SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES

CONSULTE LOS DETALLES EN EL INTERIOR, o visite nuestro sitio web para contratar este seguro

www.sas-mn.com

Formulario de inscripción adjunto

APROBADO POR SU ESCUELA DE PK A 12.º GRADO

STUDENT ASSURANCE SERVICES INCORPORATED

Administrado por

STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC.
PO Box 196 • Stillwater MN 55082-0196
Línea gratuita 800-328-2739 - (651) 439-7098

www.sas-mn.com

L-1511-1513 (2026)

Opciones de primas y cobertura

PÓLIZA GA-2200Ed.11-16(ID)(KS)(LA)(MN)(MT)(NC)(ND)(OH)(SD) **Primas anuales únicas de la póliza**

Cobertura de tiempo escolar de PK a 12.º grado **(NO incluye Cobertura de deportes interescolares de 7.° a 12.° grado)**	**$16**

Protege al estudiante durante: a) la asistencia a las sesiones escolares normales, b) la participación en actividades extracurriculares patrocinadas y supervisadas por la escuela o la asistencia a estas, c) los traslados directos hacia y desde la escuela durante las sesiones escolares normales y durante el traslado hacia y desde las actividades extracurriculares patrocinadas y supervisadas por la escuela en medios de transporte proporcionados por esta. NO cubre la participación en deportes interescolares para estudiantes de 7.º a 12.º grado.

Cobertura de tiempo completo de PK a 12.º grado **(NO incluye Cobertura de deportes interescolares de 7.° a 12.° grado)**	**$99**

Cubre al estudiante las 24 horas del día hasta el comienzo del próximo año escolar. Incluye cobertura en el hogar y la escuela, durante los fines de semana y durante las vacaciones de verano. NO cubre la participación en deportes interescolares para estudiantes de 7.º a 12.º grado.

Cobertura de tiempo escolar de PK a 12.º grado Y Cobertura de deportes interescolares de 7.° a 12.° grado (NO incluye fútbol americano de 9.º a 12.º grado)	**$91**

Junto con la Cobertura de tiempo escolar anteriormente mencionada, incluye la Cobertura de todos los deportes interescolares que protege al estudiante mientras practica o compite en deportes interescolares patrocinados y supervisados por la escuela, incluido el traslado en medios de transporte proporcionados por dicha escuela para estudiantes de 7.º a 12.º grado. NO cubre el fútbol americano de 9.º a 12.º grado.

Cobertura de tiempo completo de PK a 12.º grado Y Cobertura de deportes interescolares de 7.° a 12.° grado (NO incluye fútbol americano de 9.º a 12.º grado)	**$174**

Junto con la Cobertura de tiempo completo anteriormente mencionada, incluye la Cobertura de todos los deportes interescolares que protege al estudiante mientras practica o compite en deportes interescolares patrocinados y supervisados por la escuela, incluido el traslado en medios de transporte proporcionados por dicha escuela para estudiantes de 7.º a 12.º grado. NO cubre el fútbol americano de 9.º a 12.º grado.

Cobertura de fútbol americano de 9.° a 12.° grado	**$250**

Protege al estudiante mientras practica o compite en juegos de fútbol americano interescolar patrocinados y supervisados por la escuela, incluido el traslado en medios de transporte proporcionados por dicha escuela para estudiantes de 9.° a 12.° grado.

Cobertura dental extendida de PK a 12.º grado	**$9**

Brinda hasta $5,000 en beneficios por cualquier lesión de índole dental. Cubre al estudiante las 24 horas del día hasta el comienzo del próximo año escolar. El tratamiento debe comenzar dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la lesión y se debe realizar en el plazo de un año a partir de la fecha de la lesión. Sin embargo, si dentro del período de un año posterior a la fecha de la lesión, el dentista tratante del estudiante certifica que el tratamiento y/o reemplazo dental debe extenderse durante más de un año, la póliza pagará el costo estimado de dicha extensión del tratamiento, pero sin superar el monto de $200 por cada diente. Los beneficios para prótesis están limitados a $500 por lesión, incluidos los procedimientos realizados para colocarlas. Las prótesis dentales incluyen, en forma no limitativa, coronas, dentaduras postizas, puentes e implantes. La Cobertura dental extendida no cubre el tratamiento de ortodoncias, enfermedades dentales ni los gastos que superen el límite máximo del beneficio de prótesis dental.

