

2018-2019 Student Accident Insurance Coverage



Your school has purchased Student Accident Insurance that covers supervised and sponsored school activities. This brochure provides you with the opportunity to extend the accident insurance coverage purchased by your school, as explained below.

Optional 24-Hour accident coverage

Insurance coverage is extended to provide for covered Injuries incurred during the hours and days when school is in session and while attending or participating in school sponsored and supervised activities on or off school premises. The extended accident coverage provides coverage during the weekends and Vacation periods, including the entire summer. Students are protected while at home or away, any place, anytime, anywhere. No coverage is provided while participating in 1) Interscholastic Sports or 2) school sponsored and supervised activities that are already covered under the Student Accident Insurance program purchased by the school.

Annual Premium

Plan 1 - \$103.00

Plan 2 - \$59.00

Plan 3 - \$33.00

Plan 4 - \$30.00

Optional 24 hour dental coverage (Can be purchased separately or with other coverage)

Insurance coverage is in effect 24 Hours a day. Injury must be treated within 60 days after the Accident occurs. Benefits are payable within 24 months after the date of Injury. The maximum eligible expenses payable per covered Injury is \$50,000. In addition, when the dentist certifies that treatment must be deferred until after the Benefit Period, deferred benefits will be paid to a maximum of \$1,000. The Student must be treated by a legally qualified dentist who is not a member of the student's Immediate Family for Injury to teeth. Coverage is limited to treatment of sound, natural teeth.

Annual Premium: \$8.00

Coverage period

Coverage under the Optional 24-Hour Accident Coverage and the Optional 24-Hour Dental Coverage starts on 1) the date you complete your enrollment on-line and your premium is paid, or 2) the date your enrollment form and premium payment are received by the agent, but not before the first day of the school year. Optional 24-Hour Accident and Dental Coverage ends at midnight on the day before school reopens for the following school year. Coverage is available under these plans throughout the school year at the premiums quoted. There are no pro rata premiums available.

Coverage Basis: Excess

Benefits are payable for covered medical expenses that are not payable under any other health care plan. The amount from any other health care plan includes any amount, to which the Insured is entitled, whether or not a claim is made for the benefits. This Blanket Accident Insurance policy is secondary to all other insurance policies. If no other health insurance exists, benefits will be payable like primary coverage.

Accident Medical Expense benefits

When a covered accident results in 1) treatment by a legally qualified Physician or surgeon (other than a member of the immediate family or person retained by the school) or 2) Hospital confinement, and treatment begins within 60 days from the date of the accident, the Company will pay the benefit as shown in the Schedule of Benefits. Only eligible medical expenses incurred by the Insured within 52 weeks from the date of the Accident are covered. Benefits for any one Accident will not exceed the Maximum Benefits stated in the Schedule of Benefits for the Plan purchased. Expenses incurred after one year from the date of the accident are not covered, even though the service is a continuing one, or one that is necessarily delayed beyond one year from the date of the accident.

Accident Death & Dismemberment benefits

When a covered Injury results in any of the Losses stated in the Schedule of Benefits for Accidental Death or Dismemberment, then the Company will pay the benefit stated in the schedule for that Loss. The Loss must occur within 365 days after the date of the Accident. The maximum benefit as stated in the Schedule of Benefits under Maximum Benefits, is payable for the following Losses:

1) Life; 2) Both Hands or Both Feet or Sight of Both Eyes; 3) One Hand and One Foot; 4) One Hand and Entire Sight of One Eye; 5) One Foot and Entire Sight of One Eye. Half of the maximum benefit will be paid for the Loss of one Hand, one Foot, the Sight of one eye or the loss of Thumb and Index Finger of the Same Hand. Loss of Hand or Foot means the complete Severance through or above the wrist or ankle joint. Loss of Sight means the total, permanent Loss of Sight in One Eye. Loss of Sight must be irrecoverable by natural, surgical or artificial means. Loss of Thumb and Index Finger of the Same Hand means complete Severance through or above the metacarpophalangeal joints of the same hand (the joints between the fingers and the hand). Severance means the complete separation and dismemberment of the part from the body.

