



**2012-2013**  
**ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO MIAMI DADE**  
**Requiere Estudiante de Atletismo Cobertura de Seguro de Accidentes**

**ELEGIBILIDAD**

Para los atletas, estudiantes, estudiantes administradores y estudiantes entrenadores de las escuelas / distritos escolares que participan en los siguientes equipos / eventos: Bádminton, Béisbol, Baloncesto, Bolos, Cheerleaders (Porrista), Campo Traviesa, Fútbol Americano, Fútbol Americano Flag (Banderín) de Niñas, Golf, Lacrosse, Fútbol, Softbol, Natación, Tenis, Pista y Campo, Voleibol, Polo Acuático y Lucha.

**OPCIONES DE COBERTURA**

**COBERTURA (AT SCHOOL) MIENTRAS ESTE EN LA ESCUELA:** La cobertura del seguro se proporciona: (a) en las instalaciones de la escuela durante los días y las horas que la escuela está en sesión, (b) en las instalaciones de la escuela cuando la escuela no está en sesión si está participando en una actividad o evento patrocinado por cualquier escuela, y (c) mientras asiste o participe en actividades patrocinadas y supervisadas dentro o fuera de las instalaciones de la escuela (por ejemplo, ir a una excursión escolar) y (d) mientras este participando en actividades deportivas inter-escolares. Se proporciona cobertura mientras este viajando hacia, durante o después de tales actividades como miembro de un grupo en un modo de transporte proporcionado o contratado por el Tenedor de la Póliza y este viajando directamente hacia y desde las instalaciones de la residencia del asegurado a las instalaciones de la escuela cuando la escuela está en sesión. No se proveerá cobertura por participación en fútbol americano de Escuela Superior o Secundaria. Por que el Tenedor de la Póliza requiere cobertura para los estudiantes/Atletas bajo un programa Mientras este en la Escuela que incluye Atletismo Inter escolar, los beneficio serán pagaderos bajo ese programa antes de ser considerado bajo un programa Voluntario de 24 Horas.

**FÚTBOL AMERICANO SOLAMENTE:** La cobertura del seguro se proporciona a los atletas de fútbol americano de escuela secundaria, mientras estén: (a) practicando o jugando fútbol americano en un juego regular bajo la supervisión de un entrenador o "coach" empleado por la escuela / distrito del Tenedor de la Póliza, (b) participando en sesiones de levantamiento de pesas y de acondicionamiento durante la temporada regular, (c) participando en los entrenamientos fuera de temporada, juegos de ronda clasificatoria (play-off) y los entrenamientos de primavera de fútbol americano definido y sancionado por el órgano de gobierno del estado inter escolares; (d) participando en las sesiones de acondicionamiento fuera de temporada bajo la supervisión de un entrenador o "coach" empleado por la escuela / distrito del Tenedor de la Póliza; (e) participando en juego de Todos Estrellas y (f) viajando a un evento patrocinado como miembro de un grupo en el transporte suministrado o proveído por el Tenedor de la Póliza de la escuela / distrito.

**PERIODO DE COBERTURA** – La cobertura bajo el programa de Mientras este en la Escuela comienza en la fecha que se recibe la prima, pero no antes del inicio de las actividades del año escolar. La Cobertura Mientras este en la Escuela termina en el término de la escuela regular de nueve meses, a excepción de los eventos patrocinados y supervisados por la escuela durante el verano. La cobertura de atletismo inter escolar comienza en la fecha especificada por el organismo estatal que rige los programas inter escolares, que van desde el primer día oficial de prácticas y actividades deportivas que comienza cada otoño. La cobertura de deportes inter escolares de invierno y primavera comienzan en la fecha que se recibe la prima, pero no antes del inicio de las actividades del año escolar.

