

- ¡Los accidentes son comunes! Cuando le suceden a su hijo, alguien debe pagar esos costos.
- Aquí le presentamos planes de seguros contra accidentes para cubrir a su hijo las 24 horas del día (Plan de 24 horas) o en la escuela (Plan de Tiempo Escolar).
- Estos planes le proporcionan beneficios para ayudarle a cubrir los costos médicos y hospitalarios.
- Este es un plan primario. El gasto cubierto será elegible para el pago independientemente de otro seguro.
- Cualquier beneficio pagable por esta póliza como resultado de un servicio médico, quirúrgico, dental, hospitalario o de enfermería será pagado directamente al hospital o a la persona que proporcione dichos servicios, a menos que se proporcione prueba del pago completo.

24 Horas	Tiempo Escolar	DETALLES IMPORTANTES SOBRE LA PROTECCIÓN
✓	✓	La cobertura se vuelve efectiva el día que Guarantee Trust Life Insurance Company (GTL), sus representante, o funcionarios de la escuela, reciba el pago de la prima (pero no antes del primer día que abra la escuela). Los estudiantes que participen en la práctica o el juego preescolar para los deportes interescolares sancionados por la Asociación de Atletismo de la Escuela Secundaria estarán cubiertos a partir de la fecha del pago real de la prima, pero sólo mientras se dedican a la práctica real o sesiones de juego. Otros aspectos de la cobertura no comenzarán antes que la primera fecha de la sesión regular de la escuela.
✓	✓	Proporciona cobertura durante las horas en las cuales la escuela está en actividades regulares.
✓		Proporciona cobertura las 24 horas del día.
✓	✓	Proporciona cobertura durante el tiempo necesario para viajar entre el hogar del asegurado y el inicio o fin de las actividades escolares regulares.
✓	✓	Proporciona cobertura mientras se participa (o se asiste) a actividades organizadas, patrocinadas y supervisadas por la escuela. también se proporciona cobertura para viajar directamente hacia y desde tales actividades en un vehículo designado y proporcionado por la escuela.
	✓	La cobertura expira al terminar el ciclo escolar regular. (La cobertura se extenderá mientras se asista a clases académicas para obtener créditos en el verano, cuando las actividades escolares son patrocinadas y supervisadas exclusiva y únicamente por la escuela, no se proporcionará cobertura para el transporte de y hacia las clases.
✓		La cobertura continúa sin interrupción todo el verano, hasta que la escuela inicie el siguiente ciclo escolar.

La cobertura opcional de fútbol comienza en la fecha en que GTL, sus representantes o los oficiales de la escuela reciban la prima, pero no antes de la primera fecha oficial de entrenamiento, y continúa hasta la fecha del último partido oficial de la temporada actual, incluyendo las eliminatorias.

### LAS PRIMAS DE FÚTBOL CUBREN SOLO EL FÚTBOL

Para presentar un reclamo: Reporte los accidentes al oficial de la escuela. Se proporcionarán formularios simplificados en la oficina del director (durante las vacaciones, contacte a los administradores del plan). Se debe proporcionar una prueba completa de pérdida y facturas acumuladas a Guarantee Trust Life Insurance Company dentro de 90 días.

## COBERTURA DE ACCIDENTES LAS 24 HORAS DEL DÍA

### ¡Protección las 24 horas para cada accidente cubierto!

Proteja a su hijo durante todo el año escolar y se extiende durante el verano - hasta que la escuela inicie nuevamente.

Su hijo estará cubierto EN TODO EL MUNDO, LAS 24 HORAS DEL DÍA.

Esto incluye accidentes cubiertos: En el hogar Al jugar En la escuela

Durante las vacaciones Al acampar, explorar, etc. Durante viajes cubiertos

Mientras participe en deportes, excepto aquellos que estén excluidos específicamente o para los cuales se requiere cobertura opcional\*

\*Vea las OPCIONES para descubrir cualquier cobertura opcional para deportes.

