

## Seguro Voluntario de Accidentes para Estudiantes

**Health Special Risk, Inc.**  
8400 Belleview Dr, Suite 150  
Plano, TX 75024


Teléfono: 866.409.5733, ext. 5660  
Fax: 972.512.5819



HSR es una agencia con licencia de seguros independiente y está autorizada para vender seguro de accidentes para estudiantes a nombre de la Compañía de Seguros Mutual of Omaha.

Cobertura suscrita por: Mutual of Omaha Insurance Company, Mutual of Omaha Plaza, Omaha, NE 68175.

**HSR**  
Health Special Risk, Inc.

 **MUTUAL of OMAHA**

# A NIVEL NACIONAL

2024-2025

**Cobertura de Seguro Voluntario de Accidente para Estudiantes de K-12**

(No esta disponible en los siguientes estados: AR, FL, ID, KS, KY, MD, MT, NC, NH, NY, SD, TX, y WA)

**Cobertura Suscrita por: Mutual of Omaha Insurance Company; 3300 Mutual of Omaha Plaza; Omaha, NE 68175**

## ELEGIBILIDAD:

Todos los alumnos matriculados en una escuela/distrito participante en los grados de Pre-kínder hasta el grado 12

## OPCIONES DE COBERTURA

**COBERTURA EN LA ESCUELA:** Se proveerá la cobertura del seguro durante las horas y días en que la escuela está en sesión, mientras este asistiendo a la escuela o participando en actividades patrocinadas y supervisadas dentro o fuera de las instalaciones de la escuela (por ejemplo, viajes a excursiones "field days") y mientras participa actividades deportivas inter-escolares (con la excepción de lesiones sufridas durante su participación en eventos/actividades de Fútbol Americano de escuela secundaria). Se proporciona cobertura mientras viaje a, durante o después de tales actividades como miembro de un grupo de transporte proporcionado u organizado por el Tenedor de la Póliza y viajando directamente hacia o desde los predios de su residencia o los predios de la escuela cuando la escuela está en sesión. Si el Tenedor de Póliza proporciona cobertura obligatoria para los estudiantes bajo el Programa de Actividades Atléticas o Programa de Fútbol Americano Inter-escolares, los beneficios se pagarán primero bajo tales programas antes de ser considerados bajo un Programa Voluntario de En La Escuela.

**COBERTURA LAS 24 HORAS:** Proporciona cobertura por lesiones sufridas las 24 horas del día, los 365 días del año, en casa, en la escuela y durante su participación en actividades deportivas inter-escolares (con la excepción de lesiones sufridas durante su participación en eventos/actividades de Fútbol Americano de escuela secundaria). Si el Tenedor de la Póliza proporciona cobertura obligatoria para los estudiantes bajo un programa de Fútbol Americano, programa Atlético/Actividad Inter-escolar, o un Programa de en la Escuela, los beneficios se pagarán bajo tales programas antes de ser considerados bajo el programa Voluntario de 24 horas.

**SOLO PARA FÚTBOL AMERICANO :** Se proporcionará cobertura de seguro a los atletas de Fútbol Americano de escuela secundaria ya sea para las actividades aprobado por los gobernantes inter escolares del estado tales como pruebas de selección ("tryouts"), juego de pretemporada, práctica, acondicionamiento físico, juego de temporada regular, juegos de post temporada, así como los viajes a, durante o después de las actividades atléticas como miembro del equipo cuando la transportación es proporcionado y organizado por la escuela. Si el Tenedor de la Póliza proporciona cobertura obligatoria para los atletas de fútbol americano bajo un programa Atlético/Actividad Inter-escolar de Fútbol Americano, se pagarán beneficios bajo esos programas antes de ser consideradas bajo un programa Voluntario de Fútbol Americano. **COBERTURA DENTAL EXTENDIDA:** Esta es una cobertura adicional para los gastos incurridos por accidentes dentales que estén cubiertos. Los beneficios dentales proporcionados son: (a) el 100% de los cargos permitidos para exámenes, radiografías, endodoncia y cirugía oral hasta un máximo de \$10,000; O (b) los gastos dentales que sean para puentes, dentaduras postizas o el reemplazo de las reparaciones dentales anteriores a un máximo de \$250. No se proporcionará cobertura para frenillos ortodonticos (braces) por ninguna razón o daño o pérdida de los mismos. Cobertura dental extendida se debe comprar junto con uno de los siguientes programas, coberturas de 24 Horas, En La Escuela o de Fútbol Americano; no podrá ser adquirido como una cobertura independiente.

