de inscripción impreso.

Una vez completado, envíe este formulario a:

Health Special Risk, Inc.
Apartado postal 674239 Dallas, TX 75267-4239

Para obtener más información o ayuda con respecto a todos los seguros estudiantiles, póngase en contacto con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al **866-243-7885**.

SI DESEA PAGAR CON MASTERCARD O VISA: Visite www.K12StudentInsurance.com**

** Se añadirá un cargo administrativo del 5% por los pedidos con tarjetas de crédito

INFORMACIÓN SOBRE LA PÓLIZA 1. LAS PÓLIZAS TIENEN UN PERIODO RENOVABLE DE UN AÑO. 2. DERECHO DE 30 DÍAS PARA EXAMINAR LA PÓLIZA: Si no está satisfecho con esta Póliza, por cualquier motivo, devuélvalo dentro de 30 días después de recibirlo. Cualquier prima pagada será reembolsada. La Póliza será nula desde el principio. Será como si no se hubiera emitido la Póliza. 3. LA PRESENTE ES UNA PÓLIZA LIMITADA SOLO CONTRA ACCIDENTES Se proporcionan beneficios por pérdida a causa de una lesión cubierta hasta el beneficio máximo por cada lesión. 4. TRANSFERENCIA DEL ESTUDIANTE: Un Asegurado puede ser transferido a cualquier escuela y aún tener cobertura, sujeto a las disposiciones, exclusiones y limitaciones de la Póliza. 5. INSCRIPCIÓN INICIAL: La cobertura es vigente después de: 1) la fecha de vigencia de la Póliza; o 2) 12:01a.m. del día siguiente que se reciba la prima y la solicitud en la oficina central de la empresa. 6. SIN INSCRIPCIÓN TARDÍA: Una persona puede inscribirse en cualquier momento durante el año escolar. La cobertura se renueva cada año. 7. SU RECIBO DE PAGO es su talón de cheques, facturación de tarjetas de crédito o giro postal cancelado. Puede encontrar la información sobre estos beneficios en la Póliza maestra de los archivos del distrito escolar. NOTA: Este es un breve resumen de los beneficios y no un contrato. Al distrito escolar se le ha proporcionado una Póliza maestra, que contiene todas las disposiciones, limitaciones, exclusiones y calificaciones de los beneficios del seguro. La Póliza maestra es el contrato y regulará y controlará el pago de los beneficios. Cobertura asegurada por: Starr Indemnity & Liability, Dallas, TX



2016-2017

TEXAS



LMAHHSR001 1/2015

**PROGRAMA DE TASAS DEL SEGURO
VOLUNTARIO DE INICIAL A 12º GRADO**

Cobertura asegurada por: Starr Indemnity and Liability Company, Dallas, TX

OPCIÓN A: COBERTURA LAS 24 HORAS

Cubre lesiones sufridas las 24 horas del día, los 365 días del año (excepto las lesiones sufridas durante su participación en eventos/actividades de fútbol escolar) .

	<u>VOLUNTARIO PREMIER</u>	<u>VOLUNTARIO ECONÓMICO</u>
con tratamiento dental extendido	\$175.00 por estudiante	\$117.00 por estudiante
sin tratamiento dental extendido	\$167.00 por estudiante	\$109.00 por estudiante

OPCIÓN B: COBERTURA DENTRO DE LA ESCUELA

Cubre lesiones sufridas en la escuela, durante las actividades supervisadas y patrocinadas por la escuela (excepto las lesiones sufridas durante su participación en eventos/actividades de fútbol escolar).

	<u>VOLUNTARIO PREMIER</u>	<u>VOLUNTARIO ECONÓMICO</u>
con tratamiento dental extendido	\$88.00 por estudiante	\$62.00 por estudiante
sin tratamiento dental extendido	\$80.00 por estudiante	\$54.00 por estudiante

OPCIÓN C: COBERTURA DURANTE UN JUEGO DE FÚTBOL

Cubre lesiones sufridas durante su participación en prácticas o juegos supervisados y patrocinados en eventos de fútbol escolar).

Nota: Cualquier estudiante de 9º grado que juegue con el equipo de fútbol escolar (10º a 12º grado) debe adquirir una cobertura de fútbol.

	<u>VOLUNTARIO PREMIER</u>	<u>VOLUNTARIO ECONÓMICO</u>
con tratamiento dental extendido	\$255.00 por estudiante	\$169.00 por estudiante
sin tratamiento dental extendido	\$247.00 por estudiante	\$161.00 por estudiante
Fútbol de primavera con tratamiento dental extendido	\$107.00 por estudiante	\$73.00 por estudiante
Fútbol de primavera sin tratamiento dental extendido	\$99.00 por estudiante	\$65.00 por estudiante

La cobertura de tratamiento dental extendido debe ser adquirido junto con una de 24 horas, dentro de la escuela o programa de fútbol, ya que no puede ser adquirida como una cobertura independiente.