**BENEFICIOS**

**GASTOS MÉDICOS DEBIDO A UN ACCIDENTE:** Cuando una lesión cubierta de un Asegurado resulta en el tratamiento por un médico o cirujano dentro de los 60 días siguientes a la fecha del accidente, nosotros pagaremos los beneficios como se muestra en la **Tabla de Beneficios**, en exceso de los Deducible Médicos, de existir alguno. Solamente los gastos médicos elegibles incurridos por el Asegurado dentro de las 104 semanas desde la fecha del accidente están cubiertos. Los beneficios por cualquier accidente no podrán exceder un máximo beneficio médico de \$25,000 (\$ 2,000 por Accidentes de Tránsito Automovilístico, aparte de 2 ó 3 ruedas).

**Exceso de Cobertura:** Los beneficios se pagaran por los gastos cubiertos que no sean recuperados de cualquier otra póliza de seguro o un contrato de servicios.

**MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ESPECÍFICAS:** Los beneficios se pagan por las pérdidas sufridas dentro de los 180 días a partir de la fecha de la lesión. Los siguientes beneficios (se aplica la mayor cantidad) se pagan además de los beneficios médicos:

	<u>Plan Básico</u>	<u>Plan de Fútbol Americano</u>
Pérdida de la Vida .....	\$1,500.00.....	\$1,000.00
Pérdida de ambas manos, ambos pies, la vista en ambos ojos, el habla y la audición.....	\$7,500.00.....	\$1,000.00
Pérdida de una mano, un pie, vista en un ojo, del habla o del oído .....	\$1,000.00.....	\$500.00
Pérdida del dedo pulgar y dedo índice de la misma mano.....	\$500.00.....	\$500.00

"Pérdida" significa, con respecto a las manos y los pies, la ruptura real por encima de la muñeca o del tobillo, en lo que referente a la visión, el oído o del habla es la pérdida total e irrevocable de los mismos. La pérdida significa, en referencia al pulgar y el dedo índice de la misma mano, la amputación de dos o más falanges, tanto el pulgar y el dedo índice.

**DEFINICIONES**

**"Lesiones"** significa lesión corporal accidental: (a) recibido mientras se encontraba asegurado bajo esta póliza, y (b) como resultado, independientemente de una enfermedad y todas las demás causas.

**"Hospital"** significa cualquiera de los siguientes lugares: (a) un lugar que tiene licencia o está reconocido como un hospital general por la autoridad competente del Estado en el que se encuentra, (b) un lugar que opera para el cuidado y tratamiento de los pacientes residentes con una enfermera graduada registrada (RN), siempre en servicio y con un laboratorio e instalaciones de rayos X, (c) un lugar reconocido como un hospital general de la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales, o (d) un lugar certificado como un hospital por Medicare. No se incluye como hospital o una institución o una parte de dicho hospital o institución que tiene licencia o se usa principalmente: (1) para el tratamiento o el cuidado de drogadictos o alcohólicos, o como (2) como una clínica, centro de atención continuada o extendida, centro de enfermería especializada, centro de convalecencia, casa de reposo, asilo de ancianos u hogar de ancianos.

**"Las Tarifas Usuales y Normales "** son los cargos comparables a los tratamientos, servicios y suministros similares en el área geográfica donde el tratamiento se lleva a cabo.

**EXCLUSIONES Y LIMITACIONES**

Esta póliza no cubre: (1) suicidio o intento de suicidio, mientras este cuerdo o demente; (2) los daños sufridos como resultado de la operación, sentarse o caminar en o sobre, subirse y bajarse colocándose hacia o desde, o trabajando en o alrededor de cualquier motocicleta o vehículo recreativo, incluyendo pero no limitado a: vehículos de motor de dos, tres o cuatro ruedas, vehículo terrenal (ATV), jet ski, bici-esquí, motos de nieve o vehículos motorizados "off road" que no requieren licencias como un vehículo de motor; (3) las lesiones causadas por un acto de guerra declarada o no declarada; (4) peleas o enfrentamientos, salvo en defensa propia; (5) lesiones cubiertas por compensación del trabajador o de las leyes de responsabilidad patronal; (6) lesiones cubiertas por un sistema obligatorio de contrato de seguro del automóvil sin omisión; (7) los gastos incurridos para el tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular y dolor miofacial asociado; (8) las lesiones sufridas durante el viaje, excepto como pasajero de transporte solamente o mientras viaja como se describe en la póliza;