**PERIODO DE COBERTURA** - La cobertura bajo los programas tales como En La Escuela, Las 24 Horas y de Fútbol Americano comienzan a partir de la fecha que se recibe la prima, pero no antes del inicio de las actividades del año escolar. La cobertura de En La Escuela termina al cierre del período regular de nueve meses de la escuela. La cobertura de Las 24 Horas termina cuando la escuela abre nuevamente en otoño. La cobertura está disponible para ambos planes a través de todo el año escolar de acuerdo a las primas cotizadas (**no hay primas pro rata disponibles**).

## BENEFICIOS

**GASTOS MÉDICOS DE ACCIDENTES:** Cuando le sucede una lesión cubierta a un asegurado y esa lesión resulta en tratamiento ya sea por un médico o cirujano dentro de los 60 días de la fecha del accidente; nosotros pagaremos los beneficios como se muestra en la Tabla de Beneficios, después del deducible médico, si los hubiere. Sólo aquellos gastos médicos elegibles incurridos por el Asegurado dentro de las 52 semanas desde la fecha del accidente están cubiertos. Los beneficios para un accidente singular no podrán exceder el beneficio médico máximo de \$25,000 en su totalidad.

**MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDA ESPECÍFICA:** Se pagaran beneficios por las pérdidas sufridas dentro de los 180 días desde el día lesión. Los siguientes beneficios (la mayor cantidad que aplique) se pagaran además del beneficio médico:

Pérdida de la Vida.....	\$10,000.00
Pérdida de ambas manos, ambos pies, la vista en ambos ojos, el habla y la audición .....	\$10,000.00
Pérdida de una mano, un pie, la vista en un ojo, el habla o la audición .....	\$5,000.00
Pérdida del dedo pulgar e índice de la misma mano .....	\$500.00

"Pérdida" significa, en relación con las manos y los pies, la desmembración por más allá de la muñeca o el tobillo, con respecto a la vista, el habla o la audición la pérdida total e irrevocable de los mismos. Con respecto al pulgar y el dedo índice de la misma mano, pérdida también significa, la ruptura o el desprendimiento de dos o más falanges enteras de tanto el pulgar y el dedo índice.

## **DEFINICIONES**

*Gastos Permitidos* significa un gasto médico que de otra manera es pagado bajo la póliza que no está en exceso del 85 por ciento identificado en Context4HealthCare (la " Base de datos"). Cuando exista, a nuestra determinación, un mínimo de datos disponibles en la base de datos para un gasto médico, determinaremos la cantidad a pagar calculando el costo unitario de la categoría de servicios aplicable utilizando la Base de Datos y multiplicándolo por el valor determinado de la gastos Médicos basado en una escala de valor comercial determinado disponibles que nosotros seleccionemos. En caso de un procedimiento médico inusualmente complejo, el costo de un nuevo procedimiento médico o el Gasto de un Seleccion Médico que no tenga un valor determinado que tengamos que hacer una determinación, nosotros le asignaremos un valor fijo. Los Gastos Médicos que nosotros paguemos pueden que no reflejen los cargos reales de un proveedor y no tiene en cuenta la capacitación de los proveedores, la experiencia o la categoría de la licencia. Un proveedor puede cobrarle al Asegurado la diferencia entre lo que cobra el proveedor y la cantidad que nosotros paguemos bajo la póliza. Nosotros actualizaremos la base de datos tal como la información sea proveída por el médico, hasta dos veces al año. Podremos modificar la base de datos a Nuestra discreción para reflejar nuestras experiencias anteriores. Tenemos el derecho, a nuestra discreción, de sustituir o reemplazar la base de datos con otra(s) base(s) de datos que sean similarmente comparativos, con o sin previo aviso.

*Lesión* es el daño corporal o físico que (1) requiere tratamiento de un médico; (2) resulte en una pérdida debido a un accidente, independientemente de la enfermedad y otras causas; y (3) pase en el periodo de tiempo que este asegurado bajo la cobertura.

*Hospital* significa una institución que: (1) es operada de acuerdo a la ley; (2) la responsabilidad primaria este vinculada con el cuidado, atención médica, y el tratamiento de personas enfermas y lesionadas como pacientes hospitalizados; (3) está bajo la supervisión de un equipo de Médicos; (4) dispone de servicio de enfermería las 24 horas por o bajo la supervisión de una enfermera(o) graduada(o) registrada(o) (RN siglas en inglés); y (5) cuenta con instalaciones médicas, de diagnóstico y tratamiento, con facilidades de quirófanos en sus localidades o que disponga de forma preestablecida. El Hospital no incluye: (1) una clínica o facilidad de: (a) convalecencia, custodia, educación o cuidado de enfermería; (b) los mayores de edad, adictos a drogas o alcohólicos; (c) rehabilitación; o (2) un hospital militar o de veteranos o un hospital contratado o administrado por el gobierno o sus agencias a menos que: (a) los servicios sean prestados en casos de emergencia; y (b) la persona sea responsable legalmente de pagar por los servicios prestados en la ausencia de un seguro.