Los beneficios médicos y las exclusiones se aplican a las opciones de cobertura mencionadas anteriormente.

FECHAS DE ENTRADA EN VIGENCIA Y DE VENCIMIENTO

La cobertura entrará en vigencia a partir de la fecha que resulte posterior de las siguientes: la fecha de entrada en vigencia de la póliza base; o a las 12:01 a. m. del día posterior a la fecha del matasellos postal en el sobre que incluye el formulario de inscripción y el pago de la prima, aplicado por el Servicio Postal de los EE. UU.; o bien, para las inscripciones en línea, a las 12:01 a. m. después de la fecha en la que el administrador del plan reciba la prima correspondiente. La Cobertura de deportes interescolares expira en el último día de la temporada autorizada correspondiente al año escolar en curso. Las Coberturas de tiempo escolar y tiempo completo expiran el primer día de clases del año siguiente.

La póliza contiene una cláusula que limita la cobertura a cargos usuales y habituales. Esta limitación podría resultar en gastos adicionales para el asegurado.

BENEFICIOS MÉDICOS (lo que el Plan de Seguro paga): cuando una lesión cubierta por la póliza resulta en el tratamiento practicado por un médico autorizado para ejercer dentro de los 60 días posteriores a la fecha del accidente, la Compañía pagará los cargos usuales y habituales (Usual and Customary, U&C) ocasionados por concepto de servicios cubiertos, según se menciona a continuación, por los gastos reales incurridos en un plazo de un año a partir de la fecha de la lesión y hasta el Beneficio Médico Máximo especificado de $50,000 por lesión. (En MT y NC, los beneficios son pagaderos después de que se cumpla el deducible por lesión, el deducible es el monto pagado o pagadero para la misma lesión por Otra cobertura válida)

Esta póliza pagará los beneficios sin tener en consideración otra cobertura válida si el gasto de reclamación cubierto es menor a $200. Si el gasto de reclamación cubierto supera los $200, los beneficios serán pagaderos primero por otra cobertura válida. (Esta cobertura es complementaria en KS, y primaria en MT y NC después del deducible, y en ID, IL)

Todos los montos que se detallan a continuación son por lesión

SERVICIOS MÉDICOS

a) **Atención quirúrgica** (cirujano, asistente del cirujano y anestesia).....80 % U&C, hasta $2,500

b) **Atención no quirúrgica** (incluye la fisioterapia realizada fuera del hospital, 1 visita por día).....U&C, hasta $50 por visita, máximo de 6 visitas

ATENCIÓN HOSPITALARIA

a) **Atención de pacientes hospitalizados**

1) Habitación de hospital semiprivada.....U&C, hasta $500 por día

2) Servicios hospitalarios varios .....80 % U&C, hasta $2,500

b) **Atención ambulatoria**

1) Cargos del centro para cirugía diurna .....U&C, hasta $2,500

2) Sala de emergencia.....80 % U&C, hasta $500

Nota: Los beneficios para los cargos de hospitalarios varios y de atención ambulatoria están limitados a los servicios no programados en los Beneficios médicos.

SERVICIOS DE RADIOGRAFÍAS (incluye cargos por su interpretación).....U&C, hasta $250

SERVICIOS DE LABORATORIO.....U&C, hasta $250

DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES (resonancia magnética, tomografía axial computarizada y gammagrafía ósea y cargos por su interpretación).....U&C, hasta $500

TRATAMIENTO DENTAL .....U&C, hasta $250 por diente (en lugar de todos los demás beneficios médicos; para reparaciones y/o de cada diente sano y natural) (En SD, sanos y naturales se borra)

SERVICIOS DE AMBULANCIA .....U&C, hasta $500

DISPOSITIVOS ORTOPÉDICOS (cuando los prescriba unmédico con fines curativos).....U&C, hasta $250