If the Insured suffers more than one of the above covered losses as a result of the same Accident, the total amount the Company will pay is the maximum benefit. Benefits are paid in addition to any other benefits provided by the Policy.

Definitions

A **Covered Accident** means a sudden, unforeseeable, external event that results, directly and independently of all other causes, in an injury or loss. The Accident must occur while the Policy is in force and while the Insured is covered under the Policy. **Usual and Customary** means the average amount charged by most providers for treatment, service or supplies in the geographic area where the treatment, service or supply is provided. Such services and supplies must be recommended and approved by a Physician.

Exclusions

Benefits will not be paid for injuries caused by: 1) suicide, intentionally self-inflicted injury, or any attempt thereof while sane or insane; 2) treatment of hernia of any kind; 3) travel in or on any on-road or off-road vehicle that does not require motor vehicle licensing; 4) commission or attempt to commit a felony or an assault, or commission of or active participation in a riot or insurrection; 5) declared or undeclared war or act of war; 6) services or treatment provided by persons who do not normally charge for services, unless there is a legal obligation to pay; 7) flight in, boarding or alighting from an aircraft except as a fare-paying passenger on a regularly scheduled commercial or charter airline; 8) bungee-cord jumping, parachuting, skydiving, parasailing or hang-gliding; 9) an accident if the insured is the operator of a motor vehicle and does not possess a valid motor vehicle operator's license, unless the insured holds a valid learner's permit and the insured is receiving instruction from a driver's education instructor; 10) services or treatment rendered by any person who is employed or retained by the policyholder or living in the insured's household: a parent, sibling, spouse or child either of the insured or the insured's spouse or the insured; 11) cosmetic surgery, except for reconstruction surgery needed as the result of a covered injury; 12) injuries compensable under workers' compensation law or any similar law; 13) sickness, disease, bodily or mental illness, bacterial or viral infection or medical or surgical treatment thereof, except for any bacterial infection resulting from an accidental external cut or wound, or accidental ingestion of contaminated food; 14) the insured being legally intoxicated as determined according to the laws of the jurisdiction in which the covered accident occurred or voluntary ingestion of any narcotic, drug, poison, gas or fumes, unless prescribed or taken under the direction of a physician and taken in accordance with the prescribed dosage; 15) any hospital stay or days of a hospital stay that are not appropriate treatment for the condition and locality; 16) treatment of injury resulting from a condition that the insured knew existed on the date of a covered accident, unless the company has received a written medical release from his physician; 17) injury sustained as a result of practice or play in Interscholastic Sports or injuries covered under the Student Accident Insurance program purchased by the school.

Retain this description for your records

IMPORTANT NOTICE – THIS POLICY DOES NOT PROVIDE COVERAGE FOR SICKNESS. This information is a brief description of the important features of this insurance plan. It is not a contract. Terms and conditions of coverage are set forth on policy form series BAM-03-1000.00, or applicable state versions, underwritten by QBE Insurance Corporation. This Blanket Accident Medical Insurance Policy is subject to the laws of the jurisdiction in which it is issued. Additional exclusions and limitation may apply. You may review a copy of the policy upon request.

How to file a claim

In the event of an Accident, students should notify school immediately. To file a claim, obtain a claim form from the school, attach bill(s) to the completed claim form and mail to the address indicated on the form.

Call the Claim Administrator below with any claims questions.

Claims for benefits must be filed within 90 days from the date of the accident, or as soon as reasonably possible.

