

*** * * * ATTENTION PARENTS * * * ***

*** * * * PARENTS – YOU ARE RESPONSIBLE * * * ***

Under State Law, school districts are not liable for accidents which occur in schools. It is important to understand the school/district **IS NOT** responsible for medical payments or bills for your child. If your child is injured during **ANY SCHOOL, ATHLETIC OR UIL SPONSORED ACTIVITY**, all medical charges are **YOUR RESPONSIBILITY**.

The school district has purchased a supplemented accident policy which covers the students for UIL activities. This is a limited benefit policy and any charges not covered by this policy are your responsibility.

For the benefit of parents who do not have insurance or have limited health insurance, the school district is making available a **VOLUNTARY STUDENT/ATHLETIC ACCIDENT INSURANCE PLAN**.

Plans include:

1. School time only which covers accidents during school time only
2. 24-hour coverage which covers 24 hours a day, 365 days a year, any place and anytime
3. Football coverage for Varsity players grades 10 - 12
4. Dental coverage

THIS INSURANCE IS PRIMARY INSURANCE TO ALL OTHER EXISTING POLICIES.

VOLUNTARY STUDENT/ATHLETIC ACCIDENT INSURANCE

	Annual Premiums	Annual Premiums
	NO UIL COVERAGE	WITH UIL COVERAGE
School Time Coverage	\$ 25.00	\$ 115.00
24 Hr. Coverage	\$ 105.00	\$ 195.00
Dental	\$ 9.00	\$ 9.00
Football	\$ 325.00	\$ 325.00

In order to enroll your child in this **VOLUNTARY STUDENT/ATHLETIC ACCIDENT INSURANCE** plan, please remember to:

1. **CONTACT YOUR CHILD'S SCHOOL OFFICE FOR YOUR APPLICATION; OR**
2. **GO ONLINE TO www.thebrokeragestore.com ; OR**
3. **CALL THE BROKERAGE STORE, INC FOR APPLICATIONS AND/OR ANY QUESTIONS. TELEPHONE NUMBERS: 800-366-4810 OR 210-366-4800**
4. All major credit cards are accepted.
5. Please make all checks payable to: **Student Assurance Services.**

*** The above is just a brief description of rates and benefits available under this plan. This is not a contract, policy, or outline of coverage. All benefits are subject to maximum amounts, limits, exclusions and other policy provisions.

* * * * ATENCIÓN PADRES * * * *

* * * * PADRES – LA RESPONSABILIDAD ES DE USTEDES * * * *

De acuerdo con las leyes del Estado, distritos escolares no son responsables por accidentes que ocurren en las escuelas. La escuela “NO TIENE” la responsabilidad de pagar los gastos médicos o cuentas incurridas si su hijo hija se lastima durante cualquier evento deportivo o evento escolar patrocinado por UIL.

El distrito escolar ha comprado una política de accidente complementada que cubre a los estudiantes para actividades UIL. Esto es una política de ventaja limitada y cualquier gasto no cubierto por esta política es su responsabilidad.

Favor de reconocer que esta es una póliza de beneficios limitados y BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA pagara todos los gastos médicos de sus hijos. Gastos en exceso de los límites de la póliza son “SU RESPONSABILIDAD”.

Los proyectos incluyen:

1. El tiempo escolar sólo que cubre accidentes durante el tiempo escolar sólo
2. La 24 hora que cubre 24 horas por día, 365 días por año, en cualquier sitio y en cualquier momento
3. Cobertura de fútbol 10 - 12 sólo
4. Cobertura dental

**ESTA ASEGURANZA SERIA PRIMARIA A CUAL QUIR OTRA POLIZA EXISTENTE.
SEGURO VOLUNTARIO SOBRE ACCIDENTES DE ESTUDIANTES EN EVENTOS ESCOLARES**

	Costo Anual	
	SIN Cobertura de UIL	CON Cobertura de UIL
Seguro de horas escolares	\$ 25.00	\$ 115.00
Seguro de 24 horas	\$ 105.00	\$ 195.00
Seguro Dental	\$ 9.00	\$ 9.00
Seguro Football	\$ 325.00	\$ 325.00