MEDICAMENTOS PRESCRITOS (para uso en el hogar).....U&C, hasta $250

REEMPLAZO DE ANTEOJOS, LENTES DE CONTACTO, AUDÍFONOS (cuando se requiere tratamiento médico para una lesión cubierta).....U&C, hasta $250

LESIÓN EN VEHÍCULO MOTORIZADO .....Igual que cualquier lesión, hasta $2,500 (En KS, el límite de $2,500 no se aplica)

MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTALES

Los beneficios mencionados a continuación serán pagaderos cuando la lesión cubierta por esta póliza resulte en muerte o desmembramiento accidentales dentro de los 180 días posteriores a la fecha del accidente.

Pérdida de la vida	$2,500	Pérdida de dos miembros	$10,000
Pérdida de un ojo	$2,500	Pérdida de un miembro	$2,500

EXCLUSIONES (lo que el Plan NO paga)

1. Ninguna dolencia, enfermedad, infección (salvo las causadas por una herida o lesión abierta), lo que incluye, de forma no limitativa, el agravamiento de un trastorno congénito, ampollas, dolores de cabeza, hernias de cualquier clase, dolencia mental o física, enfermedad de Osgood-Schlatter, osteocondritis, osteocondritis disecante, osteomielitis, espondilólisis, deslizamiento de la epífisis capital femoral y ortodoncias.
2. Lesiones para las cuales corresponden los beneficios pagaderos según las leyes de Compensación Laboral o Responsabilidad del Empleador. (En NC, se excluyen los beneficios si el empleado, el empleador o la aseguradora son responsables según la sentencia o el acuerdo de liquidación según la ley estatal).
3. Toda lesión que involucre un vehículo motorizado de dos o tres ruedas, moto de nieve o cualquier vehículo motorizado o impulsado por motor que no esté diseñado principalmente para su uso en las calles y carreteras públicas, a menos que el asegurado participe en una actividad que patrocine el Titular de la Póliza. (En ID, el asegurado debe participar en calidad de profesional).
4. La práctica o el juego de deportes interescolares que incluyen viajes desde el lugar de dicha actividad, práctica o juego o hacia este, para estudiantes de 7.° a 12.° grado, a menos que se pague dicha prima.
5. En Kansas: Ningún beneficio es pagadero por lesiones corporales accidentales que deriven de un accidente en un vehículo motorizado, en la medida en que dichos beneficios sean pagaderos en virtud de cualquier disposición de pago de gastos médicos (mediante cualquier terminología que se utilice, incluidos los beneficios ordenados por ley) de cualquier póliza automotriz.
6. En Ohio: Nueva lesión si el asegurado participó en una actividad con cobertura en contra de la recomendación médica.

ESTA PÓLIZA NO TIENE EL OBJETIVO DE PROPORCIONAR BENEFICIOS PARA UN PROBLEMA MÉDICO EXISTENTE. No se cubrirá una nueva lesión si el asegurado ha recibido tratamiento dentro de un período de 180 días antes de la fecha de entrada en vigencia de la póliza. (En OH, la disposición no aplica)

¿POR QUÉ MI ESTUDIANTE DEBE ESTAR CUBIERTO POR ESTE SEGURO?
Como un servicio para sus estudiantes, su escuela ofrece la oportunidad de inscribirse en un plan de seguro estudiantil contra accidentes administrado por Student Assurance Services, Inc. La participación en este plan es voluntaria. Este folleto describe varias opciones de cobertura y primas. Analice todo el folleto antes de tomar la decisión de adquirir este seguro o comuníquese directamente con nosotros para hacernos preguntas.

¿POR QUÉ LA ESCUELA PARTICIPA EN ESTA OFERTA?
Los estudiantes son especialmente susceptibles a las lesiones accidentales. Este plan ayudará a brindar cobertura para los gastos que no están cubiertos por su cobertura familiar médica o dental.

