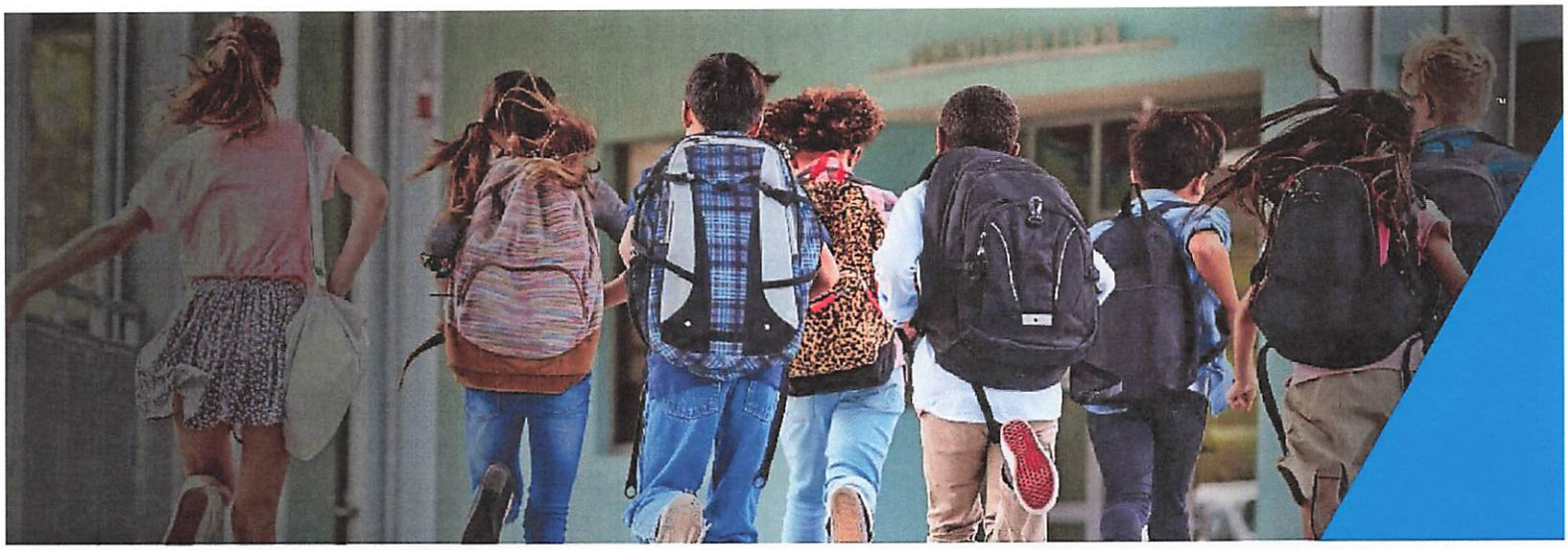

Programa de seguro voluntario de accidentes escolares

Su escuela ha adquirido un seguro de accidentes escolares que cubre las actividades escolares supervisadas y organizadas. Este folleto le brinda la oportunidad de ampliar la cobertura del seguro de accidentes adquirido por su escuela, tal y como se explica a continuación.

Cobertura opcional de accidentes 24 horas

El seguro de accidentes escolares de su centro comprende las lesiones cubiertas que se sufran en horario lectivo y mientras se asiste a actividades organizadas y supervisadas dentro o fuera de las instalaciones escolares, o se participa en ellas.

Esta cobertura opcional de accidentes 24 horas amplía la cobertura a los alumnos que participan en actividades escolares los fines de semana y durante las vacaciones, así como todo el verano. Los alumnos están protegidos mientras estén en el domicilio o fuera de él, en cualquier lugar o momento, en los Estados Unidos, Canadá o México. La cobertura no comprende 1) actividades deportivas interescolares ni 2) actividades organizadas y supervisadas por la escuela que ya estén cubiertas por el programa suscrito de seguro de accidentes escolares.

El coste de esta cobertura adicional es de 74,00 $.

¿Por qué contratar un seguro voluntario de accidentes escolares?

Nuestro programa de seguro voluntario de accidentes escolares es un modo de velar por su bienestar y el de su familia. Esta cobertura protege a su hijo/a frente a lesiones médicas o dentales, ya se produzcan en su lugar de residencia o durante un viaje de vacaciones de verano. Con nuestra cobertura de seguro voluntario de accidentes escolares, ayudamos las escuelas a cumplir su compromiso con la salud y el bienestar de sus alumnos.

