

# Seguro Voluntario de Accidentes para Estudiantes

## MIAMI DADE COUNTY PÚBLICO VOLUNTARIO



# 2020-2021

Plan Administrator:



Health Special Risk, Inc.  
HSR Plaza II  
4100 Medical Parkway, Suite 200  
Carrollton, TX 75007 - 1517  
Phone: 866.409.5733, Ext. 5660  
Fax: 972.512.5819  
[www.healthspecialrisk.com](http://www.healthspecialrisk.com)

Offered Through:



Insurance for Students, Inc.  
1690 South Congress Ave, Suite 101  
Delray Beach, FL 33445  
Phone: 954.771.5883  
Toll-free: 800.356.1235  
Fax: 954.772.0872  
[ifs@insuranceforstudents.com](mailto:ifs@insuranceforstudents.com)

Underwritten By:



Starr Indemnity & Liability Company  
New York, NY 10022

**Policy Number: BAP 273187**

HSR es una agencia de seguros con licencia independiente y está autorizada para vender este seguro de accidente estudiantil en nombre de Starr Companies. Cobertura suscrita por: Starr Indemnity & Liability Co., Dallas, TX

2020-2021



## ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE MIAMI DADE

Cobertura de seguro voluntario contra accidentes para alumnos K-12  
Cobertura asegurada por: Starr Indemnity & Liability Company;  
399 Park Avenue, 2<sup>nd</sup> Floor, New York, NY 10022

La siguiente es solo una breve descripción de la(s) cobertura(s) disponibles conforme a la póliza BAP 273187. La póliza incluirá reducciones, limitaciones, exclusiones y disposiciones de finalización. Los detalles completos de la cobertura están incluidos en la póliza. En caso de que exista alguna discrepancia entre este documento y la póliza, o si algún punto no está cubierto en el presente documento, los términos y condiciones de la póliza prevalecerán. Los términos en mayúscula que no están definidos en este documento se encuentran definidos en la póliza.”

### ELEGIBILIDAD:

Todos los alumnos registrados de los grados preK-12 de la escuela o distrito participante.

### OPCIONES DE COBERTURA

**COBERTURA LAS 24 HORAS:** Los beneficios se pagarán por lesiones ocurridas en las 24 horas al día, los 365 días del año; durante los recesos escolares, la escuela de verano y las vacaciones de verano. Durante la participación en la práctica o el partido de fútbol interescolar de escuelas secundarias no se brinda ningún tipo de cobertura.

**COBERTURA ESCOLAR:** Los beneficios se pagarán por lesiones ocurridas: (a) durante el ciclo escolar regular; (b) en las instalaciones escolares durante el horario lectivo de la escuela; (c) en las instalaciones escolares fuera del horario lectivo de la escuela si participa en un evento o actividad patrocinado por la escuela o asiste a él; (d) fuera de las instalaciones de la escuela durante la asistencia o participación en un evento/actividad patrocinada por la escuela (se incluyen las excursiones escolares de un día); (e) el traslado directo de/hacia el hogar del Asegurado y las instalaciones escolares los días en los que el Asegurado tiene clases del calendario regular; si el traslado se realiza en otro medio de transporte distinto al autobús escolar, el tiempo de traslado cubierto es de una hora antes de la primera clase y una hora después de que el Asegurado se haya retirado; y (e) el traslado hacia, durante o después de un evento/actividad con cobertura, como miembro de un grupo en el transporte provisto u organizado por el distrito/la escuela Titular de la póliza. Durante la participación en la práctica o el partido de fútbol interescolar de escuelas secundarias no se brinda ningún tipo de cobertura.

**PERÍODO DE COBERTURA:** La cobertura conforme al programa At School (Escolar) y de 24 horas comienza en la fecha de recepción de la prima, pero no antes del inicio de las actividades del ciclo lectivo. La cobertura escolar finaliza al momento de cierre del ciclo lectivo regular de nueve meses, excepto en el caso de eventos patrocinados y supervisados por la escuela durante el verano. La cobertura de 24 horas finaliza cuando la escuela reabre para el siguiente ciclo lectivo de otoño. La cobertura está disponible en ambos planes durante todo el año escolar con las primas cotizadas (**no hay primas prorrateadas disponibles**).