Program Manager:

The Young Group, Inc.
256 West Millbrook Road
Raleigh, NC 27609

Toll Free: **888.574.6288**

Claim Administrator:

Health Special Risk, Inc.
4100 Medical Parkway
Carrollton, TX 75007

Toll Free: **866.409.5734**

Schedule of Benefits

Coverage for Injuries due to Accidents only

Maximum Benefits:	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4
24-Hour Option	\$100,000	\$75,000	\$50,000	\$25,000
Accidental Death Benefit / Double Dismemberment	\$10,000	\$10,000	\$10,000	\$10,000
Single Dismemberment	\$5,000	\$5,000	\$5,000	\$5,000
Loss Period for Medical Benefits	Treatment must begin within 60 days from the date of Injury			
Benefit Period for Medical and AD&D Benefits	1 Year	1 Year	1 Year	1 Year
Accident Medical Coverage Basis	Excess	Excess	Excess	Excess
Covered Expenses:				
Hospital/Facility Services – Inpatient				
Hospital Room and Board (Semi-Private Room Rate)	100% U&C*	100% U&C*	100% U&C*/ \$200 Max. per day	80% U&C*/ \$200 Max. per day
Hospital Intensive Care	100% U&C*	100% U&C*	80% U&C*/ \$400 Max. per day	80% U&C*/ \$200 Max. per day
Inpatient Hospital Miscellaneous	\$10,000 Maximum	\$7,500 Maximum	\$5,000 Maximum	\$1,000 Maximum
Hospital/Facility Services – Outpatient				
Outpatient Hospital Miscellaneous (Except physician services and x-rays paid as below)	\$750 Maximum	80% U&C*/ \$500 Max.	\$250 Maximum	\$150 Maximum
Free-standing Ambulatory Surgical Facility	\$2,000 Maximum	80% U&C*/ \$1,000 Max.	\$500 Maximum	\$250 Maximum
Hospital Emergency Room Physician	\$75 Maximum	\$50 Maximum	\$50 Maximum	\$50 Maximum
Hospital Emergency Room	\$500 Maximum	80% U&C* / \$350 Max.	80% U&C* / \$150 Maximum	\$100 Maximum
Physician's Services				
Surgical	80% U&C*/ \$3,000 Max.	80% U&C*/ \$2,000 Max.	80% U&C*/ \$1,000 Max.	50% U&C*/ \$1,000 Max.
Assistant Surgeon &/or Anesthesiologist	25% of Surgical Benefits	25% of Surgical Benefits	25% of Surgical Benefits	25% of Surgical Benefits
Physician's Non-surgical Treatment (other than Phys Therapy)	\$75 per day	\$40 per day	\$25 per day	\$20 per day
Physician's Outpatient Treatment in connection with Physical Therapy	\$75 / Visit / 5 Visits Max.	\$40 / Visit / 5 Visits Max.	\$25 / Visit / 5 Visits Max.	\$20 / Visit / 5 Visits Max.
Other Services				
Registered Nurses' Services	100% U&C*	100% U&C*	80% U&C*	80% U&C*
Prescriptions - outpatient	100% U&C*	100% U&C*	80% U&C*	80% U&C*
X-rays, including interpretation - outpatient	\$300 Maximum	\$250 Maximum	\$200 Maximum	\$100 Maximum
Diagnostic Imaging (MRI, CAT Scan, etc) including interpretation – outpatient	\$1,000 Maximum	\$750 Maximum	\$300 Maximum	\$200 Maximum
Ground Ambulance	\$500 Max.	\$400 Max.	\$200 Max.	\$200 Max.
Air Ambulance	\$1,500 Max.	\$1,000 Max.	\$400 Max.	\$250 Max.
Durable Medical Equipment (including Orthopedic Braces & Appliances)	\$500 Maximum	\$300 Maximum	\$150 Maximum	\$75 Maximum
Replacement of eyeglasses, hearing aids, contact lenses if medical treatment is also received for the covered injury	\$700 Maximum	\$500 Maximum	\$250 Maximum	\$200 Maximum
Dental Treatment to sound, natural teeth due to covered injury	\$2,000 Maximum	\$1,500 Maximum	\$1,000 Maximum	\$500 Maximum

* U&C means Usual & Customary expense

Coverage Selected: (Keep for your records)