## COBERTURA DE ACCIDENTES DURANTE EL TIEMPO ESCOLAR

Su hijo está protegido al asistir a las actividades escolares regulares. También está cubierto el viaje directamente hacia y desde su residencia para asistir a las actividades escolares regulares para el tiempo requerido, pero no más de una hora antes o después de las clases regulares. El tiempo de viaje en el autobús escolar se extiende a cualquier tiempo adicional necesario. Además, se proporciona cobertura al participar en (o asistir a) actividades cubiertas que son organizadas, patrocinadas y supervisadas exclusiva y únicamente por la escuela y los empleados de la escuela, incluyendo el viaje directamente hacia y desde una actividad en un vehículo asignado para el traslado, proporcionado por la escuela y supervisado únicamente por empleados de la escuela. La cobertura opcional puede ser necesaria para deportes interescolares. Vea las OPCIONES para descubrir cualquier cobertura opcional para deportes.

Los productos de seguro de Blanket Accident se emiten en Form Series GP-2030, GP-2020 o GP-1200 por Guarantee Trust Life Insurance Company, Glenview, IL. Estos productos y sus características están sujetos a la disponibilidad del estado y pueden variar según el estado. Ciertas exclusiones y limitaciones pueden aplicar. Las disposiciones exactas que rigen el seguro están contenidas en la Política emitida al Titular de la Póliza y ciertas disposiciones pueden administrarse para cumplir con los requisitos del estado. La Política controlará en caso de conflicto entre la Política y este folleto. Para obtener detalles completos de la cobertura, comuníquese con el agente que administra el programa.

## ¿Qué cubren? Hasta un máximo de \$25,000 de acuerdo a la descripción de Cobertura y Beneficios:

- Accidentes que ocurran durante la vigencia de la cobertura.
- Pérdida debido a lesiones accidentales que resulten directa e independientemente de todas las otras causas.
- Gastos médicos cubiertos que comienzan dentro de los 30 días del accidente y se incurren dentro de las 52 semanas del accidente.

## COBERTURA Y BENEFICIOS

Los beneficios se pagan hasta el monto en dólares especificado a continuación

BENEFICIOS POR LESIÓN		OPCIÓN BAJA	OPCIÓN ALTA	BENEFICIOS POR LESIÓN		OPCIÓN BAJA	OPCIÓN ALTA
HOSPITAL ALOJAMIENTO Y CUIDADOS GENERALES DE ENFERMERIA	Primer día	\$125	\$250	CONSULTA EXTERNA DE TERAPIA FISICA Limitado a 3 visitas	Suministrada por un Hospital	\$35	\$70
	En lo Sucesivo, por día (La hospitalización debe comenzar dentro de los 120 días después del accidente)	\$100	\$200		Suministrada por un Médico	Primera visita	\$30
GASTOS DIVERSOS DEL HOSPITAL	Paciente hospitalizado y ambulatorio	\$600	\$1,200	CONSULTA EXTERNA DE PROCEDIMIENTOS E INTERRETACIÓN DE IMAGENOLOGIA	Resonancia Magnética (RM) O TAC	\$120	\$240
HOSPITAL DE URGENCIAS	Excluyendo honorarios profesionales	\$100	\$200	CONSULTA EXTERNA DE RAYOS X		\$100	\$200
HONORARIOS MÉDICOS POR CIRUGIA	Por Unidad Valor unitario determinado por el Programa quirúrgico	\$55	\$110	TRATAMIENTO DENTAL	Para una lesión de dientes sanos naturales, por cada diente	\$150	\$300
CIRUJANO ASISTENTE	Porcentaje de la asignación para el Programa quirúrgico	25%	25%	EQUIPO MÉDICO DURADERO	Incluyendo aparatos ortopédicos	\$100	\$200
APLICACIÓN DE ANESTESIA						MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO	Sólo una de estas cantidades, la más grande, será pagada por pérdidas que resulten de un accidente
CARGOS POR AMBULANCIA		\$75	\$150		Causada por una lesión y que ocurra dentro de los 365 días del accidente cubierto		\$1,500
VISITAS MÉDICAS NO QUIRÚRGICAS NO INCLUYE TERAPIA FISICA	Primera visita	\$30	\$60		<b>MUERTE ACCIDENTAL DESMEMBRAMIENTO</b>		
	Visitantes subsiguientes	\$15	\$30		<b>Individual:</b> Pérdida de una mano, un pie, visión completa de un ojo o audición en un oído.		\$1,000
	Limitado a una visita por día				<b>Doble:</b> Pérdida de ambas manos, pies, visión completa, audición completa o pérdida del habla.		\$7,500

Lesión significa lesión corporal debido a un accidente que resulta directa e independientemente de enfermedad, dolencia corporal o cualquier otra causa; Exclusivamente, directa e independientemente de todas las demás causas, resulta en gastos médicos; Ocurre después de la fecha de vigencia de la cobertura del Asegurado bajo la Póliza; Y se produce mientras la Política está en vigor. Todas las lesiones sufridas en cualquier Accidente, incluyendo todas las condiciones relacionadas y los síntomas recurrentes de estas lesiones, se consideran un solo Lesión.