## **EXCLUSIONES Y LIMITACIONES**

No pagaremos los beneficios de una pérdida causada por o para gastos incurridos de lo siguiente: (1) Lesiones auto infligidas intencionalmente, suicidio mientras esté cuerdo o demente; (2) Administración auto voluntaria de cualquier droga o sustancia no prescrita o no tomadas según las instrucciones del médico del Asegurado; (3) Daño causado por, atribuible a, o como resultado de la intoxicación del Asegurado; (4) Daños causado por, atribuible a, o como resultado de su uso del Asegurado de una sustancia controlada a menos que se administre por consejo de un médico y tomando la dosis prescrita; (5) Manejar un vehículo de motor bajo la influencia de una sustancia controlada a menos que se administra en el consejo de un médico y tomando la dosis prescrita; (6) Manejar un vehículo de motor mientras tenga un nivel de alcohol en sangre igual o superior al límite legal para operar un vehículo de motor en el estado o jurisdicción donde ocurrió la lesión; (7) El compromiso o un intento de cometer un delito grave, o la participación en una actividad ilegal; (8) La participación en una disturbio o insurrección; (9) Cualquier daño que resulte de peleas, asalto o agresión; (10) Un acto de guerra declarada o no; (11) El servicio activo en las Fuerzas Armadas; (12) Volar, aprendiendo a volar o servir como piloto o miembro de la tripulación de cualquier aeronave a menos que se especifique en la sección de RIESGOS DEL ASEGURADO de esta póliza; (13) Alpinismo (la participación en el deporte de escalar montañas generalmente requiere el uso de picos, cuerdas y otros equipos especiales); (14) Paracaidismo, excepto para instinto de sobrevivencia; (15) Esquiar en la nieve, buceo, bobsleading (trineo de carreras), puentismo, vuelo en globo, vuelo en un avión ultraligero, paracaidismo, hang-gliding (parapente), vuelo en planeador, sailplaning (planeador ligero) o paravela; (16) La participación en las carreras profesionales o aficionados; (17) Lesiones relacionadas con actividades o viajes fuera de los Estados Unidos; (18) Enfermedad, dolencia, corporal o trastorno mental o el tratamiento médico o quirúrgico de la misma, una infección bacteriana o viral, independientemente de cómo sea contraído. Esto no excluye la infección bacteriana que es el resultado natural y previsible de una lesión o envenenamiento accidental de los alimentos; (19) Tratamiento dental o rayos-X dentales, salvo estipulado de otra manera y sólo cuando se produce una lesión a dientes naturales que estén sanos; (20) Cualquier pérdida por la cual los beneficios se pagan bajo las leyes estatales o federales de compensación del trabajador, de responsabilidad del empleador o de enfermedades ocupacionales; (21) Los cargos por los que el asegurado no tendrían que pagar si el asegurado no tuviese un seguro; (22) Un costo más allá del costo admisible; (23) Cirugía cosmética, con la excepción de la cirugía reconstructiva debido a una lesión que este bajo la cobertura; (24) Participación en los deportes semi-profesionales y profesionales, el juego o práctica, o cualquier viaje relacionado a ello; (25) La participación en la práctica o el juego de cualquier actividad deportiva, incluyendo los viajes hacia y desde los juegos y las prácticas, a menos que se especifique en esta póliza; (26) Servicios de cirujano auxiliar, a menos que se especifican en esta póliza; (27) Tratamiento electivo o cirugía que no sean aconsejado por un médico y que no sea médicamente necesario, también tratamiento médico o exanimación donde no este envuelta la lesión; (28) Condiciones pre-existentes; (29) Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o complejo relacionado con SIDA (ARC siglas en inglés); (30) Cualquier mal funcionamiento del corazón o sistema circulatorio; (31) Pérdida causada por o como resultado de radiación nuclear o fuga de energía nuclear; (32) Servicios o tratamientos efectuados que son pagados o pagaderos bajo cualquier otro plan de seguro; (33) Servicios o tratamientos efectuados que son pagados o pagaderos bajo cualquier póliza de seguro de automóvil, sin admitir responsabilidad. Esta exclusión no aplica a aquellos estados donde este prohibido; (34) Viajar en o sobre: (a) Una moto de nieve; (b) Cualquier vehículo de motor de dos o tres ruedas; (c) Cualquier vehículo todo terreno motorizado que no requiera licencia para manejar vehículo de motor en la jurisdicción donde opera; (35) Cualquier accidente en el que el asegurado está operando un vehículo de motor sin licencia de operador de vehículo de motor vigente y válido (excepto en el programa de educación de conducir); (36) Anteojos, lentes de contacto, aparatos auditivos, o exámenes o prescripciones relacionadas; (37) Tratamiento por trauma debido a articulación temporo-andibular (ATM) que involucra la instalación de coronas, pónicos, puentes o pilares o la instalación, el mantenimiento o la eliminación de los aparatos de ortodoncia u oclusores o terapia de equilibrio.