**EXCLUSIONES Y LIMITACIONES (continuación)**

(9) el costo del tratamiento dental, salvo lo dispuesto expresamente por daños causados a dientes sanos y naturales; (10) las lesiones sufridas bajo la influencia de cualquier sustancia controlada, a menos que administra el consejo de un Médico Legalmente Calificado; (11) las lesiones recibidas en estado de ebriedad (Según lo determinado y definido por las leyes de la jurisdicción en que se causen las pérdidas o la causa de la pérdida, a los efectos de esta excepción, las leyes que rigen la operación de vehículos de motor en estado de ebriedad se aplicarán a cualquier actividad que se produce en el momento del accidente.); (12) mientras que las lesiones sufridas conduciendo un vehículo automotor sin poseer una licencia válida y vigente de operador de vehículos de motor (excepto en el Programa de Educación de conducir); (13) lesiones sufridas mientras este esquiando, buceando, de surfing, patinando, montando a caballo en un rodeo; (14) las lesiones sufridas mientras este realizando paracaidismo, hangliding, vuelo en planeador, vuelo en un avión ultraligero, paravela, navegar, salto de bungee, trineo o paseo en globo; (15) lesionarse nuevamente o complicaciones de una enfermedad donde un Médico recomiende atención o tratamiento médico o donde se recibe tratamiento de un médico dentro de un período de 6 meses anteriores a la fecha de vigencia del seguro individual; (16) lesiones derivadas mientras viaja con las excepciones descritas en la póliza.

**PROGRAMA DE BENEFICIOS DE SEGURO DE ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES**

<b>PACIENTE HOSPITALIZADO:</b>	<b>PLAN BÁSICO Sin Deducible Medico</b>	<b>PLAN DE FÚTBOL AMERICANO DE MIAMI DADE \$250 Deducible Medico*</b>
<b>Cuarto &amp; Comida</b>	Un máximo agregado de \$1,000 por día	Un máximo de \$1,000 por día
<b>Misceláneos de Hospital</b>	100% de U&C	Pagado bajo el programa de Cuarto y Comida en Hospital
<b>Enfermería Certificada</b>	100% de U&C	100% de U&C
<b>Visitas No Quirúrgicas de Médico</b>	Hasta \$45 el primer día; \$40 los días siguientes (limite de una visita por día)	Hasta \$45 el primer día; \$40 los días siguientes (limite de una visita por día)
<b>AMBULATORIO:</b>		
<b>Cirugía Miscelánea Ambulatoria</b>	100% de U&C basado en el Costo Indexado de la Instalación de la Cirugía Ambulatoria	100% de U&C basado en el Costo Indexado de la Instalación de la Cirugía Ambulatoria
<b>Visitas No Quirúrgicas de Médico</b>	Hasta \$45 primer día; \$40 por los días siguientes (Limitado a una visita por día)	Hasta \$45 primer día; \$40 por los días siguientes (Limitado a una visita por día)
<b>Fisioterapia</b>	Hasta \$30 por visita/máximo de 10 visitas	Hasta \$30 por visita/máximo de 20 visitas
<b>Urgencias Medica</b>	100% de U&C (tratamiento debe ser proveído dentro de 72 horas del momento de la lesión)	100% de U&C (tratamiento debe ser proveído dentro de 72 horas del momento de la lesión)
<b>Servicios de Rayos X</b>	Un máximo de \$75	100% de U&C; Un máximo de \$75
<b>Cat Scan (Tomografía)</b>	Un máximo de \$375	Un máximo de \$375
<b>MRI (Imagen de Resonancia Magnética)</b>	Un máximo de \$750	Un máximo de \$750
<b>Laboratorio</b>	No Hay Beneficios	No Hay Beneficios
<b>Inyecciones</b>	No Hay Beneficios	No Hay Beneficios
<b>Prescripciones de Medicamentos</b>	No Hay Beneficios	100% de U&C
<b>Inmovilizadores Ortopédico y Aparatos de Apoyo</b>	Un máximo de \$250	100% de U&C
<b>PACIENTE HOSPITALIZADO Y/O AMBULATORIO:</b>		
<b>Costos de Cirujano</b>	100% de U&C (cirugía especifica basada en el Programa de Compensación de Trabajadores de la Florida)	100% de U&C (cirugía especifica basada en el Programa de Compensación de Trabajadores de la Florida)
<b>Anestesiata</b>	100% de U&C	100% de U&C
<b>Cirujano Asistente</b>	100% de U&C	100% de U&C
<b>Ambulancia</b>	Un máximo de \$250	Un máximo de \$250
<b>Consultante</b>	Se paga bajo visita de Médico	100% de U&C
<b>Dental (lesión de dientes sanos y Naturales)</b>	Hasta \$500 por diente / \$ 1,000 máximo (incluye la ortodoncia, como resultado de una lesión bajo cobertura)	Hasta \$500 por diente / \$ 1,000 máximo (incluye la ortodoncia, como resultado de una lesión bajo cobertura)
<b>Radiografías Dentales</b>	\$15 por diente / \$40 la boca completa	\$15 de un diente / \$40 la boca completa
<b>Reemplazo de Lentes, Lentes de Contacto &amp; Auxiliares Auditivos</b>	100% de U&C (Cuando se rompen a causa de una lesión cubierta)	100% de U&C (Cuando se rompen a causa de una lesión cubierta)
<b>Auxiliares Auditivos</b>	Pagado bajo el programa de Inmovilizadores Ortopédico y Aparatos de Apoyo	Pagado bajo el programa de Inmovilizadores Ortopédico y Aparatos de Apoyo
<b>Cuidado Médico en el Hogar</b>	40 visitas no quirúrgicas por año de póliza (Los servicios deben ser prestados dentro de los 7 días después de la hospitalización o cirugía ambulatoria. Un Médico debe recomendar el tratamiento)	40 visitas no quirúrgicas por año de póliza (Los servicios deben ser prestados dentro de los 7 días después de la hospitalización o cirugía ambulatoria. Un Médico debe recomendar el tratamiento)
<b>Intoxicación Alimentaria</b>	Se paga como cualquier otra Lesión (intoxicación por alimentos debe ser causado por la alimentación escolar suministrado)	No hay beneficios