A fin de matricular a su niño en este **ESTUDIANTE VOLUNTARIO / plan de SEGURO DE ACCIDENTES ATLÉTICO**, por favor recuerde:

1. **COMUNÍQUESE CON LA OFICINA DE SU HIJO LA ESCUELA PARA SU APLICACIÓN, O**
2. **TIENE QUE IR A www.thebrokeragestore.com; O**
3. **CONTACTO CON LA TIENDA DE CORRETAJE, INC PARA APLICACIONES Y / O CUALQUIER PREGUNTAS. TELÉFONOS: 800-366-4810 O 210-366-4800**
4. Todas las tarjetas de crédito son aceptadas.
5. Por favor haga todos los cheques pagaderos a: **Servicios Estudiantiles Assurance.**

*** Esto es únicamente una breve descripción de costos y beneficios disponibles en este plan de seguro. Todos los beneficios son sujetos a montos máximos, límites, exclusiones y otras provisiones de la póliza.

STUDENT ACCIDENT INSURANCE

Select the insurance plan to help offset
the cost of medical care.....

- SCHOOL-TIME ACCIDENT COVERAGE
- FULL-TIME (24 HOUR) ACCIDENT COVERAGE
- DENTAL (24 HOUR) ACCIDENT OPTION
- VARSITY FOOTBALL INSURANCE PLAN
- PROVIDES COVERAGE FOR UIL ACTIVITIES/ INTERSCHOLASTIC SPORTS
- PRIMARY COVERAGE



SEE DETAILS INSIDE - Dental Accident Plan up to \$5,000 for \$9

Enrollment Form Enclosed

APPROVED BY YOUR SCHOOL FOR GRADES PK-12



Marketed by
David Cates
The Brokerage Store
4114 Pond Hill Road • Suite 100
San Antonio, TX 78231
210-366-4800 or Toll Free 800-366-4810

C-1745(TX)(2017)

Premiums & Coverage Options

POLICY GA-2200Ed.11-16 (TX)

One Time Policy Year Premiums



School Time Coverage PK-12

(does not include UIL Activities/ Interscholastic Sports Coverage)

\$25

Protects the student while: a) attending regular school sessions, b) participating in or attending school-sponsored and school-supervised extra-curricular activities, c) traveling directly to and from school for regular school sessions, and while traveling to and from school-sponsored and school-supervised activities in school-provided transportation. DOES NOT cover participation in UIL Activities for students in the 7th grade or above.



Full Time Coverage PK-12

(does not include UIL Activities/ Interscholastic Sports Coverage)

\$105

Covers the student 24 hours a day until the policy year ends. Includes coverage while at home, at school, on weekends and on summer vacation. DOES NOT cover participation in UIL Activities for Students in the 7th grade or above.



School Time Coverage PK-12 (includes UIL Activities/ Interscholastic Sports Coverage except Varsity Football Grades 10 - 12 and Grades 7-9 if they practice or play with Grades 10-12)

\$115

In addition to the School-Time Coverage shown above, the UIL Activities Coverage protects the student while practicing for or participating in school-sponsored and school-supervised UIL Activities including travel in school-provided transportation, for grades 7-12. It DOES NOT cover Varsity Football for grades 10-12 and grades 7-9 if they practice or play with grades 10-12. Includes Spring and Summer football exclusively sponsored and supervised by the Policyholder, if football coverage was not purchased during the regular football season.



Full Time Coverage PK-12 (includes UIL Activities/ Interscholastic Sports Coverage except Varsity Football Grades 10 - 12 and Grades 7-9 if they practice or play with Grades 10-12)

\$195

In addition to the Full-Time Coverage shown above, the UIL Activities Coverage protects the student while practicing for or participating in school-sponsored and school-supervised UIL Activities including travel in school-provided transportation for grades 7-12. It DOES NOT cover Varsity Football for grades 10-12 and grades 7-9 if they practice or play with grades 10-12. Includes Spring and Summer football exclusively sponsored and supervised by the Policyholder, if football coverage was not purchased during the regular football season.