Plan 1	<input type="checkbox"/> 24-Hour Accident \$103.00	<input type="checkbox"/> 24-Hour Dental \$8.00
Plan 2	<input type="checkbox"/> 24-Hour Accident \$59.00	<input type="checkbox"/> 24-Hour Dental \$8.00
Plan 3	<input type="checkbox"/> 24-Hour Accident \$33.00	<input type="checkbox"/> 24-Hour Dental \$8.00
Plan 4	<input type="checkbox"/> 24-Hour Accident \$30.00	<input type="checkbox"/> 24-Hour Dental \$8.00

Enrollment

To enroll for coverage with a credit card, please go to www.k12studentinsurance.com

You can also enroll by using the form below. Just cut along the dotted line, complete the form and mail it, along with your check or money order, to the following address:

The Young Group, Inc.
256 West Millbrook Road
Raleigh, NC 27609

QUESTIONS?
Call Toll-free: 888.574. 6288

If you are enrolling more than one Student, please complete a separate form for each Student.
Do not send cash.

2018-2019 ENROLLMENT FORM (please print or type)

Student's Last Name	Student's First Name	Student's Middle Initial	Grade	
Address		City	State	Zip
Telephone Number		Birthdate		
Email Address				
School System or School District		Name of School		
Check your selection below.				
Plan 1	<input type="checkbox"/>	24-Hour Accident \$103.00	<input type="checkbox"/>	24-Hour Dental \$8.00
Plan 2	<input type="checkbox"/>	24-Hour Accident \$59.00	<input type="checkbox"/>	24-Hour Dental \$8.00
Plan 3	<input type="checkbox"/>	24-Hour Accident \$33.00	<input type="checkbox"/>	24-Hour Dental \$8.00
Plan 4	<input type="checkbox"/>	24-Hour Accident \$30.00	<input type="checkbox"/>	24-Hour Dental \$8.00

Please make check or money order payable to: QBE Insurance Corporation.

Total Enclosed:

Signature of Parent or Guardian _____ Date _____

Student I.D. Card

Please fill-in the information below and cut along the dotted lines.



2018-2019 Student I.D. Card

Name of School: _____ School District: _____

Student Name: _____

CLAIM QUESTIONS: CALL 866.409.5734



Cobertura del seguro estudiantil contra accidentes 2018-2019



Su escuela ha contratado el seguro estudiantil contra accidentes que cubre actividades patrocinadas y supervisadas por la escuela. Este folleto le proporciona la oportunidad de ampliar la cobertura del seguro contra accidentes contratado por su escuela, tal y como se explica a continuación.

Cobertura opcional contra accidentes las 24 horas

La cobertura del seguro se amplía para proporcionar protección contra lesiones ocurridas durante las horas y los días escolares y durante la asistencia y la participación en actividades patrocinadas y supervisadas por la escuela tanto dentro como fuera de las instalaciones escolares. La cobertura ampliada de accidentes proporciona cobertura durante los fines de semana y los periodos de vacaciones incluido todo el verano. Los estudiantes están protegidos mientras están en sus hogares o fuera de los mismos, en cualquier lugar y en cualquier momento. No se proporciona cobertura durante la participación en 1) deportes interescolares o 2) actividades patrocinadas y supervisadas por la escuela que ya están cubiertas por el programa del seguro estudiantil contra accidentes contratado por la escuela.

Prima anual

Plan 1 - \$103.00

Plan 2 - \$59.00

Plan 3 - \$33.00

Plan 4 - \$30.00

Cobertura dental opcional las 24 horas (puede contratarse por separado o con otra cobertura)

La cobertura tiene vigencia las 24 horas del día. Se debe tratar la lesión dentro de los 60 días después de ocurrido el accidente. Los beneficios se abonan dentro de los 24 meses posteriores a la fecha de la lesión. El límite máximo de gastos aprobados a pagar por lesión cubierta asciende a \$50,000. Además, en los casos en que el odontólogo certifique que se debe posponer el tratamiento hasta después del Periodo de Beneficios, se pagarán los beneficios diferidos hasta una cantidad máxima de \$1,000. El estudiante deberá recibir tratamiento de un odontólogo legalmente certificado, que no sea su familiar directo. La cobertura se limita al tratamiento de los dientes sanos y naturales.

