

DISTRITO ESCOLAR DE SANTA ANA (DISTRITO)
PERMISO DEL PADRE/MADRE O GUARDIÁN PARA LA PARTICIPACIÓN DEL
ESTUDIANTE EN UNA ACTIVIDAD EXTRACURRICULAR/DEPORTIVA
ASUNCIÓN DE RIESGO Y DESCARGO, INDEMNIDAD
Y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Para el Director de: MacArthur Fundamental Intermediate School (Escuela)

_____ cuenta con mi permiso para participar en
(Nombre del estudiante: favor de escribir en letra de molde)

_____ durante el 2019 - 2020 ano escolar
(Actividad extracurricular/deportiva) (Año/semestre/trimestre escolar)

Maestro/ entrenador supervisor (favor de escribir en letra de molde): _____

(1) Asunción de riesgo:

En nombre mío y del estudiante:

Entendemos que la actividad extracurricular/deportiva nombrada anteriormente por su propia naturaleza integra ciertos riesgos. Los riesgos específicos varían pero podrían incluir lesión leve, lesión grave y lesión seria, incluyendo incapacidad permanente y muerte, al igual que pérdidas serias sociales y económicas que podrían ser el resultado no solamente de las propias acciones, inacciones o negligencia del estudiante, sino también de las acciones, inacciones o negligencia de terceros, reglas del juego o condición del local o del equipo que se use. **Entendemos y estamos conscientes de los riesgos inherentes que presenta la actividad extracurricular/deportiva. Por medio de la presente, aceptamos y afirmamos en nombre nuestro, nuestra familia, herederos, representante(es) personal(es) y/o cesionarios que la participación del estudiante en la actividad extracurricular/deportiva es voluntaria y que a sabiendas asumimos todo dicho riesgo de la participación. Reconocemos la importancia de seguir las instrucciones referentes a las técnicas, capacitación debida y otras reglas establecidas de seguridad, al igual que guías y reglamentos. Convenimos en que el estudiante cumplirá con todas las reglas y reglamentos que rigen la actividad extracurricular/deportiva.**

(2) Descargo, indemnidad y exoneración de responsabilidad:

En nombre mío y del estudiante y en consideración del permiso para que el estudiante participe en la actividad extracurricular/deportiva nombrada anteriormente:

Aceptamos aquí y para siempre, hasta el punto máximo permitido por ley, en cuanto a nosotros, nuestra familia, nuestros herederos, representante(es) personal(es) y/o cesionarios defender, descargar, indemnizar y exonerar de responsabilidad al Distrito Escolar de Santa Ana ("Distrito"), los integrantes de su Junta Administrativa, administradores, oficiales, agentes y empleados de y contra todo reclamo, demanda, acción o causa de acción de toda índole, presente o futura, a razón de daño a propiedad personal o lesión personal, enfermedad o muerte que pueda ser el resultado de la participación del estudiante en la actividad extracurricular/deportiva. Este descargo específicamente incluye reclamos fundamentados en la negligencia del Distrito e integrantes de su Junta Administrativa, administradores, oficiales, agentes y empleados. **Entendemos que**

estaremos exonerando reclamos y renunciando derechos importantes, incluyendo nuestro derecho a demandar, lo cual hacemos voluntariamente. No se ha efectuado ninguna representación, declaración o incentivo, sea éste oral o escrito, salvo la declaración escrita anterior.

FAVOR DE OBSERVAR: La Sección 35330 del Código de Educación de California indica en parte que: “Toda persona que fuese parte de una excursión o viaje de estudio se le considerará haber renunciado todo reclamo contra el distrito, una escuela chárter o el estado de California con respecto a una lesión, accidente, enfermedad o muerte que ocurriese durante o a razón de la excursión o viaje de estudio. Todo adulto que tome una excursión o viaje de estudio fuera del estado y todo padre/madre o guardián de un alumno que tomara un viaje o excursión fuera del estado ha de firmar una declaración renunciando todo reclamo.” **En nombre y del estudiante entendemos que esta actividad extracurricular/deportiva podría incluir excursiones o viajes de estudio según los define la Sección 35330 del Código de Educación de California y aceptamos renunciar todo dicho reclamo.**

HEMOS LEÍDO, ENTENDEMOS Y ACEPTAMOS TODOS LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTE DOCUMENTO.