Periodo de cobertura

La cobertura opcional de accidentes 24 horas se activa en la fecha de recepción de la prima, pero no antes del inicio del curso escolar. Si el estudiante permanece matriculado en la escuela, la cobertura opcional de accidentes 24 horas termina cuando la escuela retoma su actividad al siguiente curso escolar. La cobertura está disponible a lo largo de todo el curso escolar con la prima indicada en el formulario de inscripción. (Las primas no se pueden prorratear).

Base de la cobertura: Principal

Se abonarán prestaciones por los gastos médicos por accidentes cubiertos desde el primer dólar de gastos efectuados. Las prestaciones se abonan junto a, e independientemente de, los pagos que se reciban de otros seguros.



Procedimientos de reclamación

Guarde siempre una copia de todos los documentos relacionados con la reclamación. La prueba escrita de la pérdida debe presentarse en el plazo de 90 días a partir de la fecha de la citada pérdida.

1) Póngase en contacto con su centro escolar o BMI Benefits para obtener un formulario de reclamación por accidente.

2) Complete el formulario de reclamación en su totalidad y envíelo a BMI Benefits en el plazo de 90 días a partir de la fecha del accidente.

3) Adjunte todas las facturas detalladas al formulario de reclamación cumplimentado y envíelo a:

BMI BENEFITS, LLC
PO Box 511
Matawan, NJ 07747
Teléfono: 800.445.3126 | Fax: 732.583.9610 | Correo electrónico: BMI@bobmccloskey.com

everest

Gallagher
Insurance | Risk Management | Consulting

Gestor del programa
Gallagher Benefit Services of California Insurance Services

Bob McCloskey Insurance
BMI BENEFITS - FULL TPA SERVICES

Agente general gerente y administrador de reclamaciones
Bob McCloskey Insurance y BMI Benefits
Apartado de correos 511 ▪ Matawan, NJ 07747

Descripción de la cobertura

Programa de seguro de California para accidentes escolares (CSAIP) – Programa voluntario para alumnos K-12

Esta cobertura opcional de accidentes 24 horas amplía la cobertura a los alumnos que participan en actividades escolares los fines de semana y durante las vacaciones, así como todo el verano. Los alumnos están protegidos mientras estén en el domicilio o fuera de él, en cualquier lugar o momento, en los Estados Unidos, Canadá o México. La cobertura no comprende 1) actividades deportivas interescolares ni 2) actividades organizadas y supervisadas por la escuela que ya estén cubiertas por el programa suscrito de seguro de accidentes escolares.

El coste de esta cobertura adicional es de 74,00 $.

Prestación máxima en concepto de gastos médicos por accidente	**25 000 $**
Franquicia	100 $
Plazo de la pérdida (inicio del tratamiento)	En los 90 días tras un Accidente Cubierto
Plazo de prestaciones	1 año a partir de la fecha del accidente cubierto
Cobertura	80 % de los gastos habituales
Diseño del plan	Principal
Hospitalización	
Estancia y alimentación en el hospital	80 % de la tarifa en habitación semiprivada
Cuidados intensivos hospitalarios	80 % de los gastos habituales
Costes hospitalarios varios	80 % de los gastos habituales
Asistencia ambulatoria	
Centro médico ambulatorio	80 % de los gastos habituales
Tratamiento en urgencias	80 % de los gastos habituales
Servicios médicos	
Cirugía	80 % de los gastos habituales
Anestesiólogo	35 % de la retribución del cirujano
Cirujano asistente	35 % de la retribución del cirujano
Asistente médico	80 % de los gastos habituales
Fisioterapia	80 % de los gastos habituales
Instalaciones quirúrgicas	80 % de los gastos habituales
Otros servicios	
Servicios de enfermería	80 % de los gastos habituales
Recetas	80 % de los gastos habituales
Pruebas de laboratorio, rayos X e interpretación	80 % de los gastos habituales
Diagnóstico por imagen (RM, TAC, etc.)	80 % de los gastos habituales
Ambulancia aérea/terrestre	80 % de los gastos habituales
Equipo médico duradero	80 % de los gastos habituales
Tratamiento dental para dientes naturales sanos	80 % de los gastos habituales
Prestación dental ampliada	hasta 50 000 $
Prestaciones por muerte accidental y desmembramiento	
Prestación por muerte accidental	25 000 $
Prestación máxima por desmembramiento accidental	50 000 $