Prima anual: \$8.00

Periodo de cobertura

La cobertura opcional contra accidentes las 24 horas y la cobertura dental opcional las 24 horas entran en vigencia en 1) la fecha en la que complete su suscripción en línea y pague su prima, o 2) la fecha en la que el agente reciba su formulario de inscripción y el pago de la prima, pero no antes del primer día del año escolar. La cobertura opcional contra accidentes las 24 horas y la cobertura dental opcional terminan a medianoche el día antes de que la escuela reinicie sus actividades el siguiente año escolar. La cobertura se encuentra disponible conforme a los planes descritos durante todo el año escolar según las primas cotizadas.

(Las primas prorrateadas no se encuentran disponibles).

Cobertura primaria: Franquicia

Se pagarán los beneficios por los gastos médicos cubiertos que no se cancelen mediante ningún otro plan de salud. La cantidad de cualquier otro plan de salud incluye cualquier cantidad a la que tiene derecho el asegurado, ya sea que se reclamen o no los beneficios. Esta Ampliación de póliza contra accidentes es secundaria a todas las demás pólizas de seguro. Si no existiera ninguna otra cobertura de salud, se pagarán los beneficios como cobertura primaria.

Beneficios por gastos médicos por accidente

Cuando un accidente cubierto por la póliza resulte en 1) un tratamiento impartido por un médico o cirujano legalmente cualificado (que no sea familiar directo del estudiante ni una persona contratada por la escuela) o 2) la hospitalización del asegurado para recibir un tratamiento dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la lesión, la Compañía pagará los beneficios según lo indicado en la Tabla de Beneficios. Solamente se cubrirán los gastos médicos elegibles en los que incurrió el Asegurado dentro de las 52 semanas a partir de la fecha del accidente. Los beneficios para cualquier accidente no excederán en total la cantidad máxima establecida en la Tabla de Beneficios del Plan contratado. No se cubrirán los gastos en los que se incurra después de un año a partir de la fecha de la lesión, aunque el servicio sea continuo o sea necesario demorarlo pasado un año desde la fecha de la lesión.

Beneficios por muerte accidental y desmembramiento

Cuando una lesión cubierta por la póliza resulta en cualquiera de las pérdidas establecidas en la Tabla de Beneficios por muerte accidental o desmembramiento, la Compañía pagará los beneficios establecidos en la tabla para dicha pérdida. La pérdida debe haberse sufrido dentro de los 365 días posteriores a la fecha del accidente.

El beneficio máximo a pagar se establece en la Tabla de Beneficios en el punto Beneficios Máximos, y cubre las siguientes pérdidas:

1) Vida; 2) ambas manos o ambos pies, o la vista en ambos ojos; 3) una mano y un pie; 4) una mano y la vista completa en un ojo; 5) un pie y la vista completa en un ojo. Se pagará la mitad del beneficio máximo por la pérdida de una mano, un pie o la vista en un ojo o la pérdida del dedo pulgar y dedo índice de la misma mano. Pérdida de la mano o pie significa la amputación total a la altura o por encima de la muñeca o la articulación del tobillo. Pérdida de la vista significa la pérdida completa y permanente de la vista en un ojo. La pérdida de la vista debe ser irreparable por medios naturales, quirúrgicos o artificiales. Pérdida del pulgar e índice de la misma mano significa la amputación total a la altura o por encima de las articulaciones metacarpofalángicas de la misma mano (las articulaciones entre los dedos y la mano). Amputación significa la separación total y el desmembramiento de una parte del cuerpo.

Si el Asegurado sufre más de una de las pérdidas cubiertas mencionadas anteriormente como resultado del mismo accidente, la cantidad total que pagará la Compañía será la cantidad del beneficio máximo. Los beneficios se pagarán de manera adicional a cualquier otro beneficio proporcionado por la Póliza.