X

Firma del padre/madre/ guardián

Favor de escribir el nombre en letra de molde

Fecha

X

Firma del estudiante/participante

Favor de escribir el nombre en letra de molde

Fecha

**DISTRITO ESCOLAR DE SANTA ANA (DISTRITO)
 PERMISO DEL PADRE/MADRE O GUARDIÁN PARA LA PARTICIPACIÓN DEL
 ESTUDIANTE EN UNA ACTIVIDAD EXTRACURRICULAR/DEPORTIVA
 AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO**

Director de: MacArthur Fundamental Intermediate School (Escuela)

_____ cuenta con mi permiso para participar en
 (Nombre del estudiante: favor de escribir en letra de molde)

_____ durante el 2019- 2020 ano escolar
 (Actividad extracurricular/deportiva) (Año/semestre/trimestre escolar)

Maestro/ entrenador supervisor (favor de escribir en letra de molde): _____

Entiendo que la actividad extracurricular/deportiva por propia naturaleza integra ciertos riesgos y podría ocasionarle lesión leve, lesión grave y lesión seria al estudiante, incluyendo incapacidad permanente y muerte. En caso de enfermedad o lesión del estudiante, por medio de la presente autorizo todo rayo-x, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico, quirúrgico o dental, transporte de emergencia y atención hospitalaria del estudiante que se considere necesario a criterio del médico tratante, cirujano o dentista y que se practique bajo la supervisión de un integrante del personal médico del hospital o instalación que proporcione los servicios médicos o dentales.

 El estudiante no presenta necesidades especiales de salud de las que el personal deberá estar consciente y no requiere medicamentos durante esta clase/actividad.
 completa

El estudiante presenta una necesidad especial y se adjuntan instrucciones. Número de páginas adjuntas: _____

Otro: _____

Compañía de seguro médico: _____ Número de póliza: _____
 (p.ej: Blue Cross)

 En caso de **emergencia**, favor de comunicarse con:
 completa

(Nombre)	(Vínculo)	Trabajo: () _____
		Casa: () _____
		Celular: () _____

 **completa y firma**

Firma del padre/madre/ guardián	Favor de escribir el nombre en letra de molde	Fecha
Firma del estudiante	Favor de escribir el nombre en letra de molde	Fecha

Mantenga su corazón en el juego

Una ficha informativa acerca del Paro Cardíaco Repentino para atletas y sus padres/tutores

¿Qué es el Paro Cardíaco Repentino?

El Paro Cardíaco Repentino (PCR) sucede cuando el corazón súbita e inesperadamente deja de latir. Cuando esto sucede, se detiene el flujo sanguíneo hacia el cerebro y otros órganos vitales. El PCR *no* es un paro cardíaco. Un paro cardíaco es causado por una obstrucción que detiene el flujo sanguíneo hacia el corazón. El PCR es una falla en el sistema eléctrico del corazón que hace que la víctima se colapse. Un defecto genético o congénito en la estructura del corazón es la causa de la falla.

¿Qué tan común es el PCR en los Estados Unidos?

Por ser la principal causa de muerte en los EE. UU. cada año suceden más de 300,000 paros cardíacos lejos de los hospitales, de los que nueve de cada diez son mortales. Miles de jóvenes son víctimas de los paros cardíacos repentinos por ser la segunda causa de muerte en menores de 25 años y la principal razón por la que mueren los atletas adolescentes durante el ejercicio.

¿Quién corre el riesgo de sufrir un paro cardíaco repentino?

Los atletas adolescentes corren más riesgo de sufrir un paro cardíaco repentino debido a que tiende a suceder durante el ejercicio o la actividad física. Aunque una enfermedad cardíaca no siempre demuestra signos de advertencia, los estudios demuestran que muchos jóvenes sí tienen síntomas pero no se lo dicen a un adulto. Esto puede ser porque les da pena, no quieren que los saquen de un partido, creen erróneamente que les falta condición física y solamente necesitan entrenar más, o simplemente ignoran los síntomas y suponen que "desaparecerán." Algunos factores de antecedentes clínicos también aumentan el riesgo de que suceda un PCR.

**EL COLAPSO
ES EL
SÍNTOMA #1
DE LA ENFERMEDAD CARDÍACA**

¿Qué debe hacer si su atleta adolescente padece alguno de estos síntomas?

Debemos informarles a los atletas adolescentes que si padecen cualquier síntoma del PCR, es de suma importancia avisarle a un adulto y consultar con un médico de cabecera lo antes posible. Si el atleta presenta cualquiera de los factores que incrementan el riesgo de que suceda un PCR, deberá consultar a un médico para ver la posibilidad de que se le hagan más pruebas. Espere la respuesta del médico antes de que su adolescente vuelva a jugar y además, avise a su entrenador y a la enfermera escolar de cualquier afección diagnosticada.