### BENEFICIOS

**GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE:** Cuando una lesión cubierta en un Asegurado da lugar al tratamiento a cargo de un médico o cirujano en un plazo de 60 días a partir de la fecha del accidente, los beneficios se pagarán del modo que se muestra en el **Programa de beneficios**, superior al Deducible médico, si corresponde. Solo tendrán cobertura los gastos médicos elegibles que contraiga el Asegurado en un plazo de 104 semanas a partir de la fecha del accidente. Los beneficios en caso de accidente no superarán el Beneficio médico máximo de \$25,000 (\$5,000 para accidentes automovilísticos, a excepción de 2 o 3 ruedas). Se pagarán los Gastos médicos que contraiga el Asegurado por los servicios cubiertos que superen los montos máximos pagaderos por otro Plan de seguro, sujeto al Deducible, al Porcentaje de beneficio y al Período de beneficios.

**MUERTE O DESMEMBRAMIENTO POR ACCIDENTE:** En caso de lesión del Asegurado en cualquiera de las Pérdidas cubiertas que se muestran a continuación, en el plazo de 180 días a partir de la fecha de la Lesión, la Compañía pagará el monto indicado a continuación para dicha Pérdida. Si se producen varias pérdidas, solo se pagará un Beneficio, el beneficio superior, para todas las pérdidas que sean consecuencia del mismo Accidente cubierto.

Pérdida de vida .....	\$1,500.00
Pérdida de ambas manos, ambos pies, la vista en ambos ojos, el habla y la audición ...	\$7,500.00
Pérdida de una mano, un pie, la vista en un ojo, el habla o la audición.....	\$1,000.00
Pérdida del dedo pulgar e índice de la misma mano.....	\$500.00

### DEFINICIONES

*Cargos usuales y habituales* hace referencia al monto promedio que cobra la mayoría de los proveedores por el tratamiento, el servicio o los suministros en la región geográfica en la que se proporciona el suministro o servicio de tratamiento.

*Lesión* hace referencia a una lesión corporal en una Persona cubierta que resulte de manera directa, independientemente de las demás causas, de un Accidente cubierto que se produzca durante la vigencia de la Póliza con respecto a la persona cuya lesión es la base de la reclamación.

*Hospital* hace referencia a una institución que 1) funcione como un Hospital, conforme a la legislación sobre la atención, el tratamiento y la prestación de servicios a pacientes internados que sufran alguna enfermedad o lesión; 2) preste servicios de enfermería las 24 horas a cargo de enfermeras registradas por turno o de guardia; 3) tenga un personal de uno o más médicos matriculados disponibles en todo momento; 4) proporcione centros organizados para el diagnóstico, el tratamiento y la cirugía, ya sea a) en sus instalaciones o b) en centros disponibles de manera acordada previamente; 5) no sea principalmente un centro de atención de enfermería, un asilo, hogar de convalecencia o establecimiento similar, o cualquier planta, ala o sección independiente de un Hospital que se utilice como tal; y 6) no sea un lugar destinado a personas mayores, drogadictos o alcohólicos.

No se negará una reclamación por servicios únicamente porque el Hospital carezca de centros quirúrgicos especializados y sea básicamente para rehabilitación, si dicha rehabilitación está específicamente orientada al tratamiento de una discapacidad física y el Hospital cuenta con una acreditación otorgada por alguna de las siguientes entidades: 1) la Comisión Conjunta para la Acreditación de Hospitales; 2) la Asociación Osteopática Estadounidense o 3) la Comisión para la Acreditación de Centros de Rehabilitación.

### EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Esta Póliza no cubre ninguna pérdida que resulte, total o parcialmente, o sea consecuencia natural o probable de alguna de las siguientes circunstancias, o a la que esta haya contribuido, incluso si la causa inmediata de la pérdida es una lesión corporal accidental: Suicidio, autodestrucción, intento de autodestrucción o lesión autoinfligida intencionalmente en posesión o no de las facultades mentales; guerra o cualquier acto bélico, declarado o no declarado; enfermedad, afección o cualquier infección bacteriana, excepto las que deriven de un corte o herida accidental o de infecciones piógenas que se deban a la ingestión accidental de sustancias contaminadas; consumo voluntario de drogas o narcóticos, a menos que hayan sido recetados por un Médico; gastos cubiertos sobre los cuales la Persona cubierta no sería responsable en caso de ausencia de esta Póliza; lesiones pagadas de acuerdo con la compensación para trabajadores, las leyes de responsabilidad patronal o cualquier otro beneficio laboral similar, o bien durante la participación en actividades destinadas a la ganancia monetaria proveniente de fuentes distintas al Titular de la póliza; lesiones causadas por, o a las que haya contribuido o sean provocadas por el consumo de alcohol, drogas ilegales o fármacos, por parte de la Persona cubierta, que no cumplan con la dosis o la indicación conformes a la receta del Médico de la Persona cubierta; servicios o tareas activas en las Fuerzas Armadas, la Guardia Nacional, los cuerpos de oficiales reservistas organizados o de las fuerzas militares, navales o aéreas de cualquier país u organización internacional, servicios o tratamiento provistos por un Médico, enfermera/o o cualquier otra persona que esté empleada o contratada por el Titular de la póliza; o un miembro cercano de la familia de la Persona cubierta; tratamiento de una hernia, enfermedad de Osgood-Schlatter, osteocondritis, apendicitis, osteomielitis, afecciones o enfermedad cardíaca, fracturas patológicas, debilidad congénita, sean consecuencia o no de un Accidente cubierto; daños o pérdida de dentadura o puentes, o bien daños en la ortodoncia existente, excepto en los casos específicamente previstos en esta Póliza; anteojos, lentes de contacto, audífonos; el traslado o transporte aéreo en cualquier vehículo de navegación aérea, incluido el embarque o el descenso en los siguientes casos: En el transcurso del viaje como pasajero en cualquier aeronave que no esté destinada al transporte de pasajeros o carezca de la licencia correspondiente.

Los siguientes puntos no se considerarán Gastos cubiertos, a menos que su cobertura esté específicamente prevista en el Programa de beneficios:

1) sangre, plasma sanguíneo o almacenamiento de sangre, excepto los gastos de un Hospital para el procesamiento o la administración de la sangre; 2) cirugía cosmética, excepto la cirugía reconstructiva necesaria como consecuencia de una Pérdida cubierta; 3) todo tratamiento, cirugía, terapia médica o examen, ya sea optativo o de rutina, incluidos los servicios, el tratamiento y los suministros que: (a) son experimentales o están en fase de investigación; y (b) no constituyen una práctica médica reconocida y de aceptación generalizada en los Estados Unidos; 4) exámenes o recetas, o la compra, la reparación o el reemplazo, de anteojos, lentes de contacto, audífonos, sillas de rueda, ortodoncia, dispositivos, soportes ortopédicos o dispositivos ortóticos; 5) tratamiento en cualquier Administración de Asuntos de los Veteranos, organismo federal o estatal, a menos que exista la obligación legal de pagar; 6) servicios o tratamiento provistos por personas que no suelen cobrar por sus servicios, a menos que exista la obligación legal de pagar; 7) curas de descanso o atención de custodia; 8) reparación o reemplazo de dentaduras completas o parciales existentes, ortodoncia o puente; 9) servicios personales, como televisión y teléfono o traslado; 10) aparatos ortopédicos utilizados principalmente para cuidar una Lesión de modo tal que la Persona cubierta pueda participar de deportes interescolares o de clubes; 11) gastos pagaderos por una póliza de seguro automotor sin consideración de la culpa; 12) tratamiento de lesiones que surgen después de un determinado período de tiempo (por ejemplo, ampollas, codo de tenista, etc.) y son consecuencia normal y previsible de la participación en la Actividad cubierta; 13) reparación o reemplazo de extremidades artificiales existentes, ojos y laringe; 14) cargos por cualquier artículo de vestir previsto para usarse más de una vez; 15) afecciones preexistentes, tal como se definen en este documento; 16) embarazo, parto, aborto espontáneo, aborto o cualquier complicación de alguna de estas afecciones excepto que el tratamiento se requiera como consecuencia de un Accidente cubierto; 17) gastos incurridos para el tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular o craneomandibular y el dolor miofacial asociado; 18) Lesión o muerte en la que una de las causas es la violación o el intento de violación, por parte de la Persona cubierta, de cualquier ley debidamente promulgada o la perpetración o el intento de perpetrar una agresión o delito grave; 19) anteojos, lentes de contacto, audífonos, sillas de rueda, ortodoncia, dispositivos, exámenes o recetas para ellos, o la reparación o el reemplazo de extremidades artificiales existentes, aparatos ortopédicos o dispositivos ortóticos; 20) tratamiento o servicio provisto por un(a) enfermero(a) particular; 21) refracción ocular o exámenes oculares con el fin de recetar lentes correctivos o aplicar un ajuste en ellos, a menos que resulten de una Lesión sufrida durante la cobertura conforme a esta Póliza; 22) vacunas/inyecciones; 23) trastornos mentales y nerviosos; 24) traslado en cualquier vehículo motorizado todo terreno que no requiera licencia como vehículo motorizado en la jurisdicción en la que opere; 25) lesiones asociadas con actividades o viajes fuera de los Estados Unidos.

**CONSERVE ESTA DESCRIPCIÓN PARA SU REGISTRO. Conserve este folleto de seguro contra accidentes para alumnos y su comprobante de giro bancario o cheque cancelado como registro de cobertura. Este folleto se ha diseñado para ilustrar los aspectos destacados de este seguro. Toda información sobre el seguro contra accidentes para alumnos está sujeta a las disposiciones del Formulario de la póliza AH-20001-FL. Se aplicarán exclusiones y limitaciones. En caso de que exista alguna discrepancia entre esta póliza y la información sobre accidentes de alumnos, las disposiciones de la póliza prevalecerán.**

## PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL SEGURO CONTRA ACCIDENTES DE ALUMNOS

PACIENTE INTERNADO:	PLAN BÁSICO
<b>Habitación y comidas</b>	100% de los cargos usuales y habituales hasta \$1,000 por día
<b>Varios hospitalarios</b>	100% de los cargos usuales y habituales hasta el límite de gastos médicos por accidente (AME*)
<b>Enfermero(a) registrado(a)</b>	100% de los cargos usuales y habituales hasta el límite de gastos médicos por accidente (AME*)
<b>Visitas no quirúrgicas del médico</b>	Hasta \$45 el primer día; luego \$40 por día (se limita a una visita por día)
PACIENTES AMBULATORIOS:	
<b>Cirugía para pacientes ambulatorios en el hospital - Cargos del centro</b>	100% de los cargos usuales y habituales hasta el límite de gastos médicos por accidente (AME*)
<b>Visitas no quirúrgicas del médico</b>	Hasta \$45 el primer día; luego \$40 por día (se limita a una visita por día)
<b>Fisioterapia</b>	Hasta \$30 por visita/10 visitas como máximo
<b>Sala de emergencias</b>	100% de los cargos usuales y habituales hasta alcanzar el límite de gastos médicos por accidente (AME*) (el tratamiento debe proporcionarse en el plazo de 72 horas a partir del momento de la lesión)
<b>Servicios de radiografías (incluye los cargos por lectura)</b>	100% de los cargos usuales y habituales hasta \$75 como máximo
<b>Tomografía axial computarizada (TAC) (incluye los cargos por lectura)</b>	100% de los cargos usuales y habituales hasta \$375 como máximo
<b>Resonancia magnética (MRI)(incluye los cargos por lectura)</b>	100% de los cargos usuales y habituales hasta \$750 como máximo
<b>Laboratorio</b>	Sin beneficios
<b>Inyecciones</b>	Sin beneficios
<b>Medicamentos recetados</b>	Sin beneficios
<b>Corazón y sistema circulatorio (afección cubierta: agotamiento por calor)</b>	100% de los cargos usuales y habituales hasta el límite de gastos médicos por accidente (AME*)
<b>Dispositivos y aparatos ortopédicos</b>	100% de los cargos usuales y habituales hasta el límite de gastos médicos por accidente (AME*)
PACIENTES INTERNADOS Y/O AMBULATORIOS:	
<b>Tarifas del cirujano</b>	100% de los cargos usuales y habituales hasta el límite de gastos médicos por accidente (AME*)
<b>Anestesista</b>	100% de los cargos usuales y habituales hasta el límite de gastos médicos por accidente (AME*)
<b>Cirujano asistente</b>	100% de los cargos usuales y habituales hasta el límite de gastos médicos por accidente (AME*)
<b>Ambulancia (del lugar del accidente al hospital)</b>	100% de los cargos usuales y habituales hasta \$250 como máximo
<b>Consultor</b>	Se paga con la visita del médico
<b>Dental (lesiones en dientes sanos naturales únicamente, incluidas las radiografías)</b>	Hasta \$500 por diente/\$1,000 como máximo
<b>Reemplazo de anteojos, lentes de contacto y audífonos</b>	100% de los cargos usuales y habituales hasta el límite de gastos médicos por accidente (AME*) (cuando se rompen como consecuencia de una lesión cubierta)
<b>Atención médica a domicilio</b>	40 visitas no quirúrgicas por año de la póliza (los servicios deben prestarse en el plazo de 7 días después de la hospitalización o cirugía para pacientes ambulatorios. El médico debe recomendar el tratamiento)
<b>Beneficio de gastos por exposición a patógenos de transmisión sanguínea</b>	100% de los cargos usuales y habituales hasta \$500 como máximo
<b>Intoxicación</b>	Se paga como cualquier otra lesión (la intoxicación debe ser consecuencia de alimentos suministrados por la escuela)

### OPCIONES DEL PLAN Y TARIFAS

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

PLANES DE COBERTURA	TARIFAS DEL PLAN BÁSICO
24 horas, excepto el fútbol de escuela secundaria (PK-12)	\$70.00
En la escuela, excepto deportes/fútbol (PK-6)	\$14.00
En la escuela (grados 7-12), excepto los deportes y el fútbol interescolares del último año de secundaria	\$15.00

\*Accident Medical Expense



2020-2021

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE MIAMI DADE
SEGURO VOLUNTARIO CONTRA ACCIDENTES PARA ALUMNOS K-12
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Apellido del alumno: Fecha de nacimiento del alumno:

Nombre del alumno: Inicial del segundo nombre: Número de teléfono:

Número del seguro social del alumno: Grado: Número de Id. del alumno:

Domicilio: Calle Ciudad Estado Código postal

Nombre del distrito escolar: Nombre del campus escolar: (obligatorio para el procesamiento)

Firma del padre/madre o tutor: Fecha: Correo electrónico Domicilio:

Table with 2 columns: PLANES DE COBERTURA and PLAN BÁSICO. Rows include coverage options like '24 horas, excepto el fútbol de escuela secundaria' and 'Solo para uso de la compañía'.

Una vez finalizado, envíe este formulario a la siguiente dirección:

Health Special Risk, Inc.
P.O. Box 957824
St. Louis, MO 63195-7824

Para obtener más información o asistencia sobre el seguro para todos los alumnos, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente al 1-866-409-5733

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

\*\*Se agregará un cargo administrativo del 5% para los pedidos con tarjeta de crédito

Cobertura contra accidentes asegurada por:
Starr Indemnity & Liability Company, 399 Park Avenue, 2nd Floor, New York, NY 10022