Definiciones

Accidente cubierto significa un evento repentino, inesperado y externo que resulta, directamente e independientemente de todas las demás causas, en una lesión o pérdida. El accidente debe ocurrir durante el periodo de vigencia de la Póliza y mientras el Asegurado está cubierto por la misma. **Gastos razonables** significa el promedio que cobran la mayoría de los proveedores por el tratamiento, los servicios e insumos dentro del área geográfica donde se proporciona el tratamiento, el servicio y los insumos. Dichos servicios e insumos deben ser recomendados y aprobados por un médico.

Exclusiones

No se pagarán beneficios por lesiones causadas por: 1) suicidio, lesión autoinfligida intencionalmente, o cualquier intento similar, esté la persona en su sano juicio o no; 2) tratamiento de hernia de cualquier tipo; 3) viajar en un vehículo estándar o un vehículo motorizado recreativo que no requiere licencia de vehículo motorizado; 4) cometer o intentar cometer un delito grave o agresión, o por iniciar o participar activamente de un disturbio o insurrección; 5) guerra declarada o no declarada o acto de guerra; 6) servicios o tratamiento proporcionado por personas que no cobran usualmente por servicios, a menos que exista la obligación legal de pagar; 7) realizar un vuelo, embarcar en o descender de una aeronave excepto que el Asegurado sea un pasajero que haya pagado su boleto en una aerolínea comercial o un vuelo charter regular; 8) practicar bungee-jumping (puenting), paracaidismo, paracaidismo con caída libre, parapente, parasailing, ala delta; 9) un accidente si el asegurado es el operador de un vehículo motorizado y no posee una licencia válida de conductor del vehículo motorizado, a menos que posea un permiso de aprendiz válido y reciba instrucciones del instructor de manejo; 10) servicios o tratamiento proporcionado por cualquier persona empleada o contratada por el titular de la póliza o que resida en la residencia del asegurado: un padre, un hermano, un cónyuge o niño del asegurado o del cónyuge del asegurado o el asegurado; 11) cirugía estética, excepto la cirugía reconstructiva necesaria como resultado de una lesión cubierta por la póliza; 12) lesiones cubiertas conforme la ley de indemnización laboral o cualquier ley similar; 13) enfermedad, dolencia, enfermedad corporal o mental, infección bacteriana o viral o tratamiento médico o quirúrgico que de allí resulte, excepto cualquier infección bacteriana que resulte de un corte o herida externa accidental, o una ingestión accidental de alimentos contaminados; 14) por estar legalmente intoxicado según lo establecido en las leyes del estado en el cual ocurra la lesión o por la ingestión voluntaria de estupefacientes, drogas, veneno, gas o escapes, a menos que sean recetados o se tomen por instrucción de un médico y de acuerdo con la dosificación prescrita; 15) cualquier estancia en hospital o días de estancia en hospital que no correspondan al tratamiento apropiado por la afección y su ubicación; 16) tratamiento de la lesión que resulte de una afección que el asegurado conocía el día en que se produce una lesión cubierta por la póliza, a menos que la compañía haya recibido el alta médica por escrito de su médico; 17) lesión sufrida como resultado de una práctica o participación en cualquier deporte interescolar, o lesiones cubiertas por el seguro estudiantil contra accidentes.

Conserve esta descripción para sus registros

AVISO IMPORTANTE – ESTA PÓLIZA NO OFRECE COBERTURA POR ENFERMEDAD. La información aquí descrita es una reseña de los aspectos importantes de esta póliza de seguro. No es un contrato. Los términos y condiciones de la cobertura se especifican en el formulario de póliza serie BAM-03-1000.00, o sus versiones correspondientes según el estado, suscrito por QBE Insurance Corporation. Esta póliza ampliada de seguro médico por accidentes se encuentra sujeta a las leyes de la jurisdicción donde fue emitida. Pueden aplicarse exclusiones y limitaciones adicionales. Puede solicitar una copia de la póliza.