¿Qué es un DESA?

La única manera de salvar a una víctima del paro cardíaco repentino es con un desfibrilador externo semiautomático (DESA). Un DESA es un aparato portátil y fácil de utilizar que automáticamente diagnostica ritmos cardíacos potencialmente mortales y

administra un impulso eléctrico para restaurar el ritmo normal. Cualquiera puede utilizar un DESA hasta sin capacitación previa. El aparato cuenta con instrucciones en audio que indican cuándo deben presionar un botón para administrar el impulso eléctrico, mientras que existe otro tipo de DESA que administra un impulso automático al detectar un ritmo cardíaco mortal. Un socorrista no puede lesionar accidentalmente a la víctima con un DESA, más bien, entrar

en acción rápido ayuda. El DESA está diseñado para administrar el impulso eléctrico únicamente a las víctimas cuyos corazones necesitan restaurarse a un ritmo cardíaco saludable. Infórmese acerca de la ubicación de un DESA en su escuela.



La cadena de supervivencia cardíaca

En promedio, los equipos de servicios médicos de emergencia tardan 12 minutos en llegar en caso de emergencias cardíacas. Cada minuto que no se atiende a una víctima de PCR reduce la posibilidad de supervivencia en un 10 %. Todos debemos estar preparados para entrar en acción tras los primeros minutos después de un colapso.

Reconocimiento inmediato de un Paro Cardíaco Repentino



La víctima se ha colapsado y no responde. Está gorgoteando, resoplando, gimiendo, le falta el aliento o tiene dificultad al respirar. Se comporta como si le estuviera dando una convulsión.

Llamada inmediata al 9-1-1



Confirme pérdida de conciencia. Llame al 9-1-1 y siga las indicaciones del operador. Llame a quien le pueda ayudar con la emergencia médica ahí mismo.

RCP inmediata



Comience la reanimación cardiopulmonar (RCP) inmediatamente. La RCP con solo las manos se hace con compresiones torácicas de 5 cm rápidas, como 100 por minuto.

Desfibrilación inmediata



Consiga y utilice inmediatamente un desfibrilador externo semiautomático (DESA) para restaurar el ritmo cardíaco saludable. Las unidades portátiles de DESA cuentan con indicaciones paso por paso para que cualquier persona las pueda usar en situaciones de emergencia.

Apoyo vital inmediato



El personal de los servicios médicos de emergencia comienza el apoyo vital avanzado, incluso las medidas de resucitación y traslado a un hospital.

Mantenga su corazón en el juego

Reconozca los factores de riesgo y los signos de advertencia del Paro Cardíaco Repentino (PCR)

Dígale al entrenador y consulte a su médico si su atleta adolescente padece estos síntomas

Posibles indicadores de que podría suceder un PCR

- Colapso o convulsiones, especialmente justo después de ejercitarse
- Colapso frecuente, o por emoción o susto
- Falta excesiva de aliento durante el ejercicio
- Taquicardia o palpitaciones, o ritmo cardíaco irregular
- Mareo o aturdimiento frecuente
- Dolor o malestar en el pecho al ejercitarse
- Fatiga excesiva e inesperada durante o después del ejercicio

Factores que incrementan el riesgo de que suceda un PCR

- Un historial clínico familiar de anomalías cardíacas conocidas o muerte repentina antes de los 50 años
- Un historial clínico familiar específico con casos del síndrome del QT largo, síndrome Brugada, miocardiopatía hipertrófica o displasia arritmogénica del ventrículo derecho (DAVD)
- Familiares que han sufrido sin explicación, colapsos, convulsiones, un accidente automovilístico, que se han ahogado o han estado a punto de ahogarse
- La presencia de una anomalía estructural del corazón, reparada o no reparada
- El consumo de enervantes tales como cocaína, inhalantes, drogas "recreativas," bebidas de energía en exceso, y sustancias o suplementos para mejorar el rendimiento

¿Qué estamos haciendo para proteger a los estudiantes atletas?