Varsity Football Coverage (Grades 10 - 12 and Grades 7-9 if they practice or play with Grades 10-12)

\$325

Protects the student while practicing for or participating in school-sponsored and school-supervised interscholastic football including travel in school-provided transportation. Includes Spring and Summer football exclusively sponsored and supervised by the Policyholder.



Extended Dental Coverage PK-12

\$9

Provides benefits up to a maximum of \$5,000 for any dental injury. Covers the student 24 hours a day until school starts next year. Treatment must begin within 180 days from the date of the injury and must be performed within one year from the date of injury. However, if within the one year period following the date of injury the student's attending dentist certifies that dental treatment and/or replacement must be deferred beyond one year, the policy pays the estimated cost of such deferred treatment, but not to exceed \$200 for each tooth. Benefits for prostheses are limited to \$500 per injury, including procedures performed to install them. Dental prostheses include, but are not limited to: crowns, dentures, bridges, and implants. Extended Dental does not cover treatment for orthodontics, dental disease, or expenses that exceed the dental prosthesis maximum benefit limit.

The Medical Benefits and Exclusions apply to the Coverage Options listed above.

HOW TO ENROLL

1. Select the coverage you want from the options listed above. Complete the Enrollment envelope and enclose your premium (check made payable to: STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC. or credit card information). Premium cannot be prorated. Please write the name of the student on your check.
2. You can also enroll online at the Student Assurance Services, Inc. website www.sas-mn.com. The online form is available under the K-12 School Look-up.
3. Be sure to retain this brochure and a copy of the premium payment as proof of insurance. You will not receive a policy or ID card. The master policy is issued to your school.

Return your premium (check or credit card information) with the requested enrollment information in the attached envelope.

EFFECTIVE AND EXPIRATION DATES

Coverage becomes effective the later of: the Master Policy Effective Date; or 12:01A.M. following the date the envelope containing the enrollment form and premium payment is postmarked by the U.S. Postal Service, or for online enrollment 12:01AM following the date the proper premium is received by the Plan Administrator, but not prior to August 1. All Coverages expire on the Master Policy Expiration Date, which is midnight 12:00am July 31 of the current school year.

The policy contains a provision limiting coverage to the usual and customary charges. This limitation may result in additional out-of-pocket expenses for the insured.

MEDICAL BENEFITS (What the Insurance Plan Pays) - When injury covered by this policy results in treatment by a licensed physician within 180 days from the date of injury, the Company will pay the usual and customary (U&C) charges incurred for necessary services and supplies as listed below, for expenses actually incurred within one year from the date of injury up to a Maximum Medical Benefit of \$25,000 per injury. This policy will pay benefits regardless of Other Valid Coverage.

All Amounts Listed Below are Per Injury

A. INPATIENT BENEFITS	
1. Hospital Room and Board	Semi-private Room Charges
2. Intensive Care (in lieu of Hospital Room and Board)	1.5 X Semi-private Room Charges
3. Hospital Miscellaneous Services (all charges except Room and Board)	U&C, first day up to \$1,000, then up to \$500 per day; maximum \$5,000
4. Physician's Non-Surgical Visits (does not include physiotherapy; not paid day of surgery)	U&C, first day of treatment up to \$50, then subsequent visits up to \$40; maximum 10 visits
5. Physiotherapy	Included in Hospital Misc. Benefit
6. X-ray and Radiology Services	Included in Hospital Misc. Benefit
7. Registered Nurse	U&C

B. OUTPATIENT SURGERY BENEFITS	
1. Day Surgery (facility charge; includes room supplies and all other expenses for outpatient surgery)	U&C, up to \$2,000