¿QUÉ CLASE DE SEGURO ES ESTE?
Este es un seguro contra lesiones corporales accidentales que se produzcan durante el plazo de vigencia de la cobertura. Las enfermedades como infecciones en los oídos o dolores de garganta no están cubiertas.

¿QUIÉN DEBERÍA CONSIDERAR LA CONTRATACIÓN DE ESTE SEGURO?
1. Todas las familias que no cuentan con otra cobertura de salud.
2. Familias que cuentan con otra cobertura médica o dental que tiene deducibles, copagos o coseguro. Nuestra póliza incluye beneficios para los gastos adicionales de su otra cobertura de salud. (Esta cobertura es primaria en MT y NC después del deducible, y en ID, IL)

CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

1. Notifique a la escuela y obtenga inmediatamente un formulario de reclamación. La escuela completará la Parte A del formulario de reclamación si es una lesión escolar.
2. Los padres completan la Parte B del formulario de reclamación. **Responda todas las preguntas.**
3. Primero, envíe copias de las *facturas pormenorizadas* a la cobertura familiar médica y dental del estudiante, incluso si hay un deducible alto. El otro plan de seguro enviará un informe denominado Explicación de los beneficios (Explanation of Benefits, EOB). Este plan es complementario a toda otra cobertura válida. ¡Primero se debe presentar la reclamación con la otra cobertura! (La cobertura es complementaria en KS, primaria en MT y NC después del deducible, y en ID, IL) Este plan **NO** cubre penalizaciones impuestas por no usar a los proveedores preferidos o designados por la cobertura primaria. (En KS, la penalidad no aplica)
4. Envíe el formulario de reclamación completo, copias de las facturas pormenorizadas del estudiante y la EOB a:
   STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC.
   PO BOX 196 • STILLWATER, MN 55082
5. No puede tramitarse reclamación alguna si no se han proporcionado **todos los documentos anteriormente** mencionados.

NOTA: El estudiante debe haber sido tratado por un médico autorizado para ejercer dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la lesión. La evidencia de la reclamación debe enviarse dentro de los 90 días posteriores a la fecha del accidente o dentro de un período razonable después de este, el cual no deberá exceder de un año. Las facturas pormenorizadas deben enviarse dentro de los 90 días posteriores a la fecha del tratamiento o dentro de un período razonable después de este, el cual no deberá exceder de un año. La póliza es responsable únicamente por los gastos incurridos dentro de un año. (En NC, las facturas pormenorizadas deben enviarse dentro de los 180 días posteriores a la fecha del tratamiento, el cual no deberá exceder de un año)

Aquí se ofrece una breve descripción de algunas de las características importantes de la póliza de seguro. No es la póliza de seguro en sí ni la representa. La explicación completa de los beneficios, las excepciones y las limitaciones se incluyen en el Formulario de la Póliza de Seguro Grupal por Accidente GA-2200Ed.11-16 (y todas las especificaciones por estado) y los adjuntos que correspondan. Esta póliza es un seguro de accidentes a plazo (excepto en ID) y no es renovable. Es posible que este producto no se encuentre disponible en todos los estados y esté sujeto a regulaciones específicas de cada estado. La póliza base es emitida a su distrito escolar/escuela. Es posible obtener una copia del Aviso de privacidad y del Certificado de cobertura (donde aplique) en el sitio web **www.sas-mn.com**.

¿TIENE PREGUNTAS?
LLÁMENOS DE MANERA GRATUITA AL
(800) 328-2739 O (651) 439-7098

Suscrito por

Ameritas
Ameritas Life Insurance Corp.
Lincoln, Nebraska

SOBRE DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES

CÓMO INSCRIBIRSE

1. Seleccione la cobertura deseada entre las opciones detalladas anteriormente. La prima no puede prorratearse. Hay dos opciones de inscripción y pago.
2. Complete el Formulario de inscripción e incluya la prima (cheque pagadero a: STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC. o la información de pago de la tarjeta de crédito). Escriba el nombre del estudiante en el cheque. Envíe el pago de la prima con la información de inscripción solicitada y envíelo por correo a Student Assurance Services Inc. P.O. Box 196, Stillwater, MN 55082-0196; O
3. Complete el formulario de inscripción en línea en el sitio web de Student Assurance Services, Inc.: www.sas-mn.com. El formulario en línea está disponible en "School Look-up" en la sección K-12.
4. Asegúrese de conservar este folleto y una copia del pago de la prima como comprobante del seguro. No recibirá una póliza ni una tarjeta de identificación. La póliza base es emitida a su escuela.