Cómo presentar una reclamación

En caso de accidente, los estudiantes deberán notificarlo a la escuela de inmediato. A fin de presentar una reclamación, deberá solicitar un formulario de reclamaciones a la escuela, adjuntar al formulario completo el o los recibos de pagos efectuados y enviarlo por correo a la dirección indicada en el formulario.

Llamar al Administrador de Reclamaciones que se indica abajo para cualquier consulta sobre reclamaciones.

Las reclamaciones de beneficios deben presentarse dentro de los 90 días posteriores a la fecha del accidente o tan pronto como sea posible.

Gerente del programa:

The Young Group, Inc.
256 West Millbrook Road
Raleigh, NC 27609

Línea gratuita: **888.574.6288**

Administrador de reclamaciones:

Health Special Risk, Inc.
4100 Medical Parkway
Carrollton, TX 75007

Línea gratuita: **866.409.5734**

Tabla de beneficios

Cobertura de lesiones por accidentes solamente

Beneficio máximo: Opción 24 horas	Plan 1 \$100,000	Plan 2 \$75,000	Plan 3 \$50,000	Plan 4 \$25,000
Beneficio por muerte accidental / desmembramiento doble	\$10,000	\$10,000	\$10,000	\$10,000
Desmembramiento único	\$5,000	\$5,000	\$5,000	\$5,000
Periodo de pérdida para recibir los beneficios médicos	El tratamiento debe comenzar dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la lesión			
Periodo para beneficios médicos, por muerte accidental y desmembramiento	1 año	1 año	1 año	1 año
Cobertura médica primaria por accidentes	Franquicia	Franquicia	Franquicia	Franquicia
Gastos cubiertos:				
Servicios de hospital/centro médico - Hospitalización				
Habitación y alimentos en el hospital (tarifa de habitación semi privada)	100% GR*	100% GR*	100% GR*/ \$200 máx. por día	80% GR*/ \$200 máx. por día
Terapia intensiva del hospital	100% GR*	100% GR*	80% GR*/ \$400 máx. por día	80% GR*/ \$200 máx. por día
Servicios varios para pacientes hospitalizados	\$10,000 máximo	\$7,500 máximo	\$5,000 máximo	\$1,000 máximo
Servicios de hospital/centro médico - Ambulatorio				
Servicios varios para pacientes ambulatorios (excepto los servicios del médico y las radiografías, que se especifican a continuación)	\$750 máximo	80% GR*/ \$500 máx.	\$250 máximo	\$150 máximo
Centro quirúrgico ambulatorio independiente	\$2,000 máximo	80% GR*/ \$1,000 máx.	\$500 máximo	\$250 máximo
Médico de la sala de emergencias del hospital	\$75 máximo	\$50 máximo	\$50 máximo	\$50 máximo
Sala de emergencias del hospital	\$500 máximo	80% GR*/ \$350 máx.	80% GR*/ \$150 máx.	\$100 máximo
Servicios del médico				
Quirúrgicos	80% GR*/ \$3,000 máx.	80% GR*/ \$2,000 máx.	80% GR*/ \$1,000 máx.	50% GR*/ \$1,000 máx.
Cirujano auxiliar y/o anestesiólogo	25% de beneficios quirúrgicos	25% de beneficios quirúrgicos	25% de beneficios quirúrgicos	25% de beneficios quirúrgicos
Tratamiento médico no quirúrgico (que no sea terapia física)	\$75 por día	\$40 por día	\$25 por día	\$20 por día
Tratamiento médico ambulatorio relacionado con terapia física	\$75 / consulta / 5 consultas máximo	\$40 / consulta / 5 consultas máximo	\$25 / consulta / 5 consultas máximo	\$20 / consulta / 5 consultas máximo
Otros servicios				
Servicios de enfermera matriculada	100% GR*	100% GR*	80% GR*	80% GR*
Recetas - ambulatorio	100% GR*	100% GR*	80% GR*	80% GR*
Radiografías, con informe - ambulatorio	\$300 máximo	\$250 máximo	\$200 máximo	\$100 máximo
Diagnóstico por imágenes (resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, etc.) con informe - ambulatorio	\$1,000 máximo	\$750 máximo	\$300 máximo	\$200 máximo
Ambulancia terrestre	\$500 máx.	\$400 máx.	\$200 máx.	\$200 máx.
Ambulancia aérea	\$1,500 máx.	\$1,000 máx.	\$400 máx.	\$250 máx.
Equipo médico de larga duración (incluidos soportes y aparatos ortopédicos)	\$500 máximo	\$300 máximo	\$150 máximo	\$75 máximo
Reemplazo de gafas, audífonos, lentes de contacto, si además se recibe tratamiento médico para la lesión cubierta	\$700 máximo	\$500 máximo	\$250 máximo	\$200 máximo
Tratamiento dental para los dientes sanos y naturales a causa de una lesión cubierta por la póliza	\$2,000 máximo	\$1,500 máximo	\$1,000 máximo	\$500 máximo