Exclusiones comunes:

Además de las exclusiones específicas de las prestaciones, no se abonarán prestaciones por ninguna lesión o pérdida cubierta que, directa o indirectamente, en su totalidad o en parte, sea causada por o resulte de cualquiera de los siguientes factores, a menos que la cobertura se proporcione específicamente por su nombre en la sección «Descripción de la cobertura»:

1. Suicidio, conducta autodestructiva, intento de conducta autodestructiva o lesión intencional autoinfligida, ya sea en estado de cordura o de demencia.
2. Guerra o cualquier acto de guerra, declarado o no declarado.
3. Un Accidente que se produzca mientras la Persona Cubierta está en Servicio activo en cualquier Ejército, Guardia Nacional, servicio militar, naval o aéreo, o reserva.
4. Lesiones sufridas durante el servicio en las Fuerzas Armadas de cualquier país. Cuando la Persona Cubierta entre en las Fuerzas Armadas de cualquier país, reembolsaremos la prima prorrateada no devengada previa solicitud.
5. Participación en disturbios o insurrección. Por «disturbio» se entiende toda alteración del orden público que implique una reunión de 5 o más personas y que, mediante una conducta tumultuosa y violenta o la amenaza de la misma, cree un grave peligro de daños o lesiones a bienes o personas. La exclusión por disturbios solo se aplicará cuando una persona participe voluntariamente en un disturbio o incite o inste voluntariamente a otras personas a participar en él.
6. Cualquier lesión que requiera tratamiento y que sea resultado de combates, peleas, agresiones o ataques.
7. Enfermedad, afección, trastorno corporal o mental o tratamiento médico o quirúrgico de los mismos, infección bacteriana o viral, independientemente de cómo se haya contraído. Esto no incluye la infección bacteriana que sea el resultado natural previsible de una lesión corporal externa accidental o una intoxicación alimentaria accidental.
8. Enfermedad o trastorno del cuerpo o la mente.
9. Trastornos mentales o nerviosos, excepto en los casos previstos específicamente en la Póliza.
10. Asfixia por inhalación voluntaria o involuntaria de gas, y no como resultado del trabajo de la Persona Cubierta.
11. Ingesta voluntaria de cualquier estupefaciente, fármaco o narcótico, excepto cuando sea bajo prescripción médica y sin respetar la dosis o el propósito indicados por el Médico de la Persona Cubierta.
12. Embriaguez o estar bajo los efectos de cualquier estupefaciente o narcótico.
13. Lesiones causadas directa o indirectamente por el consumo de alcohol o estupefacientes de la Persona Cubierta, o por el consumo de fármacos sin respetar la dosis o el propósito indicados por el Médico de la Persona cubierta.
14. Conducir bajo la influencia de una sustancia controlada a menos que se administre por recomendación de un Médico.
15. Conducción en estado de embriaguez. «En estado de embriaguez» tendrá el significado que dispongan las leyes en la jurisdicción del área geográfica donde se produzca la pérdida.
16. Infracción, ya sea consumada o intentada, de cualquier ley o reglamento debidamente promulgados, o de un delito grave, ya sea consumado o en grado de tentativa, mientras se participa en una ocupación ilegal.
17. Afecciones no causadas por un Accidente Cubierto.
18. Gastos cubiertos por los cuales la Persona Cubierta no sería responsable en ausencia de esta Póliza.
19. Cualquier tratamiento, servicio o suministro no cubierto específicamente por esta Póliza.
20. Pérdida resultante de la participación en cualquier actividad no cubierta específicamente por esta Póliza.
21. Gastos que superen los gastos habituales.
22. Gastos asociados a un Accidente y efectuados tras el plazo de prestaciones indicado en el programa de prestaciones.
23. Exámenes médicos regulares.
24. Cualquier Accidente en el que la Persona Cubierta sea el conductor de un vehículo de motor y no posea la correspondiente licencia válida y en vigor.
25. Desplazamiento en:
    a. Motonieve.
    b. Moto de agua.
    c. Cualquier vehículo de motor de dos o tres ruedas, que no sea una motocicleta registrada para viaje en carretera.
    d. Cualquier vehículo motorizado todoterreno que no requiera licencia como vehículo motorizado.
26. Viaje o vuelo en cualquier vehículo para navegación aérea, incluido el embarque o el desembarque:
    a. Mientras se viaja como pasajero en cualquier Aeronave no destinada al transporte de pasajeros ni autorizada para dicha actividad.