NOTA: Puede contratar este seguro en cualquier momento entre la fecha de entrada en vigencia y de vencimiento de la póliza base durante el año escolar en curso.

RECUERDE COLOCAR EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN LLENADO CON EL PAGO DE LA PRIMA (CHEQUE O INFORMACIÓN CON SU TARJETA DE CRÉDITO) EN EL SOBRE PROVISTO. ENVIAR POR CORREO A:

Student Assurance Services, Inc.
P.O. Box 196, Stillwater, MN 55082-0196

A fin de que la cobertura entre en vigencia, envíe este formulario de inscripción completado lo más pronto posible.

FECHA DE RECEPCIÓN _____

Ameritas.
Ameritas Life Insurance Corp.
Lincoln, Nebraska

SOBRE DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES

↑ APELLIDO DEL ESTUDIANTE ↑ (una letra en cada casilla)

PRIMER NOMBRE DEL ESTUDIANTE — INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Escriba en letra de imprenta

Dirección _____
(Calle)

_____
(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Dirección de correo electrónico _____

Nombre de la escuela _____

Nombre del distrito _____

Edad del estudiante _____ Grado _____ Teléfono _____

X _____
(Firma del padre, madre o tutor legal) (Fecha)

GAA-2203Ed. 11-16

PLANES DE COBERTURA	Primas anuales únicas de la póliza
Cobertura de tiempo completo (NO incluye Cobertura de deportes interescolares)	☐ $ 99
Cobertura de tiempo completo Y cobertura para deportes interescolares (NO incluye fútbol americano de 9.° a 12.° grado)	☐ $ 174
Cobertura de tiempo escolar (NO incluye Cobertura de deportes interescolares)	☐ $ 16
Cobertura de tiempo escolar Y cobertura para deportes interescolares (no incluye fútbol americano de 9.° a 12.° grado)	☐ $ 91
Cobertura de fútbol americano (de 9.° a 12.° grado)	☐ $ 250
Cobertura dental extendida (de PK a 12.º grado)	☐ $ 9

NO ENVÍE EFECTIVO

TOTAL DE LA PRIMA _____

Extienda los cheques a nombre de: **STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC.**
* Escriba el nombre del estudiante en el anverso del cheque. **NO ES REEMBOLSABLE**

FECHA DE RECEPCIÓN POR LA ESCUELA _____
(Debe fecharlo un empleado de la escuela)

L-1511-1513

FORMULARIO DE PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO DEL SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES

INDIQUE LA PRIMA SELECCIONADA Y COMPLETE LA INFORMACIÓN SOLICITADA DE INSCRIPCIÓN AL DORSO DE ESTE FORMULARIO.
Se agrega un Cargo por Procesamiento de $5.00 a TODAS las transacciones realizadas con tarjeta de crédito (no se aplica a los residentes de IN, NC)

☐ Cargar $ _____ + $5.00 de Cargo por Procesamiento = $ _____ a la siguiente tarjeta de crédito: ☐VISA® ,☐MasterCard®, o ☐Discover®

Número de tarjeta de crédito _____

Código de seguridad (al dorso de la tarjeta, 3 dígitos) _____

Fecha de vencimiento de la tarjeta (Mes) (Año) _____ - _____

La facturación de la tarjeta de crédito indicará: "Student Assurance Services, Inc."

Nombre del titular en letra de imprenta _____ Fecha ____/_____/_____

Firma del titular _____

Dirección del titular _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Número de teléfono (_____) _____ - _____

GAA-2203Ed. 11-16

L-1511-1513

SEPARE - Coloque dentro del sobre