El Estado de California aprobó en 2016 la Ley Eric Paredes para la Prevención del Paro Cardíaco Repentino para proteger a los menores que participan en actividades atléticas avaladas por sus escuelas de K-12. Ahora se incluye una capacitación sobre Paro Cardíaco Repentino (PCR) a los requisitos de certificación de entrenadores, y su nuevo protocolo los empodera para retirar del juego a un atleta que se colapse, pues es el síntoma principal de una probable afección cardíaca y potencialmente de otras complicaciones si se cree que son cardíacas. Un atleta que ha sido retirado de la actividad deportiva después de mostrar signos o síntomas de PCR, no puede participar en ella hasta que un médico certificado lo haya evaluado y dado de alta.

Se insta a todos a que hablen de los factores de riesgo y signos de advertencia potenciales del PCR y a que estén familiarizados con la cadena de supervivencia cardíaca; a que publiquen la ubicación de sus desfibriladores (AED) y cada temporada repasen con su equipo su plan de respuesta a emergencias cardíacas.

firma

FIRMA DEL ATLETA ADOLESCENTE

NOMBRE DEL ATLETA ADOLESCENTE

FECHA

FIRMA DEL PADRE/ TUTOR

NOMBRE DEL PADRE/ TUTOR

FECHA

Para mayor información acerca del Paro Cardíaco Repentino, consulte

Departamento de Educación de California
cde.ca.gov

Eric Paredes Save A Life Foundation
epsavealife.org

Federación Inter Escolar de California (CIF)
cifstate.org

Video gratuito de NFHS para entrenadores/padres
nfhslearn.com/courses/61032





Accidentes no suelen suceder, pero a veces suceden.

Recesos escolares, paseos y las actividades diarias en general pueden ocasionar lesiones. Contar con cobertura durante el horario escolar, o en todo momento, te asegura que tus seres queridos puedan obtener el cuidado necesario sin crear problemas financieros para tu familia.

ELIGIBILIDAD

Cualquier estudiante registrado es elegible para obtener cobertura.

SEGURO ESCOLAR DE ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES (K-12) DISPONIBLE A TRAVÉS DE SU ESCUELA:

- Accidentes en la Escuela
- Accidentes las 24 Horas al Día
- Deportes Interescolares
- Dental 24 Horas

Todos los planes disponibles son ofrecidos por Special Markets Insurance Consultants, Inc. Por favor visite nuestro servicio de matriculación en línea en www.studentinsuranceusa.com para obtener información acerca de los planes que su escuela ofrece.

PAGO

La inscripción y el pago de la prima son responsabilidad de los padres y/o representantes del estudiante.

COMO MATRICULARSE

Matricularse por internet es fácil y lleva sólo unos minutos.

Vaya a https://www.k12specialmarkets.com/Enroll_1.aspx

1. Haga clic en "Coverage Details" en la parte superior
2. Seleccione su estado y haga clic en "Look Up"
3. Haga clic en su Escuela o Distrito Escolar
4. Haga clic en el nombre para mostrar detalles del plan

Parientes pueden imprimir y completar la aplicación para mandarla por correo o por orden de pago.

OTAMBIEN:

Pueden inscribirse vía web:

1. Inscribise vía web haciendo clic en "enroll now:
2. Seleccione su estado y haga clic en "look up"
3. Haga clic en su Escuela o Distrito Escolar
4. Seleccione el nombre de su escuela (si es posible)
5. Verifique las opciones del plan
6. Complete la aplicación vía web (dos o más niños pueden ser inscriptos en la misma aplicación)
7. Pague con tarjeta de débito o crédito
8. Imprima su tarjeta de identificación

PARA PREGUNTAS, LLAME AL 310-826-1601

Sobre Student Insurance

Desde 1950 Student Insurance, Inc. (SI) ha ofrecido Seguro de Accidentes para Estudiantes de K-12. Por favor, visite www.studentinsuranceusa.com para obtener información adicional acerca de la cobertura de este plan, precios, beneficios,

COBERTURA DE SEGURO DE ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES 2019 - 2020

COBERTURA OPCIONAL DE ACCIDENTES DURANTE EL HORARIO ESCOLAR - Se proporciona cobertura de seguro por lesiones cubiertas que tienen lugar durante el horario y los días en que la escuela está en funcionamiento y durante la asistencia o participación en actividades patrocinadas y supervisadas por la escuela tanto dentro como fuera de las instalaciones escolares. Incluye la participación en: Deportes intercolegiales, a excepción de fútbol americano intercolegial a nivel de escuela secundaria (consulte la Cobertura opcional para fútbol americano a continuación); actividades recreativas de verano patrocinadas por la escuela; excursiones escolares de un día de duración (sin pernatación) y actividades religiosas patrocinadas por la escuela. Se proporciona cobertura para viajes hacia, desde o durante las actividades, como miembro de un grupo, en el transporte proporcionado u organizado por el titular de la póliza, y al viajar directamente de ida y vuelta entre sus casas y la escuela o el sitio de una actividad cubierta.

