

# Seguro Voluntario de Accidente de Estudiantes



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

HSR es una agencia de seguros licenciada independiente y tiene autorización para vender este seguro de accidente de estudiante en nombre de Liberty Mutual Benefits. Cobertura asegurada por: Liberty Insurance Underwriters Inc., una compañía Liberty Mutual, 175 Berkley Street, Boston MA 02116.



**ESTA ES UNA PÓLIZA DE  
BENEFICIOS LIMITADOS**

**HSR**  
*Health Special Risk, Inc.*

# TEXAS

## Version 1.2

### K-12 Cobertura de Seguro Voluntario de Accidente de Estudiantes

LIUI AH BACC P001 EI TX (Ed. 12 13), LIUI BACC CONR001 (ED. 08, 13)

Cobertura asegurada por: Liberty Insurance Underwriters Inc., una compañía Liberty Mutual; 175 Berkley Street, Boston MA 02116

## Elegibilidad

Todos los estudiantes matriculados de una escuela/distrito participante en los grados PreK-12.

## Cobertura

**Opción A:** 24 horas excluyendo Football de Escuela Secundaria: La cobertura se proporciona en todo momento excepto cuando se participa en cualquier actividad, incluyendo pruebas, práctica o cualquier competencia o juego para football de escuela secundaria.

**Opción B:** Escuela más Atletismo y Actividades Interescolásticas excluyendo Football de Escuela Secundaria; La cobertura se proporciona durante 1. instrucción de clases programadas regularmente; 2. un período de receso o almuerzo supervisado programado regularmente; 3. un período de estudio o un período de instrucción especial supervisado por un miembro de la facultad de la escuela; 4. una actividad escolar supervisada y patrocinada; o 5. viaje escolar cubierto. La cobertura también se proporciona durante deportes y actividades interescolásticas patrocinadas por la escuela. El football de escuela secundaria no está cubierto.

**Opción C:** Football de Escuela Secundaria solamente: La cobertura se proporciona durante: 1. práctica o entrenamiento regularmente programado; 2. juego de competencia o exhibición regularmente programado; 3. una sesión programada de pruebas, ejercicios o reunión del equipo; 4 una actividad deportiva patrocinada cubierta; o 5 viaje de deporte cubierto.

## Beneficios

Gasto médico por accidente: Cuando una lesión cubierta a una Personas Asegurada resulta en tratamiento por un Médico o cirujano comenzando dentro de los 60 días después de la fecha del accidente cubierto; pagaremos beneficios, en exceso del deducible, si lo hubiere. Los gastos Médicos Elegibles deben ser incurridos por la Persona Asegurada dentro de las 52 semanas del accidente cubierto, están cubiertos. Los beneficios por cualquier accidente individual no excederán el Máximo de Gastos Médicos Accidentales de \$25,000.

Los gastos médicos

elegibles incluyen:

- Habitación y comidas en una habitación semiprivada;
- Servicios misceláneos de hospital;
- Servicios de médicos, cirugía, cirujano asistente, instalaciones quirúrgicas del médico, segunda opinión, o consulta, anestesia y su administración, visitas de médicos en el hospital, visitas al consultorio del médico;
- Sala de emergencia;
- Servicios de paciente ambulatorio;
- Radiografías, CT Scan, MRI y pruebas de laboratorio de paciente ambulatorio, incluye cargos por lectura;
- Fisioterapia de paciente ambulatorio;
- Aparatos ortopédicos
- Servicios de ambulancia: un viaje al hospital más cercano por aire o tierra;
- Servicios dentales proporcionados por un dentista o médico;
- Medicamentos de receta para paciente ambulatorio;
- Gafas, lentes de contacto y audífonos;
- Alquiler de equipo médico o si es menos que la compra del equipo;
- Hernia;

Gasto Médico de Exceso Completo: La Compañía sólo pagará los Gastos Cubiertos cuando sean en exceso de las cantidades pagaderas por cualquier Otro Seguro sin importar que se haya hecho o no una reclamación por los beneficios que proporciona. Otro Seguro significa cualquier reembolso por o recuperación de cualquier elemento de una Lesión Cubierta resultante de un Accidente disponible de cualquier otra fuente, excepto regalos y donaciones, pero que incluye entre otras:

- Cualquier póliza de Accidente, discapacidad o seguro médico individual, de grupo, global o franquicia o cualquier tipo de arreglo similar que proporciona pagos o reembolsos de gastos médicos o pagos por discapacidad;
- Beneficios por Discapacidad del Seguro Social; y cualesquier beneficios pagaderos bajo cualquier programa proporcionado o patrocinado exclusivamente o principalmente por una unidad o agencia o subdivisión del gobierno federal, estatal o local o mediante la operación de la ley o los reglamentos; excepto Medicaid, si el Tenedor de la Póliza estipula cobertura obligatoria para estudiantes bajo otro programa, los beneficios serán pagaderos bajo esos programas antes de ser considerados bajo la póliza voluntaria.

Gasto de Tratamiento Dental Diferido (sólo disponible cuando se seleccione): Los Gastos Dentales Diferidos son Gastos Cubiertos para el tratamiento, incluyendo radiografías, para reparar una lesión a un diente (1) sin empastes ni caries o solamente empastes o caries que no afecten las cúspides dentales; y (2) para el cual los tejidos de la pulpa dentaria están sanos e intactos; y (3) para el cual los tejidos periodontales muestran poca o ninguna señal de inflamación activa o crónica; o para apoyar las estructuras de los dientes de la Persona Asegurada. Si hubiese más de una forma de tratar un problema dental, la Compañía pagará basado en el procedimiento menos costoso si tal procedimiento satisface las normas comúnmente aceptadas de la Asociación Dental Americana. No se proporciona cobertura para ortodoncia por ningún motivo o daño o pérdida de la misma.

Las radiografías dentales, endodoncia y Cirugía Bucal están cubiertas hasta \$10,000 por Lesión Cubierta Los

puentes, dentaduras o reemplazos de reparaciones dentales están cubiertos hasta \$250 por Lesión Cubierta El

período de beneficio para este beneficio es 52 semanas.

Muerte, Desmembración o Pérdida de la Vista, el Habla o la Audición Accidentales: Pagaremos las cantidades de beneficios mostradas para Muerte, Desmembración o Pérdida de la Vista, el Habla o la Audición Accidentales que resulten exclusivamente de una lesión a la Persona Asegurada que ocurra durante una actividad cubierta, y no de ninguna otra causa contributaria, y que se sufra dentro de los 180 días posteriores a la fecha de lesión. Si un Persona Asegurada sufre más de una de tal pérdida a consecuencia de un Accidente Cubierto, sólo pagaremos una cantidad, la mayor para la cual la persona tiene derecho. Esta cantidad no será mayor a la Suma Principal que se aplica a la Persona Asegurada.

Pérdida de la vida	\$2,000
Pérdida de dos o más manos o pies	\$10,000
Pérdida de la vista en ambos ojos	\$10,000
Pérdida del habla y de la audición (en ambos oídos)	\$10,000
Pérdida de una mano o pie y de la vista en un ojo	\$10,000
Pérdida de una mano o pie	\$5,000
Pérdida de la vista en un ojo	\$5,000
Pérdida del habla	\$5,000
Pérdida de la audición (en ambos oídos)	\$5,000
Pérdida del pulgar y del índice de la misma mano	\$500

## **Definiciones**

Accidente Cubierto significa un evento repentino, inesperado, específico y abrupto que resulta directa e independientemente de todas otras causas, en una Lesión Cubierta o Muerte Cubierta y que cumple con todas las siguientes condiciones: 1. ocurre mientras la cobertura de Persona Asegurada bajo la Póliza está en vigor; 2. ocurre mientras la Persona Asegurada está asistiendo, participando en o viajando a, o desde, una Actividad Cubierta; y 3. no está excluido de otro modo bajo los términos de la Póliza.