\*El deducible médico de \$250 será exonerado sí: (1) cirugía que sea necesaria se realiza de forma ambulatoria, (2) diagnóstico de laboratorio y servicios de rayos X se realizan de forma ambulatoria para las pruebas de pre-ingreso dentro de los 7 días previos al ingreso hospitalario; (3) se exige (obligatoriamente) una segunda opinión para la necesidad de una cirugía de manera no urgente [nota, esta exención sólo aplica a los cargos para una segunda opinión obligatoria para cirugía.

**OPCIONES DEL PLAN Y DE LAS TARIFAS**

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

<b>PLANES DE COBERTURA</b>	<b>OPCIÓN DE TARIFAS BÁSICAS</b>	<b>PLAN DE FÚTBOL AMERICANO DE MIAMI DADE</b>
Fútbol Americano de Escuela Secundaria	No Disponible	\$76.00
Fútbol Americano de Escuela Secundaria de Primavera	No Disponible	\$23.00
En la escuela, incluyendo actividades deportivas interescolares excluyendo Fútbol (Escuela Intermedia y Secundario o Superior)	\$30.00	No Disponible

**RETENGA ESTA DESCRIPCIÓN PARA SUS ARCHIVOS. Guarde este folleto de seguro de accidente estudiantil y su cheque cancelado o recibo de “money order” como su registro de cobertura. Este folleto ha sido diseñado para ilustrar las características de este seguro. Toda información de seguro de accidente estudiantil está sujeta a las disposiciones del formulario de la póliza B33MP. Las Exclusiones y Limitaciones se aplicarán. En caso de que exista discrepancia entre la póliza y esta información de accidente estudiantil, las disposiciones de la póliza prevalecerán.**