Prima anual: Plan "de bajo costo"-\$14.00 Plan "de mediano costo"-\$28.00 Plan "de alto costo"-\$43.00

COBERTURA OPCIONAL POR ACCIDENTES DURANTE LAS 24 HORAS - La cobertura del seguro se proporciona durante las 24 horas del día. Proporciona cobertura durante los fines de semana y períodos de vacaciones, incluido todo el verano. Los estudiantes están protegidos mientras están en su casa o fuera de ella en cualquier momento y en cualquier lugar. La cobertura se proporciona para la participación en deportes intercolegiales, a excepción de fútbol americano intercolegial a nivel de escuela secundaria (consulte la opción de Cobertura opcional para fútbol americano a continuación).

Prima anual: Plan "de bajo costo"-\$82.00 Plan "de mediano costo"-\$105.00 Plan "de alto costo"-\$210.00

COBERTURA OPCIONAL PARA FÚTBOL AMERICANO - Cubre accidentes que ocurren durante la participación en la práctica o la competencia de fútbol americano intercolegial a nivel de escuela secundaria. Se cubre el viaje cuando se viaja directamente y sin interrupción hacia o desde tal práctica o competencia, como parte de un grupo, en el transporte proporcionado u organizado por el titular de la póliza. Consulte los beneficios y limitaciones que se describen en el interior de este folleto. La cobertura opcional para fútbol americano comienza en la fecha de la recepción de la prima y termina el último día de práctica o competencia. A los estudiantes de noveno grado que juegan SOLAMENTE con otros estudiantes de 9º grado, no se les cobra el adicional para la cobertura de fútbol americano. En caso de contratación, se aplicará su cobertura opcional durante el horario escolar o su cobertura opcional de accidentes las 24 horas.

Prima anual: Plan "de bajo costo"-\$85.00 Plan "de mediano costo"-\$115.00 Plan "de alto costo"-\$215.00

COBERTURA DENTAL OPCIONAL DURANTE LAS 24 HORAS (puede adquirirse por separado o con otra cobertura) - La cobertura del seguro está en vigor las 24 horas del día. La lesión debe tratarse en un plazo de 60 días después de que ocurra el accidente. Los beneficios se pagan dentro de los 12 meses después de la fecha de la lesión. Los gastos máximos elegibles a pagar por lesión cubierta no pueden exceder los \$ 25,000. Además, cuando el dentista certifica que el tratamiento debe aplazarse hasta después del período de beneficios, se pagarán beneficios diferidos hasta un máximo de \$1000. El estudiante debe recibir tratamiento por lesión en los dientes, por parte de un dentista legamente calificado, que no sea miembro de la familia inmediata del estudiante. La cobertura se limita al tratamiento de dientes sanos y naturales. **Prima anual: \$8.00**

PERÍODO DE COBERTURA - La cobertura en virtud de la cobertura opcional de accidentes durante el horario escolar, la cobertura opcional de accidente durante las 24 horas y la cobertura dental opcional durante las 24 horas comienza en la fecha de recepción de la prima, pero no antes del inicio del año escolar. La cobertura opcional de accidente durante el horario escolar termina al cierre del período regular escolar de nueve meses, excepto cuando el estudiante asiste a sesiones de clases patrocinadas, única y exclusivamente bajo la supervisión de la escuela durante el verano. La cobertura opcional de accidente durante las 24 horas y la cobertura dental opcional durante las 24 horas terminan cuando la escuela vuelve a abrir para el siguiente año escolar. La cobertura está disponible en virtud del plan durante el año escolar con las primas cotizadas (**no hay primas a prorrata disponibles**).