C. OTHER OUTPATIENT BENEFITS	
1. Hospital Emergency Room Charges	U&C, up to \$300
2. X-ray Services	U&C, up to \$250 Facility; \$50 Reading
3. Diagnostic Imaging (CT scan, MRI and bone scan)	U&C, up to \$750 Facility; \$50 Reading
4. Laboratory Services	U&C, up to \$100
5. Physician's Non-Surgical Visits (not paid day of surgery)	U&C, up to \$50 per visit, maximum 10 visits
6. Physician's Non-Surgical Visits (treatment for concussion)	U&C, up to \$80, first 2 visits; then paid \$50 per visit, up to 10 additional visits
7. Emergency Room Physician's Non-Surgical Care	U&C, up to \$150
8. Orthopedic Appliances (when prescribed by a physician for healing)	U&C, up to \$500
9. Shots and Injections (within 24 hours of an injury)	U&C, up to \$50
10. Prescription Drugs	U&C, up to \$50
11. Physiotherapy (includes office visits)	U&C; up to \$50 per visit; maximum 5 visits
12. Ambulance Service (air or ground)	U&C, up to \$1,000
13. Eyeglass Replacement (if medical treatment is also received for a covered injury)	U&C, up to \$200
14. Durable Medical Equipment (post-surgical only)	U&C, up to \$100

D. OTHER PHYSICIAN SERVICES	
1. Dental Treatment (in lieu of all other medical benefits, including x-rays of sound and natural teeth)	U&C, up to \$1,000
2. Physician's Surgical Care (inpatient or outpatient)	U&C, up to \$3,000
3. Assistant Surgeon Charges (inpatient or outpatient)	25% of Surgery Allowance
4. Anesthesia Charges (inpatient or outpatient)	25% of Surgery Allowance

E. MOTOR VEHICLE INJURY	Same as any Injury, up to \$1,000
--------------------------------------	-----------------------------------

F. OTHER BENEFITS - Heat Stroke and Heat Exhaustion will be covered as any other accident.

G. ACCIDENTAL DEATH AND DISMEMBERMENT			
When injury covered by this policy results in Accidental Death or Dismemberment within 180 days from the date of accident, the following benefits will be payable.			
Loss of Life	\$2,000	Double Dismemberment	\$10,000
Loss of an Eye	\$2,000	Single Dismemberment	\$ 2,000

EXCLUSIONS (What the Plan DOES NOT Pay)

- Any sickness, disease, infection (unless caused by an open cut or wound), including but not limited to: aggravation of a congenital condition, blisters, headaches, hernia of any kind, mental or physical infirmity, Osgood-Schlatter disease, osteochondritis, osteochondritis dissecans, osteomyelitis, spondylolysis, slipped femoral capital epiphysis, orthodontics.
- Injuries for which benefits are payable under Workers' Compensation or Employer's Liability Laws.
- Any Injury involving a two or three-wheeled motor vehicle or snowmobile or any motorized or engine driven vehicle not designed primarily for use on public streets and highways, unless the insured is participating in an activity sponsored by the Policyholder.
- Replacement of contact lenses, hearing aids or prescriptions or examinations thereof.
- The participation, practice or play of UIL activities including travel to or from such activity, practice, or play for students in the 7th grade or above, unless such premium is paid.

IT IS NOT THE INTENT OF THE POLICY TO PROVIDE BENEFITS FOR AN EXISTING MEDICAL PROBLEM.
A re-injury will not be covered if the insured has received treatment within a period of 180 days prior to the effective date of the policy.

WHY SHOULD MY STUDENT BE COVERED BY THIS INSURANCE?

As a service to its students, your school is offering an opportunity to enroll in a student accident insurance plan administered by Student Assurance Services, Inc. Participation in this plan is voluntary. This brochure describes several coverage and premium options. Please review the entire brochure before making a decision to purchase this insurance or contact us directly with your questions.

WHY IS THE SCHOOL PARTICIPATING IN THIS OFFERING?

Students are particularly susceptible to accidental injury. This plan will help provide coverage for expenses that are not covered by your family medical or dental coverage.