**GUARDE ESTA DESCRIPCIÓN EN SUS RECORDS. Conserve este folleto de seguro accidental con su cheque cancelado, recibo de giro postal o recibo de tarjeta de crédito como acuse de recibo de la cobertura. Este folleto ha sido diseñado para ilustrar los aspectos más destacados de este seguro. Toda la información del seguro accidental para el estudiante está sujeta a las disposiciones de la Póliza SR2014. Las exclusiones y limitaciones serán aplicadas. Si hubiera alguna discrepancia entre la póliza y esta información de accidente para el estudiante, las disposiciones de la póliza prevalecerán.**

La póliza o certificado de seguro que tienen que ver con la cobertura y los servicios descritos en este anuncio serán proveídos en inglés solamente. Toda documentación, avisos y comunicaciones de apoyo que estén relacionado también se proporcionarán solamente en inglés. Le recomendamos que busque asistencia de un traductor y/o interprete. No obstante, las pólizas y certificados de seguro están disponibles en español para los residentes de Puerto Rico que lo soliciten.



**COBERTURA DE SEGURO VOLUNTARIO DE ACCIDENTES PARA LOS ESTUDIANTES DE EL RESTO DE LA NACION**  
**PROGRAMA DE BENEFICIOS**

<b>PACIENTES HOSPITALIZADOS:</b>	<b>OPCIÓN – BAJA</b>	<b>OPCIÓN – ALTA</b>
<b>Alojamiento y Comida / Misceláneos de Hospital</b>	Tarifa de habitación semi - privada / máximo de \$150 por día	80% de la Tarifa Usual y Acostumbrada por Una Habitación Semi - privada
<b>Misceláneos de Hospital</b>	Hasta un máximo de \$600 por día	Hasta un máximo de \$1,200 por Día
<b>Enfermera Registrada o Graduada</b>	75% de los habituales	100% de los habituales
<b>Visitas del Médico No Quirúrgicas</b>	Hasta \$40 el primer día; \$25 por día a partir de entonces	Hasta \$60 el primer día; \$40 por día a partir de entonces
(Los beneficios se limitan a una visita por día y no se aplican cuando se relaciona con una cirugía)		
<b>PACIENTES AMBULATORIOS:</b>		
<b>Costo de Cirugía Ambulatoria-Cargos por Instalación Médica</b>	Hasta un Máximo de \$1,000	Hasta un Máximo de \$1,200
<b>Visitas del Médico No Quirúrgicas</b>	Hasta \$40 el primer día; \$25 por día a partir de entonces	Hasta \$60 el primer día; \$40 por día a partir de entonces
(Los beneficios se limitan a una visita por día y no se aplican cuando se relaciona con la cirugía o fisioterapia)		
<b>Fisioterapia</b>	Hasta \$30 el primer día; \$20 por día a partir de entonces / 5 días máximos	Hasta \$60 el primer día; \$40 por día a partir de entonces /5 días máximos
<b>Sala de Emergencia</b>	Hasta un Máximo de \$150	Hasta un Máximo de \$300
(Uso de la sala y materiales, el tratamiento debe ser dado dentro de 72 horas desde el momento de la lesión)		
<b>Servicios de Rayos X - (Incluye cargos por lectura)</b>	Máximo de \$200	Máximo de \$600
<b>Cat Scan /MRI</b>	Máximo de \$300	Máximo de \$600
<b>Laboratorio</b>	Máximo de \$50	Máximo de \$300
<b>Inyecciones</b>	Hasta \$25, lesión	Hasta \$25, lesión
<b>Medicamentos con Receta</b>	Máximo de \$75	Máximo de \$200
<b>Aparatos y Accesorios Ortopédicos</b>	Máximo de \$75	Máximo de \$140
<b>PACIENTES HOSPITALIZADOS Y/O AMBULATORIOS:</b>		
<b>Honorarios del cirujano</b>	Máximo de \$1,000 (No se pagaran procedimientos adicionales por la misma incisión)	Máximo de \$1,200 ( No se pagaran procedimientos adicionales por la misma incisión)
<b>Anestesiista</b>	20% del gasto permitido para el cirujano	25% del gasto permitido para el cirujano
<b>Ambulancia</b>	Máximo de \$300	Máximo de \$800
<b>Consultor</b>	Máximo de \$200	Máximo de \$400
<b>Tratamiento del agotamiento por calor</b>	100% de los habituales	100% de los habituales
<b>Dental</b>	Hasta \$200 por diente ( Los beneficios se pagan en los dientes naturales y sanos solamente)	Hasta \$ 500 por diente ( Los beneficios se pagan en los dientes naturales y sanos solamente)
<b>El reemplazo de anteojos, lentes de contacto y audífonos</b>	Máximo de \$200 ( Al romperse como resultado de una lesión en la cubierta)	Máximo de \$300 ( Al romperse como resultado de una lesión en la cubierta)