PLAN DE BENEFICIOS			
Cobertura de lesiones por accidentes únicamente			
Beneficio máximo:	Plan "de bajo costo"	Plan "de mediano costo"	Plan "de alto costo"
Opción horario escolar	\$25,000	\$50,000	\$100,000
Opción 24 horas	\$25,000	\$50,000	\$100,000
Opción fútbol americano	\$25,000	\$50,000	\$100,000
Lesiones que involucran vehículos de motor	\$10,000	\$10,000	\$ 10,000
Beneficio por muerte/pérdida de dos miembros	\$10,000	\$20,000	\$ 20,000
Pérdida de un miembro	\$5000	\$10,000	\$10,000
Período de pérdida de los beneficios médicos	El tratamiento debe comenzar en un plazo de 60 días tras la fecha de la lesión		
Período de beneficios para beneficios médicos y AD&D/pérdida de la vista	1 año	1 año	1 año
Aplicabilidad de exceso de cobertura	Exceso total	Exceso total	Exceso total
Servicios hospitalarios/en instalaciones de salud - como paciente internado			
Ingreso y comidas en hospital (tarifa de sala semiprivada)	65% GR*	75% GR*	80% GR* Servicios
hospitalarios varios para pacientes internados	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Servicios hospitalarios/en instalaciones de salud - como paciente ambulatorio			
Centro quirúrgico ambulatorio independiente	65% GR* a \$500 como máximo	75% GR* a \$800 como máximo	80% GR* a \$1500 como máximo
Servicios hospitalarios varios para pacientes ambulatorios (a excepción de los servicios de médicos y radiografías que se pagan de la forma que se estipula a continuación)	65% GR* a \$500 como máximo	75% GR* a \$800 como máximo	80% GR* a \$1500 como máximo
Sala de emergencia del hospital	65% GR* a \$500 como máximo	75% GR* a \$800 como máximo	80% GR* a \$1500 como máximo
Servicios del médico			
Quirúrgicos	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Asistente de cirujano	25% de los beneficios quirúrgicos	25% de los beneficios quirúrgicos	25% de los beneficios quirúrgicos
Anestesiólogo	25% de los beneficios quirúrgicos	25% de los beneficios quirúrgicos	25% de los beneficios quirúrgicos
Tratamiento ambulatorio del médico en relación con la fisioterapia y/o la manipulación espinal	65% GR*/\$25 por visita/5 visitas como máximo	75% GR*/\$30 por visita/7 visitas como máximo	80% GR*/\$40 por visita/8 visitas como máximo
El tratamiento del médico no quirúrgico (con excepción de lo anterior)	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Otros servicios			
Servicios de enfermeras profesionales tituladas	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Recetas - paciente ambulatorio	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Análisis de laboratorio - paciente ambulatorio	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Radiografías, incluye la interpretación - paciente ambulatorio	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Servicio de diagnóstico por imágenes (imágenes por resonancia magnética, tomografía axial computarizada, etc.) - incluye interpretación	65% GR	75% GR*	80% GR*
Ambulancia terrestre	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Equipo médico duradero (incluye aparatos y dispositivos de asistencia ortopédicos)	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Tratamiento dental para dientes sanos y naturales debido a una lesión incluida en la cobertura	65% GR* a \$500 como máximo	75% GR* a \$800 como máximo	80% GR* a \$1500 como máximo
Reemplazo de anteojos, audífonos, lentes de contacto si también se recibe tratamiento médico para la lesión cubierta.	\$150 como máximo	\$500 como máximo	\$700 como máximo
*GR significa Gastos razonables			GER_0514 EFTB(0009)

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN 2019 - 2020 (complete en letra de imprenta o a máquina)

Apellidos del estudiante _____ Nombre del estudiante _____ Inicial seg. nombre del estudiante _____ Grado _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Número de teléfono _____ Fecha de nacimiento _____
 Sistema escolar _____ Nombre de la escuela _____

Marque su selección:

Plan "de bajo costo"	Horario escolar	\$14.00	Accidente las 24 horas	\$ 82.00	Fútbol americano	\$ 85.00	Dental las 24 horas	\$ 8.00
Plan "de mediano costo"	Horario escolar	\$28.00	Accidente las 24 horas	\$105.00	Fútbol americano	\$115.00	Dental las 24 horas	\$ 8.00
Plan "de alto costo"	Horario escolar	\$43.00	Accidente las 24 horas	\$210.00	Fútbol americano	\$215.00	Dental las 24 horas	\$ 8.00

Emita el cheque pagadero a nombre de Gerber Life Insurance Company

Total que se adjunta: _____

Firma del padre/madre o tutor _____ Fecha: _____

DISPOSICIÓN POR EXCESO DE COBERTURA La compañía pagará los gastos razonables que no son reembolsables por ningún otro plan. La compañía determinará el monto de los beneficios proporcionados por otros planes sin hacer referencia a ningún tipo de coordinación de beneficios, la no duplicación de beneficios o disposiciones similares. El monto de otros planes incluye cualquier importe al que el asegurado tiene derecho, ya sea que se presente o no una reclamación por los beneficios. Este seguro general de accidentes para estudiantes es secundario a todas las demás pólizas. Esta disposición no se aplicará si el total de los gastos razonables incurridos por beneficios de servicios hospitalarios y profesionales son inferiores a la cantidad indicada en la aplicabilidad del plan de beneficios bajo exceso de cobertura.