PROGRAMA DE BENEFICIOS DE LOS PLANES VOLUNTARIOS DE INICIAL A 12º GRADO 2016-2017 TEXAS K-12



Cobertura asegurada por Starr Indemnity & Liability Company, Dallas, TX

Se proporciona cobertura por una pérdida a causa de una lesión cubierta hasta un monto máximo de beneficio por lesión de \$25,000 (\$5,000 por lesiones automovilísticas). El tratamiento de lesiones cubiertas debe comenzar dentro de los 60 días de la fecha del accidente. Solo los gastos elegibles incurridos dentro de las 52 semanas desde la fecha del accidente cubierto, están cubiertos. El monto máximo del beneficio por servicio/tratamiento es como se muestra a continuación. Los beneficios se pagarán solo por el gasto no recuperable de cualquier otra póliza de seguro, contrato de servicio o indemnización de trabajadores.

HOSPITALARIO:	PLAN DE VOLUNTARIO PREMIER	PLAN DE VOLUNTARIO ECONÓMICO
Habitación y comida	Precio de habitación semiprivada	Precio de habitación semiprivada
Cuidados intensivos	1,5 veces el precio de la habitación semiprivada	1,5 veces el precio de la habitación semiprivada
Servicios hospitalarios diversos	Hasta \$250 por día, hasta un máximo de \$5,000	Hasta \$250 por día, hasta un máximo de \$4,000
Enfermera titulada	Hasta \$400 por lesión	Hasta \$400 por lesión
Visitas médicas no quirúrgicas	Hasta \$40 por visita	Hasta \$20 por visita
(Los beneficios se limitan a una visita por día y no se aplican si se trata de una cirugía)		
Apoyos y aparatos ortopédicos	Incluidos en el beneficio de servicios hospitalarios diversos	Incluidos en el beneficio de servicios hospitalarios diversos
AMBULATORIO:		
Facilidades de pago - cirugía ambulatoria	Hasta \$1,250 por lesión	Hasta \$750 por lesión
Visitas médicas no quirúrgicas	Hasta \$40 por visita	Hasta \$20 por visita
(Los beneficios se limitan a una visita por día y no se aplican si se trata de una cirugía o fisioterapia)		
Fisioterapia	Hasta \$20 por visita, a un máximo de \$100 (los beneficios se limitan a una visita por día)	Hasta \$20 por visita, a un máximo \$40 (los beneficios se limitan a una visita por día)
Sala de emergencias	Hasta \$150 por lesión	Hasta \$75 por lesión
(Uso de habitación y suministros; el tratamiento debe hacerse dentro de las 72 horas de sufrida la lesión)		
Médico de urgencias	Hasta \$60/lesión	Hasta \$40/lesión
Servicios de radiografía (incluye cargos por lectura)	Hasta \$200 por lesión	Hasta \$100 por lesión
Servicios de tomografía computarizada/resonancia magnética (incluye cargos por lectura)	Hasta \$500 por lesión	Hasta \$250 por lesión
Laboratorio	Hasta \$50 por lesión	Hasta \$25 por lesión
Inyecciones	Hasta \$25 por lesión	Hasta \$25 por lesión
Medicamentos recetados	100% de gastos permisibles	100% de gastos permisibles
Apoyos y aparatos ortopédicos	Hasta \$300 por lesión (Si es recetado por un médico con fines curativos)	Hasta \$300 por lesión (Si es recetado por un médico con fines curativos)
Equipo médico resistente (solo postoperatorio)	Hasta \$150 por lesión	Hasta \$150 por lesión
HOSPITALARIO O AMBULATORIO:		
Honorarios del cirujano	75 % de gasto permisible hasta un máximo de \$3,750 (limitado al procedimiento principal por cirugía)	75 % de gasto permisible hasta un máximo de \$3,500 (limitado al procedimiento principal por cirugía)
Anestesiista/cirujano asistente	25% de los gastos del cirujano	25% de los gastos del cirujano
Ambulancia	100 % de gasto permisible, primera visita al hospital	Primera visita al hospital hasta un máximo de \$100
Tratamiento de agotamiento por calor	100% de gastos permisibles	100% de gastos permisibles
Tratamiento dental	Hasta \$250 por diente (los beneficios solo se pagan por los dientes naturales y sanos)	Hasta \$150 por diente (los beneficios solo se pagan por los dientes naturales y sanos)
Reemplazo de lentes, lentes de contacto y audífonos	100 % de los gastos permisibles para reemplazarlos en caso que se rompan por una lesión	100 % de los gastos permisibles para reemplazarlos en caso que se rompan por una lesión
Cobertura dental extendida	Esta es la cobertura complementaria para los gastos derivados de lesiones accidentales cubiertas. Los beneficios dentales proporcionados son: (a) 100 % de los gastos permisibles para exámenes, radiografías, endodoncias y cirugías orales a un máximo de \$10,000, y (b) gastos dentales por el costo de puentes, dentaduras postizas o sustitución de reparaciones dentales anteriores a un máximo de \$250. No se proporciona cobertura para ortodoncia (frenos) por ningún motivo, daño o pérdida de los mismos.	

Este documento solo brinda una breve descripción de la cobertura proporcionada. La póliza contiene todos los detalles de la cobertura incluyendo definiciones, limitaciones y exclusiones. En caso de discordancia entre la póliza y este documento, la póliza será el documento rector.