**Beneficios Extendido Dental Opcional** (Sólo se puede adquirir en colaboración con la escuela de tiempo, 24-horas o cobertura de futbol). Gastos dentales extendidos, hasta un máximo de \$2,500.00 para: un examen, diagnosticos, rayos-x; tratamiento restaurador; endodoncia; y cirugía oral (no incluir periodoncia o ortodoncia) hasta \$250.00 para prótesis dentales en los gastos de un puente, dentaduras parciales o dentaduras, o para el reemplazo en especie de reparaciones dentales previos. Si durante el periodo de beneficio, el dentista del asegurado certifica que el tratamiento debe aplazarse, GTL pagará hasta un máximo de \$100.00 en lugar de todos los otros beneficios dentales.

**EXCLUSIONES** – La póliza no proporciona beneficios para: (1) Tratamiento, servicios o suministros que no sean Medicamente Necesarios; que no sean recetados por un Médico como necesarios para tratar una Lesión; que se determine que son de naturaleza Experimental/Investigativa; que se reciban sin cargo u obligación legal de pago; que se reciban de personas empleadas o contratadas por el Titular de la Póliza o cualquier Miembro de la Familia, a menos que se especifique lo contrario; o que no estén específicamente enumerados como Cargos Cubiertos en la Póliza. (2) Lesión autoinfligida intencionalmente. (3) Lesión recibida mientras se viola o intenta violar cualquier ley debidamente promulgada. (4) Lesiones por actos de guerra, declarados o no. (5) Lesión recibida mientras viaja o vuela por aire, excepto como pasajero de pago en una línea aérea comercial regular. (6) Lesiones cubiertas por la Ley de Compensación Laboral o la Ley de Enfermedades Ocupacionales. (7) Agotamiento por calor e insolación. (8) Lesiones causadas o contribuidas por el agravamiento o la reincidencia de una condición preexistente. (9) Suicidio o intento de suicidio. (10) Cualquier sanción impuesta por Otro Seguro o Plan Válido y Cobrable por no seguir los procedimientos del plan. (11) Tratamiento dental, excepto cuando se indique específicamente. (12) Anteojos, lentes de contacto, exámenes oculares de rutina o recetas. (13) Hernia, de cualquier tipo. (14) Lesiones sufridas durante el entrenamiento en el trabajo. (15) Lesiones sufridas en peleas o riñas. (16) Pérdida resultante de una fractura patológica o de una fractura en el lugar de un quiste óseo. (17) Pérdida resultante de estar legalmente intoxicado o bajo la influencia del alcohol según lo definido por las leyes del estado en el que se produce la lesión. (18) Pérdida resultante del uso de cualquier droga o agente clasificado como narcótico, psicofítico, psicodélico, alucinógeno, o que tenga una clasificación o efecto similar, a menos que sea prescrito por un Doctor. (19) Lesiones sufridas mientras se opera, monta o se baja de cualquier vehículo recreativo motorizado de dos, tres o cuatro ruedas, o de una moto de nieve o un vehículo todo terreno (ATV). (20) Lesión sufrida mientras participa o practica para el fútbol americano de placaje interescolar de la escuela secundaria, incluido el grado 9 si juega con el grado 10 o superior, incluido el viaje, a menos que se haya adquirido una cobertura opcional. (21) Lesión sufrida volando en ultraligero, en ala delta, paracaidismo o salto con cuerda elástica. (22) Cirugía estética o plástica, excepto la cirugía reconstructiva en una parte del cuerpo lesionada. (23) Tratamiento de enfermedades, dolencias o infecciones, excepto las infecciones que resulten de una lesión accidental o las infecciones que resulten de la ingestión accidental, involuntaria o no intencional de una sustancia contaminada. (24) Los cargos por tratamientos, servicios o suministros que excedan los cargos razonables y habituales. (25) Pérdidas derivadas directa o indirectamente de cualquier liberación y/o contaminación química o biológica que resulte de una actividad terrorista. (26) Cualquier pérdida como resultado de una actividad terrorista y/o de armas de destrucción masiva no detonantes. (27) Cualquier pérdida que surja directa o indirectamente de cualquier explosión, detonación, liberación y/o contaminación nuclear, ya sea en tiempo de paz o de guerra, e independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o en cualquier otra secuencia a ello.