b. Mientras se utiliza para cualquier propósito experimental o de ensayo.
c. Mientras se pilota, se aprende a pilotar o se trabaja como miembro de la tripulación.
d. Mientras se viaja en cualquier Aeronave o aparato que sea propiedad de la Organización Participante, o esté alquilado por cualquier empresa subsidiaria o vinculada a la Organización Participante, o en su nombre, o por la Persona Cubierta o cualquier miembro de su núcleo familiar.
e. Una nave espacial o cualquier nave diseñada para la navegación por encima o más allá de la atmósfera terrestre, o un vuelo ultraligero con ala delta, paracaidismo o puenting con cuerda elástica.
f. Excepto como pasajero que paga una tasa en una aerolínea comercial regular o como pasajero en una Aeronave privada en un vuelo no regular utilizado con fines comerciales o de ocio.

27. Tratamiento de una Lesión causada por o como resultado de una reacción nuclear o de la liberación de energía nuclear. Sin embargo, esta exclusión no se aplicará si el siniestro tiene lugar en un plazo de 365 días a partir del incidente inicial y:
    a. Fue causado por fuego, calor, explosión u otro daño físico resultado de la liberación de energía nuclear, y
    b. la Persona Cubierta estaba dentro de un radio de 100 millas del lugar de la explosión:
        i. en el momento del suceso;
        ii. en un plazo de 24 horas desde la explosión, o
        iii. el siniestro se produjo mientras la Persona Cubierta estaba
28. en reposo o bajo custodia.
29. Cirugía electiva o cosmética, excepto para cirugía reconstructiva en una parte lesionada del cuerpo.
30. Servicios prestados para la detección y corrección por medios manuales o mecánicos (incluidos los rayos X incidentales a causa de desequilibrio estructural, distorsión o subluxación en el cuerpo humano con el fin de eliminar interferencias nerviosas cuando dicha interferencia sea el resultado o esté relacionada con distorsión, desalineación o subluxación de o en la columna vertebral.
31. Embarazo (excepto complicaciones del embarazo); parto; aborto espontáneo; o cualquier complicación de cualquiera de estas condiciones. Esto no se aplica si se requiere tratamiento como resultado de un Accidente Cubierto.

Gastos excluidos:

Los siguientes no se considerarán Gastos Cubiertos a menos que se proporcione específicamente cobertura para ellos.

1. Cualquier servicio, tratamiento o suministro que no se considere adecuado según se define en esta Póliza.
2. Gastos efectuados después del final del plazo de prestaciones, incluso si se abonaron en concepto de continuación de servicios o tratamiento de una Lesión Cubierta.
3. Hemograma completo, concentrado de hematíes o almacenamiento de sangre, excepto gastos de un Hospital para el procesamiento o administración de sangre.
4. Cirugía o tratamientos estéticos, o tratamiento con fines exclusivamente estéticos, o complicaciones derivadas de los mismos. Esta exclusión no se aplica a:
    a. Cirugía estética derivada de un Accidente Cubierto, si el tratamiento inicial de la Persona Cubierta se inicia dentro de los 12 meses siguientes a la fecha del Accidente Cubierto.
    b. Reconstrucción incidental o posterior a la cirugía derivada de un accidente cubierto.
    c. Cualquier consecuencia adversa no planificada e involuntaria que pueda resultar durante el tratamiento de un Accidente Cubierto.
5. Cualquier tratamiento, cirugía, tratamiento de salud o examen electivo o rutinario, incluido cualquier servicio, tratamiento o suministros que: (a) se consideren experimentales o de investigación, y (b) no sean prácticas médicas reconocidas y generalmente aceptadas en los Estados Unidos.
6. Servicios o tratamiento proporcionados por personas que normalmente no cobran por sus servicios, a menos que exista una obligación legal de pago.
7. Cura en reposo o bajo custodia.
8. Servicios personales como televisión y teléfono.
9. Enfermedad, afección, trastorno corporal o mental o tratamiento médico o quirúrgico de los mismos, infección bacteriana o viral, independientemente de cómo se haya contraído. Esto no incluye la infección bacteriana que sea el resultado natural previsible de una lesión corporal externa accidental o una intoxicación alimentaria accidental.
10. Cuidado y tratamiento dental rutinario.
11. Cuidados rutinarios de guardería.