Muerte Cubierta significa muerte accidental; 1. que es el resultado directo de un Accidente Cubierto; 2. que resulta directa e independientemente de todas otras causas de un Accidente Cubierto e independiente de enfermedad, dolencia, discapacidad mental, enfermedad corporal o cualquier otra causa; y 3. sufrida por la Persona Asegurada dentro del período aplicable especificado en el Programa de Beneficios.

Lesión Cubierta significa lesión corporal accidental; 1. que es sufrida por una Persona Asegurada como resultado directo de un Accidente Cubierto que es externo al cuerpo; 2. que resulta directa e independientemente de todas las otras causas de un Accidente Cubierto (independiente de enfermedad, dolencia, discapacidad mental, enfermedad corporal o cualquier otra causa) que ocasiona una Pérdida Cubierta; y 3. sufrida por la Persona Asegurada dentro del período aplicable especificado en el Programa de Beneficios. La Lesión Cubierta debe ser ocasionada por medios accidentales. Todas las lesiones sufridas por una Persona Asegurada en cualquier Accidente individual, incluyendo condiciones relacionadas y síntomas recurrentes de estas lesiones, se consideran como una sola lesión.

Pérdida Cubierta significa una pérdida que resulta de una Lesión Cubierta o Muerte Cubierta y por la cual se pagan beneficios bajo la Póliza. La Pérdida Cubierta incluye cualesquier gastos derivados de los servicios o suministros prestados u obtenidos por la Persona Asegurada cuando tales servicios u suministros están cubiertos por la Póliza.

Pérdida de una mano o pie significa cercenamiento a través o por arriba de la coyuntura de la muñeca o el tobillo. Pérdida de la Audición significa la pérdida total y permanente de la capacidad de oír cualquier sonido en ambos oídos que es irrecuperable por medios naturales, quirúrgicos o artificiales. Pérdida de la Vista significa la Pérdida de la Vista total y permanente de un ojo. La Pérdida de la Vista debe ser irrecuperable por medios naturales, quirúrgicos o artificiales. Pérdida del Habla significa la pérdida total y permanente de la comunicación audible que es irrecuperable por medios naturales, quirúrgicos o artificiales. Pérdida del Pulgar y el Índice de la Misma Mano significa cercenamiento completo a través o por arriba de las coyunturas metacarpofalángicas (las coyunturas entre los dedos y la mano) de la misma mano.

## **Exclusiones y Limitaciones**

Esta Póliza no cubre:

1. Lesión intencionalmente autoinfligida, suicidio o cualquier intento esté o no esté en su sano juicio; 2. Comisión o intento de cometer un delito o un asalto; 3. Comisión de o participación activa en un disturbio o insurrección; 4. Guerra declarada o no declarada o acción bélica o cualquier acto de guerra declarada o no declarada salvo que se estipule específicamente por la Póliza; 5. Intoxicación de la Persona Asegurada según se determine conforme a las leyes de la jurisdicción donde ocurrió la Pérdida Cubierta o las leyes del País de Residencia; 6. Ingestión voluntaria de cualquier narcótico, droga, veneno, gas o emanaciones, salvo que haya sido prescrito o tomado bajo la dirección de un Médico y tomado de acuerdo con la dosis recetada; 7. Una Pérdida Cubierta que ocurra mientras se está en servicio activo en las fuerzas militares, navales o aéreas de cualquier país u organización internacional. Al recibo por parte de la Compañía de la constancia del servicio, la Compañía reembolsará cualquier prima pagada por este tiempo. No se excluye el servicio de entrenamiento de la Reserva o la Guardia Nacional salvo que se prolongue por más de 31 días; 8. Viaje o actividad fuera de Estados Unidos; 9. Vuelo en, abordaje o desembarque de una Aeronave o cualquier nave diseñada para volar sobre la superficie de la Tierra, excepto como a. Un pasajero que paga su pasaje en una aerolínea comercial regularmente programada; b. Un pasajero que en una Aeronave privada no programada usada para fines de esparcimiento sin intención comercial durante el vuelo; c. Un pasajero en una Aeronave militar volada por el Comando de Movilidad Aérea o su equivalente extranjero; 10. Salto con bungee-cord; paracaidismo; skydiving; parasailing; hang-glider; esquí; buceo con scuba; surfing, patinaje sobre ruedas, actuación en un rodeo; vuelo con glider; vuelo en una aeronave ultra ligera; sailplaning, bobsledding; vuelo en aerostato; pelea o riña excepto en autodefensa; operar, sentarse o montar en o sobre, subir o bajar o trabajar en o alrededor de cualquier motocicleta o vehículo motorizado recreacional, incluyendo entre otros, vehículos motorizados de dos o tres ruedas, vehículos de todo terreno de cuatro ruedas (ATV), jet skis, ski cycles o motos de nieve; 11. Enfermedad, dolencia, enfermedad corporal o mental, infección bacteriana o viral o tratamiento médico o quirúrgico de las mismas, excepto por cualquier infección bacteriana que resulte de una cortadura o herida externa accidental o ingestión accidental de alimentos contaminados; 12. Viaje en o sobre cualquier vehículo motorizado fuera del camino que no requiera licencia como vehículo motorizado; 13. Lesiones compensables bajo la ley de Compensación Laboral o cualquier ley similar; 14. Un Accidente si la Persona Asegurada es el operador de un vehículo motorizado y no tiene una licencia válida de operador de vehículo motorizado, salvo que; (a) la Persona Asegurada tiene un permiso válido de aprendiz y (b) la Persona Asegurada está recibiendo instrucción de un instructor de capacitación de chofer; Además, no se pagarán beneficios por servicios o tratamiento ofrecido por cualquier persona que sea: empleado o contratado por el Tenedor de la Póliza; Un residente del mismo hogar; Un Miembro de la Familia Cercana incluyendo Pareja Doméstica de la Persona Asegurada o del Cónyuge de la Persona Asegurada; la Persona Asegurada.