BENEFICIOS MÉDICOS Cuando una lesión con cobertura que sufrió un estudiante dio lugar a 1) tratamiento por un médico legalmente calificado o un cirujano (que no sea un familiar inmediato o persona contratada por la escuela) o 2) ingreso en el hospital, y el tratamiento comienza en un plazo de 60 días a partir de la fecha de la lesión, la compañía pagará el beneficio tal como se establece en el plan de beneficios, sujeto a la disposición por exceso de cobertura que se detalla arriba. Solo tienen cobertura los gastos médicos elegibles en que incurra el asegurado, en un plazo de 52 semanas a partir de la fecha del accidente. Los beneficios para cualquier accidente no deberán exceder en conjunto el máximo indicado en el plan de beneficios médicos contratado. Los gastos en que se incurra después de un año a partir de la fecha de la lesión no están cubiertos, a pesar de que el servicio se continúe prestando o se haya retrasado necesariamente más allá de un año después de la fecha de la lesión.

MUERTE, PÉRDIDA DE MIEMBRO Y PÉRDIDA DE LA VISTA POR ACCIDENTE Cuando una lesión cubierta da lugar a cualquiera de las pérdidas al asegurado que se establecen en el plan de beneficios por muerte, pérdida de miembro o pérdida de la vista por accidente, la compañía pagará el beneficio indicado en el plan por esa pérdida. La pérdida debe haber tenido lugar en un plazo de 365 días después de la fecha del accidente.

El máximo beneficio pagadero bajo esta disposición se establece en el plan de beneficios bajo límites máximos y período de beneficio: 1) Seguro de vida 2) Pérdida de ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos; 3) Pérdida de una mano y un pie; 4) Pérdida de una mano y de la vista completa de un ojo; 5) Pérdida de un pie y la vista completa de un ojo; 6) Pérdida de una mano o un pie; 7) Pérdida de la vista de un ojo; 8) Pérdida del dedo pulgar e índice de la misma mano. Por la pérdida de una mano, un pie o la vista de un ojo se pagará la mitad del máximo beneficio. La pérdida de mano o pie significa la separación completa a través o por encima de la articulación de la muñeca o del tobillo. La pérdida de la vista significa la pérdida total y permanente de la vista en un ojo. La pérdida de la vista debe ser irrecuperable por medios naturales, quirúrgicos o artificiales. La pérdida del dedo pulgar e índice de la misma mano significa la separación completa a través o por encima de la articulación metacarpofalángica de la misma mano (las articulaciones entre los dedos y la mano). La separación significa la escisión y el desmembramiento completos de la parte del cuerpo. Si el asegurado sufre más de una de las pérdidas cubiertas mencionadas anteriormente como consecuencia del mismo accidente, la cantidad total que pagará la compañía es el beneficio máximo. Los beneficios pagados en virtud de esta disposición se pagarán además de cualquier otro beneficio previsto por la póliza. Los beneficios previstos en esta disposición están sujetos a todas las demás disposiciones de la póliza, incluida toda la cobertura y limitaciones, límites máximos y exclusiones.

DEFINICIONES Lesión es una lesión corporal causada por un accidente. La lesión debe tener lugar mientras la póliza está en vigor y mientras el asegurado está cubierto por la póliza. La lesión debe haber ocurrido tal como se indica en la carátula de la póliza, salvo que se indique específicamente lo contrario en dicha póliza. **Accidente** es un evento repentino, inesperado, imprevisto e identificable que produce en ese momento síntomas objetivos de una lesión. El accidente debe ocurrir mientras el asegurado está cubierto por la póliza. **Gasto razonable** significa la cantidad promedio que cobra la mayoría de los proveedores por el tratamiento, el servicio o los suministros en el área geográfica en la que se proporciona el tratamiento, servicio o suministro. Un médico debe recomendar y aprobar estos servicios y suministros.