Administrado por: **PARKER WALLER INSURANCE**, 401 Cedar Street, P.O. Box 249, Greenville, AL 36037 • (334) 382-1234 • Toll-Free 1-877-272-4532

Reclamaciones suscritas y pagadas por: **GUARANTEE TRUST LIFE INSURANCE COMPANY (GTL)**, 1275 Milwaukee Ave., Glenview, IL 60025 • (800) 622-1993

# Formulario de inscripción para el año escolar 2021-22

**GTL** | GUARANTEE TRUST LIFE

**POR FAVOR ESCRIBIR CLARAMENTE:**

SOLO UN PAGO POR AÑO		
OPCIONES	Opción Baja	Opción Alta
<b>Plan 24 Horas Al Día</b> Estudiantes de Grados K-6 Estudiantes de Grados 7-12	<input type="checkbox"/> \$58 <input type="checkbox"/> \$80	<input type="checkbox"/> \$127 <input type="checkbox"/> \$164
<b>PLAN TIEMPO ESCOLAR</b> Estudiantes de Grados K-6 Estudiantes de Grados 7-12	<input type="checkbox"/> \$15 <input type="checkbox"/> \$21	<input type="checkbox"/> \$37 <input type="checkbox"/> \$50
<b>Cobertura De Futbol Opcional Americano</b> Año Escolar 2021-22 Temporada Regular (Incluye la práctica de otoño del presente año escolar) Práctica de primavera-2022 Práctica de verano-2022	<small>INCLUYENDO EL GRADO 9 SI JUEGA O PRACTICA CON EL GRADO 10 O SUPERIORES</small> <input type="checkbox"/> \$138 <input type="checkbox"/> \$276 <input type="checkbox"/> \$39 <input type="checkbox"/> \$80 <input type="checkbox"/> \$55 <input type="checkbox"/> \$110	
<b>Opción De Beneficios Dentales Extendidos</b> Grados K-12 <input type="checkbox"/> \$8.50		
<b>TOTAL \$</b> _____ <small>(favor no enviar efectivo)</small> <b>HAGA CHEQUE PAGADERO A:</b> <b>PARKER WALLER INSURANCE</b> <b>No HAY REEMBOLSOS DISPONIBLES</b>		

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE** \_\_\_\_\_  
PRIMER NOMBRE                      SEGUNDO                      APELLIDO

**FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_ **MASCULINO**  **FEMENINO**   
MES                      Día                      Año

**DISTRITO ESCOLAR** \_\_\_\_\_ **ESCUELA** \_\_\_\_\_

**GRADO** \_\_\_\_\_ **DIRECCIÓN DEL ESTUDIANTE** \_\_\_\_\_

**CIUDAD** \_\_\_\_\_ **ESTADO** \_\_\_\_\_ **CÓDIGO POSTAL** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO #** \_\_\_\_\_ **FECHA DE LA SOLICITUD** \_\_\_\_\_

**CORREO ELECTRONICO DEL PADRE O TUTOR** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PADRE O TUTOR** \_\_\_\_\_

## POR FAVOR RECUERDE:



COMPLETAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD Y MARCAR EL PLAN Y LAS OPCIONES QUE DESEA.



EMITIR SU CHEQUE O GIRO POSTAL (POR FAVOR NO ENVÍE EFECTIVO) POR EL TOTAL A PAGAR DE ACUERDO A LO INDICADO Y ENTREGUE EL PAGO Y LA SOLICITUD A LA ESCUELA.

POR FAVOR TOME EN CUENTA: SU CHEQUE CANCELADO ES SU RECIBO. SI NO RECIBE UN CHEQUE CANCELADO DENTRO DE 60 DÍAS, POR FAVOR COMUNÍQUESE CON EL ADMINISTRADOR DE SU PLAN.