**Seguro Voluntario de Accidente de Estudiantes de Texas  
Programa de Beneficios**

<b>BENEFICIOS DE GASTOS MÉDICOS ACCIDENTALES</b>	<b>ECONOMY</b>	<b>PREMIER</b>		
Máximo de Beneficio de Gasto Médico de Exceso Completo	\$25,000	\$25,000		
Los primeros Gastos Cubiertos deben recibirse dentro de	60 días después de la Lesión Cubierta	60 días después de la Lesión Cubierta		
Período de Beneficios	1 año a partir de la fecha de la Lesión Cubierta	1 año a partir de la fecha de la Lesión Cubierta		
Límite de Beneficios por Lesiones Cubiertas de cualquier Accidente de vehículo motorizado	\$5,000	\$5,000		
<b>SERVICIOS DE HOSPITAL DE PACIENTE INGRESADO</b>				
<b>Gastos de Habitación y Comidas</b>				
Habitación Semiprivada	100% de los Cargos Usuales y Habituales	100% de los Cargos Usuales y Habituales		
Gastos Misceláneos de Hospital	hasta \$250 por día y hasta un máximo de \$4,000 por Lesión Cubierta	hasta \$250 por día y hasta un máximo de \$4,000 por Lesión Cubierta		
Tratamiento de Sala de Emergencia	hasta \$75 por Lesión Cubierta	hasta \$150 por Lesión Cubierta		
El Tratamiento de Sala de Emergencia debe ocurrir dentro de	72 horas después de la Lesión Cubierta	72 horas después de la Lesión Cubierta		
Servicios de Enfermeros Registrados	hasta \$400 por Lesión Cubierta	hasta \$400 por Lesión Cubierta		
<b>Servicios de Médicos</b>				
Cirugía	75% de los Cargos Usuales y Habituales hasta \$3,500 por Lesión Cubierta	75% de los Cargos Usuales y Habituales hasta \$3,750 por Lesión Cubierta		
Cirujano Asistente	25% de la Asignación de Cirugía del Médico	25% de la Asignación de Cirugía del Médico		
Anestesia y su Administración	25% de la Asignación de Cirugía del Médico	25% de la Asignación de Cirugía del Médico		
Visitas No Quirúrgicas en el Hospital del Médico	hasta \$20 por visita	hasta \$40 por visita		
<b>BENEFICIOS DE PACIENTE AMBULATORIO</b>				
Visitas No Quirúrgicas en el Consultorio del Médico	Hasta \$20 por visita	Hasta \$40 por visita		
Máximo Combinado para CT scan, MRI	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		
Beneficios de Fisioterapia de Paciente Ambulatorio	Hasta 2 tratamientos; hasta \$40 por Lesión Cubierta; 1 visita en un día	Hasta 5 tratamientos; hasta \$100 por Lesión Cubierta; 1 visita en un día		
Aparatos Ortopédicos de Paciente Ambulatorio	Hasta \$300 por Lesión Cubierta	Hasta \$300 por Lesión Cubierta		
Pago de Instalaciones Quirúrgicas de Paciente Ambulatorio de Hospital	Hasta \$750 por Lesión Cubierta	Hasta \$1,250 por Lesión Cubierta		
Servicios de Ambulancia	Hasta \$100 por Año de Póliza	100% de los Cargos Usuales y Habituales		
Equipos Médicos	Hasta \$150 por Lesión Cubierta	Hasta \$150 por Lesión Cubierta		
Servicios Dentales	Hasta \$150 por Diente	Hasta \$250 por Diente		
Medicamentos de Receta de Paciente Ambulatorio	100% de los Cargos Usuales y Habituales	100% de los Cargos Usuales y Habituales		
Gafas, Lentes de Contacto, Audífonos	100% de los Cargos Usuales y Habituales	100% de los Cargos Usuales y Habituales		
<b>DISPONIBLE SOLAMENTE CUANDO SE SELECCIONE</b>				
Tratamiento Diferido – Dental	hasta \$10,000 por Lesión Cubierta; Costo de puentes, dentaduras o reemplazo de reparaciones dentales hasta \$250 por Lesión Cubierta; periodo de beneficios de 52 semanas	hasta \$10,000 por Lesión Cubierta; Costo de puentes, dentaduras o reemplazo de reparaciones dentales hasta \$250 por Lesión Cubierta; periodo de beneficios de 52 semanas		
<b>Opciones de Planes y Tarifas</b>	<b>sin Dental Diferido</b>		<b>con Dental Diferido</b>	
	Economy	Premier	Economy	Premier
Opción A 24 Horas sin Football de Escuela Secundaria	\$109.00	\$175.00	\$117.00	\$183.00
Opción B En la Escuela sin Football de Escuela Secundaria	\$54.00	\$88.00	\$62.00	\$96.00
Opción C Football de Escuela Secundaria	\$161.00	\$255.00	\$169.00	\$263.00
Opción C Football de Escuela Secundaria de Primavera	\$65.00	\$107.00	\$73.00	\$115.00

Nota: Cualquier estudiante de 9no grado que juegue con el Equipo de Football de Escuela Secundaria (grados 10-12) debe comprar cobertura de football.



## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE SEGURO VOLUNTARIO DE ACCIDENTE DE ESTUDIANTES

\_\_\_\_\_  
Apellido del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Estudiante (MM-DD-AAAA)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Inicial

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono

\_\_\_\_\_  
Número de Seguros Social del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Grado

\_\_\_\_\_  
Número de Identificación de Estudiante

\_\_\_\_\_  
Calle #

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código Postal

\_\_\_\_\_  
Nombre del Distrito Escolar para procesar)

\_\_\_\_\_  
Nombre de la Escuela/Campus (necesario)

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Madre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
de Email Dirección

Por favor seleccione su Plan abajo:

	Sin Dental Diferido		Con Dental Diferido	
	Economy*	Premier*	Economy*	Premier*
<b>Opción A</b> 24 Horas sin Football de Escuela Secundaria	<input type="checkbox"/> \$ 109.00	<input type="checkbox"/> \$ 175.00	<input type="checkbox"/> \$ 117.00	<input type="checkbox"/> \$183.00
<b>Opción B</b> En la Escuela sin Football de Escuela Secundaria	<input type="checkbox"/> \$ 54.00	<input type="checkbox"/> \$ 88.00	<input type="checkbox"/> \$ 62.00	<input type="checkbox"/> \$ 96.00
<b>Opción C</b> Football de Escuela Secundaria	<input type="checkbox"/> \$ 161.00	<input type="checkbox"/> \$ 255.00	<input type="checkbox"/> \$169.00	<input type="checkbox"/> \$ 263.00
<b>Opción C</b> Football de Escuela Secundaria de Primavera	<input type="checkbox"/> \$ 65.00	<input type="checkbox"/> \$ 107.00	<input type="checkbox"/> \$ 73.00	<input type="checkbox"/> \$ 115.00
<b>Para uso de la Compañía SOLAMENTE:</b>	<b>Adjunte cheque por la cantidad total pagadera a: <i>Health Special Risk</i></b>  TOTAL Todas las Secciones AQUÍ: _____			
<b>Cheque #:</b>				
<b>Cantidad recib.:</b> _____				

\* Hay un cargo de administración de \$1.00 adeudado con cada presentación de formulario de inscripción impreso.

Cuando esté llenado, envíe por correo este formulario a:

**HEALTH SPECIAL RISK, INC**  
**P O BOX 957824**  
**ST. LOUIS, MO 63195-7824**

Para más información o ayuda respecto a todos los Seguros de Estudiantes, comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente llamando al **866-243-7885**.

**SI USTED DESEA PAGAR CON MASTERCARD O VISA\*\*:** Vaya a [www.K12StudentInsurance.com](http://www.K12StudentInsurance.com)

\*\* Se añadirá un cargo administrativo del 5% para las Órdenes con Tarjetas de Crédito

DATOS ACERCA DE LA PÓLIZA 1. LAS PÓLIZAS SON POR UN TÉRMINO RENOVABLE DE 1 AÑO. 2. DERECHO DE 30 DÍAS PARA EXAMINAR LA PÓLIZA: Si usted no está satisfecho con esta Póliza por cualquier motivo, devuélvanosla dentro de los 30 días después de recibirla. Cualquier prima pagada será reembolsada. La Póliza quedará sin validez desde el comienzo. Será como si nunca se emitió la Póliza. 3. ESTA ES UNA PÓLIZA LIMITADA SÓLO DE ACCIDENTE. Los beneficios se proporcionan por una pérdida debida a una Lesión Cubierta hasta el Beneficio Máximo para cada Lesión. 4. TRANSFERENCIA DEL ESTUDIANTE: Un Asegurado puede ser transferido a cualquier escuela y todavía estar cubierto, con sujeción a las estipulaciones, exclusiones y limitaciones de la Póliza. 5. INSCRIPCIÓN INICIAL: La Cobertura es efectiva en la fecha que ocurra más tarde entre: 1) la Fecha Efectiva de la Póliza; o 2) las 12:01 a.m. del día después de haberse recibido la prima y una solicitud en la oficina central de la Compañía. 6. NO INSCRIPCIÓN TARDÍA: Una persona puede inscribirse en cualquier momento durante el año escolar. La Cobertura es renovable anualmente. 7. SU RECIBO DE PAGO es su cheque cobrado, factura de tarjeta de crédito o comprobante del giro postal. Los detalles de estos beneficios pueden encontrarse en la Póliza Maestra archivada en el Distrito Escolar. NOTA: Esto es un breve resumen de los beneficios y no un contrato. Su distrito escolar ha recibido una Póliza Maestra que contiene todas las estipulaciones, limitaciones y exclusiones y calificaciones para los beneficios de seguro. La Póliza Maestra es el contrato y registrará y controlará los pagos de beneficios. **Cobertura asegurada por: Liberty Insurance Underwriters Inc., una compañía Liberty Mutual; 175 Berkley Street, Boston MA 02116**