Nota: Una vez que se acepte la cobertura, se emitirá una Póliza para su escuela. Esta información es una breve descripción de determinadas prestaciones y características del Programa de seguro de California para accidentes escolares, suscrito por Everest Reinsurance Company. No es un contrato y no amplía ni modifica la cobertura ofrecida por la Póliza. Los términos y condiciones completos de la cobertura, incluidas las fechas de vigencia de la cobertura, las prestaciones, los límites y las exclusiones, se exponen en el formulario de póliza aplicable. En la medida en que exista alguna discrepancia entre las descripciones de este folleto y los términos, condiciones, límites y exclusiones de la Póliza, prevalecerá la Póliza.

Exención de responsabilidad de Everest: *Everest Group, Ltd. («Everest») es un proveedor mundial de reaseguros y seguros líder en el sector que opera desde hace casi 50 años a través de filiales en Estados Unidos, Europa, Singapur, Canadá, Bermudas y otros territorios. Everest ofrece soluciones para patrimonios, accidentes y necesidades especializadas a través de sus diversas filiales operativas situadas en mercados clave de todo el mundo. Las acciones ordinarias de Everest (NYSE: EG) forman parte del índice S&P 500. Puede encontrar información adicional sobre Everest, nuestros directivos y empleados, y nuestros productos en nuestro sitio web: everestglobal.com. Es posible que no todas las empresas de emisión de pólizas operen en todas las jurisdicciones.*

El CSAIP no está afiliado a Everest Insurance® («Everest»). Ningún empleado, agente o representante de Everest participa en la prestación de servicios del CSAIP, y ni el CSAIP ni sus empleados, agentes o representantes están autorizados a actuar o hablar en nombre de Everest. Como cortesía a sus asegurados aptos, Everest autoriza el acceso al CSAIP a tarifas con descuento cuando corresponda, con el fin de proporcionar a los asegurados servicios que puedan beneficiar a sus negocios, pero la elección de si utilizar el servicio del CSAIP y en qué medida depende exclusivamente de cada asegurado apto. Everest no declara ni garantiza de ningún modo (ya sea expresa o implícitamente) la validez, la calidad ni la exactitud de cualquier información, escrito, opinión o asesoramiento proporcionados por el CSAIP.

Los Banos Unified School District

1717 South Eleventh Street
Los Banos, California 93635
Telephone (209) 826-3801 Fax (209) 826-6810
www.losbanosusd.k12.ca.us

RE: Accidentes de Estudiantes y Seguro 2026-2027

Estimado Padre de Familia:

La escuela de su hijo/a NO provee cobertura de seguro medico para accidentes. Esto significa que usted debe pagar las cuentas médicas de su hijo/a en caso que se lesione durante las actividades escolares. Adjunto encontrará los planes para accidentes/salud que la escuela ofrece para ayudarle con el pago de esas cuentas.

Hay muchas opciones de cobertura. Los planes Students Health Care (Atención a la Salud para Estudiantes) y High Option 24-Hour Accident (Opción alta de accidentes por 24 horas) son recomendados especialmente para aquellos estudiantes que no tienen otro seguro porque esos planes proveen la mayor ayuda cuando los accidentes ocurren. El plan Student Health Care cubre lesiones y enfermedades 24 horas al día.

Si su hijo/a tiene otro seguro de salud, este seguro para estudiantes puede ser utilizado para pagar las cuentas que el otro seguro no cubre.

Sírvase en leer el folleto que se adjunta. Si tiene preguntas, por favor llame al administrador del plan, BMI Benefits, LLC, al 1-800-445-3126. Hay representantes bilingües para ayudar a los padres de familia que necesiten ayuda en español.

Para documentar que usted ha sido notificado, por favor recorte, firme y devuelva la sección indicada a la escuela de su hijo/a a la brevedad posible.

Atentamente,

Bree Valla, Ed.D.
Superintendente

✂----------

Como padre/tutor legal de _____, comprendo que la escuela no ofrece seguro medico de accidentes para los estudiantes, pero sí ofrece seguro voluntario para comprar si así lo deseo.

He recibido la información acerca de este programa.

☐ Deseo comprar este seguro para mi hijo/a ☐ **No** deseo comprar este seguro para mi hijo/a

Firma_____ Fecha_____