* GR significa Gastos razonables

Cobertura elegida: (Consérvese para sus registros)

Plan 1	<input type="checkbox"/> Accidente las 24 horas \$103.00	<input type="checkbox"/> Dental las 24 horas \$8.00
Plan 2	<input type="checkbox"/> Accidente las 24 horas \$59.00	<input type="checkbox"/> Dental las 24 horas \$8.00
Plan 3	<input type="checkbox"/> Accidente las 24 horas \$33.00	<input type="checkbox"/> Dental las 24 horas \$8.00
Plan 4	<input type="checkbox"/> Accidente las 24 horas \$30.00	<input type="checkbox"/> Dental las 24 horas \$8.00

Suscripción

Para solicitar la cobertura con tarjeta de crédito, diríjase a www.k12studentinsurance.com

También puede suscribirse **utilizando el formulario que se muestra a continuación. Recorte el formulario por la línea punteada, complételo y envíelo por correo junto con su cheque u orden de pago, a la siguiente dirección:**

The Young Group, Inc.
256 West Millbrook Road
Raleigh, NC 27609

¿PREGUNTAS?
Línea gratuita: 888.574.6288

Si desea inscribir a más de un estudiante, complete un formulario distinto para ese estudiante. **No envíe dinero en efectivo.**

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN 2018 – 2019 (completar a máquina o en letra mayúscula)

Apellido del estudiante:	Nombre del estudiante:	Inicial del segundo nombre del estudiante:	Grado	
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Número telefónico		Fecha de nacimiento		
Email				
Sistema escolar o distrito escolar		Nombre de la escuela		

Marque la opción elegida.

Plan 1	<input type="checkbox"/> Accidente las 24 horas \$103.00	<input type="checkbox"/> Dental las 24 horas \$8.00
Plan 2	<input type="checkbox"/> Accidente las 24 horas \$59.00	<input type="checkbox"/> Dental las 24 horas \$8.00
Plan 3	<input type="checkbox"/> Accidente las 24 horas \$33.00	<input type="checkbox"/> Dental las 24 horas \$8.00
Plan 4	<input type="checkbox"/> Accidente las 24 horas \$30.00	<input type="checkbox"/> Dental las 24 horas \$8.00

Efectuar los cheques o pagos en efectivo a la orden de: QBE Insurance Corporation.

Total adjunto:

Firma del padre/madre o tutor	Fecha
-------------------------------	-------

Tarjeta de identificación de estudiante

Por favor, complete la información que se requiere a continuación y recorte por las líneas punteadas.



Tarjeta de identificación de estudiante 2018 – 2019

Nombre de la escuela:	Distrito escolar:
-----------------------	-------------------

Nombre del estudiante:

PREGUNTAS SOBRE RECLAMACIONES: LLAME AL 866.409.5734