**TIPOS DE OPCIONES**

(Haga su selección en el formulario de inscripción adjunto).

PLANES DE COBERTURA	OPCIÓN – TARIFA BAJA	OPCIÓN – TARIFA ALTA
24 Horas	\$ 86.65	\$132.65
24 Horas Veranos Solamente	\$ 22.45	\$ 35.30
En La Escuela	\$ 21.40	\$ 31.00
Fútbol Americano Escuela Secundaria	\$147.65	\$230.05
Fútbol Americano Primavera Escuela Secundaria	\$ 58.85	\$ 92.00
Dental Extendido	\$ 9.65	\$ 9.65



**2024-2025**  
**SEGURO VOLUNTARIO**  
**DE ACCIDENTE PARA ESTUDIANTES**  
**FORMULARIO DE SUSCRIPCIÓN**

**(No esta disponible en los siguientes estados: AR, FL, ID, KS, KY, MD, MT, NC, NH, NY, SD, TX, & WA)**

Apellido del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Número de Identificación del Estudiante: \_\_\_\_\_

Número de la Calle: \_\_\_\_\_  
 Dirección Ciudad Estado Código Postal

Nombre del Distrito Escolar: \_\_\_\_\_ Nombre de la Escuela/Campus: \_\_\_\_\_  
**(Requerido para Procesar)**

Firma del Padre o Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ E-mail Address: \_\_\_\_\_

<b>POR FAVOR SELECCIONE SU PLAN A CONTINUACION:</b>		
<b>PLANES DE COBERTURA</b>	<b>OPCIÓN BAJA</b>	<b>OPCIÓN ALTA</b>
24-Hour (24 Horas)	<input type="checkbox"/> \$ 86.65*	<input type="checkbox"/> \$132.65*
24-Hour (24 Horas, Solamente en Verano)	<input type="checkbox"/> \$ 22.45*	<input type="checkbox"/> \$ 35.30*
At School (En la Escuela)	<input type="checkbox"/> \$ 21.40*	<input type="checkbox"/> \$ 31.00*
High School Football (Fútbol Americano a Nivel de Secundaria)	<input type="checkbox"/> \$147.65*	<input type="checkbox"/> \$230.05*
Spring High School Football (Fútbol Americano en Primavera a Nivel de Secundaria)	<input type="checkbox"/> \$ 58.85*	<input type="checkbox"/> \$ 92.00*
Extended Dental (Seguro Dental Extendido)	<input type="checkbox"/> \$ 9.65*	<input type="checkbox"/> \$ 9.65*
<b>SOLAMENTE PARA USO DE LA COMPAÑÍA:</b>		<b>Adjuntado se encuentra el cheque de pago total pagadero a: Health Special Risk</b> TOTAL de todas las elecciones AQUI: \$ _____
Número de cheque _____		
Cantidad Recibida _____		

\* Existe un cargo adicional de proceso de \$1.00 por cobertura comprada para procesar el papeleo.

Una vez completado, envíe este formulario a:

**Health Special Risk, Inc.**  
**P.O. Box 957824**  
**St. Louis, MO 63195-7824**

Para más información referente a Seguro de Estudiantes, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente al **1-866-409-5733**

**IF YOU WISH TO PAY WITH MASTERCARD OR VISA\*\*:** Go to [www.K12StudentInsurance.com](http://www.K12StudentInsurance.com)

\*\*A 5% administrative charge will be added for Credit Card Orders

**Cobertura de Accidente Suscrita por: Mutual of Omaha Insurance Company, 3300 Mutual of Omaha Plaza, Omaha, NE 68175**