EXCLUSIONES No se pagan beneficios por servicios hospitalarios y profesionales para lo siguiente: 1) Lesiones que no son consecuencia de un accidente; 2) El tratamiento de hernia, independientemente de la causa, enfermedad de Osgood Schlatter u osteocondritis; 3) Lesiones sufridas como resultado de manejar, viajar dentro de, o sobre, un vehículo motorizado recreativo de dos, tres o cuatro ruedas o motos de nieve, o descender de estos; 4) El agravamiento, durante una actividad programada de manera normal, de una lesión que el asegurado sufrió antes de participar en esa actividad programada de manera normal, a menos que la compañía reciba una autorización médica por escrito del médico del asegurado; 5) Lesiones sufridas como resultado de practicar o jugar fútbol americano y/o deportes intercolegiales, a menos que se haya pagado la prima requerida bajo la disposición de la cobertura para fútbol americano y/o deportes; 6) Cualquier gasto para el cual son pagaderos los beneficios bajo un programa de seguro contra accidentes catastróficos de la Asociación de actividades intercolegiales del estado; 7) Tratamiento realizado por un miembro de la familia inmediata del asegurado o por una persona contratada por la escuela; 8) Lesión causada por guerra o actos de guerra; suicidio o lesión autoinfligida intencional, en buen estado mental o demente; violación o intento de violación de la ley; participación en cualquier ocupación ilegal; peleas o enfrentamientos, excepto en defensa propia; estar legalmente intoxicado o bajo la influencia del alcohol según lo definido por las leyes del estado en el que se produce la lesión; o estar bajo la influencia de alguna droga o narcótico a menos que las administre un médico o por consejo del mismo; 9) Gastos médicos para los cuales el asegurado recibe beneficios bajo ya sea (a) la Ley de indemnización laboral; o (b) el contrato de seguro de automóvil obligatorio sin culpa; o legislación similar; 10) Gastos realizados para el tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular y dolor miofacial asociado; y 11) Gastos incurridos por tratamientos o procedimientos experimentales o de investigación.

CONSERVE ESTA DESCRIPCIÓN EN SUS ARCHIVOS

Esto no constituye una póliza, más bien una breve descripción de los beneficios provistos en virtud de la póliza maestra emitida a la escuela. Consulte la póliza maestra para obtener más detalles. **AVISO IMPORTANTE - ESTA PÓLIZA NO PROPORCIONA COBERTURA POR ENFERMEDAD. El objetivo de este folleto es ilustrar los aspectos más destacados de este seguro. Toda la información contenida en este folleto está sujeta a las disposiciones del formulario de póliza COL-11(CA), suscrita por Gerber Life Insurance Company (la compañía). En caso de conflicto entre este folleto y la póliza, prevalecerá esta última. Por favor, consulte la póliza maestra para los detalles individuales del estado.**

CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

Se debe cursar una notificación por escrito de la reclamación a la compañía en un plazo de 90 días después de la ocurrencia o comienzo de cualquier siniestro cubierto por esta póliza, o tan pronto como sea razonablemente posible. La notificación entregada por o en nombre del asegurado designado a la compañía, con la información suficiente para identificar al asegurado designado, se considerará una notificación a la compañía. La prueba escrita de la pérdida debe comunicarse a la compañía en el domicilio designado en un plazo de 90 días después de la fecha de dicha pérdida.

En el caso de un accidente, los estudiantes deben: 1) Obtener tratamiento en el centro médico más cercano de su elección; 2) Si usted tiene otro seguro, presente su reclamación a su otra compañía de seguros. Cuando reciba la notificación de explicación de beneficios de su compañía principal, envíenosla; 3) Obtenga un recibo (si efectuó el pago de alguna factura) y una copia detallada de los cargos del proveedor de servicios médicos, y envíe copias de sus facturas detalladas y el formulario de reclamación de accidente debidamente cumplimentado y **firmado** a la oficina de reclamaciones - envíe por correo toda la correspondencia a WEB-TPA, P.O. Box 2415, Grapevine, TX 76099-2415; y 3) **Líame al 1-866-975-9468** si tiene preguntas sobre las reclamaciones.

SUSCRITO POR:
Gerber Life Insurance Company
White Plains, NY 10605

AGENTE DE COMERCIALIZACIÓN:
Student Insurance
10801 National Blvd., Suite 603
Los Ángeles, CA 90064
(310) 826-5688

Para solicitar la cobertura, inscribese por Internet con una tarjeta de crédito en www.k12specialmarkets.com o corte por la línea de puntos, complete el formulario y envíelo por correo, junto con su cheque o giro postal, a la dirección de retorno que se muestra a continuación.

Enviar de vuelta a: Student Insurance
c/o K12Special Markets Plan Administrators
1055 Main Street, Suite 101
Stevens Point, WI 54481