WHAT KIND OF INSURANCE IS THIS?

This is accidental bodily injury insurance; it covers accidental bodily injury occurring while the coverage is in force. Medical illnesses such as ear infections or sore throats are not covered.

WHO SHOULD CONSIDER BUYING THIS INSURANCE?

1. All families with no other health coverage.
2. Families with other medical or dental coverage having deductibles or copays. You can benefit because there are no deductibles or copays in our policy.

HOW TO FILE A CLAIM

1. Report school related injuries immediately to the school office;
2. Obtain a claim form from the school;
3. Follow ALL claim form instructions, attach the student's itemized bills and send to:
STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC.
P.O. BOX 196 • STILLWATER, MN 55082-0196
4. Questions about claims will be answered immediately by calling (800) 328-2739 or (651) 439-7098. The claims staff is available 8:00 a.m. to 4:30 p.m. Central Time, Monday through Friday.

NOTE: Student must be treated by a licensed physician within 180 days of the date of the injury. Proof of claim should be submitted within 90 days from the date of accident, or a reasonable time thereafter not to exceed one year. Itemized bills should be submitted within 90 days from the date of treatment or a reasonable time thereafter not to exceed one year. We are responsible only for expenses incurred within one year.

This provides a very brief description of some of the important features of the insurance policy. It is not the insurance policy and does not represent it. A full explanation of benefits, exceptions and limitations is contained in the Group Accident Insurance Policy Form GA-2200 Ed.11-16 (and any state specific), and any applicable endorsement(s). This policy is considered term accident insurance and is non-renewable. This product may not be available in all states and is subject to individual state regulations. The Master Policy is issued to the School District/School. A copy of the Privacy Notice may be obtained on the website www.sas-mn.com.

**HAVE QUESTIONS?
CALL US TOLL FREE AT
(800) 366-4810 OR (210) 366-4800**



ENROLLMENT ENVELOPE FOR STUDENT ACCIDENT INSURANCE

Please fill out the information on the enrollment tear-off, select the desired coverage, and return with the correct premium (check or credit card information) as soon as possible.

NOTE - You can purchase this insurance anytime between the Master Policy effective and expiration dates for authorized UIL Activities that begin and end during the current school year.

REMEMBER TO FILL-OUT ALL REQUESTED INFORMATION, AND RETURN ALONG WITH YOUR PREMIUM (CHECK OR CREDIT CARD INFORMATION) TO:

Student Assurance Services, Inc.
P.O. Box 196
Stillwater, MN 55082-0196

In order to make coverage effective, please return this completed enrollment form as soon as possible.

DATE RECEIVED _____

ENROLLMENT ENVELOPE FOR STUDENT ACCIDENT INSURANCE		COVERAGE PLANS	One Time Policy Year Premiums
Ameritas <small>Ameritas Life Insurance Corp. Lincoln, Nebraska</small>	↑ STUDENT'S LAST NAME ↑ (one letter in each box) _____ _____	<input type="checkbox"/> School Time Coverage <small>(does not include UIL Activities / Interscholastic Sports Coverage)</small>	<input type="checkbox"/> \$ 25
	STUDENT'S FIRST NAME _____ M.I. _____ Please Print Address _____ _____ _____ (City) _____ (State) _____ (Zip)	<input type="checkbox"/> Full Time Coverage <small>(does not include UIL Activities / Interscholastic Sports Coverage)</small>	<input type="checkbox"/> \$ 105
	Email Address _____ Name of School _____ Name of District _____ Student's Age _____ Grade _____ Phone _____	<input type="checkbox"/> School Time Coverage (includes UIL Activities/Interscholastic Sports Coverage, does not include Varsity Football)	<input type="checkbox"/> \$ 115
	X _____ GAA-2203Ed.11-16 (Signature of Parent or Guardian) (Date)	<input type="checkbox"/> Full Time Coverage (includes UIL Activities/Interscholastic Sports Coverage; does not include Varsity Football)	<input type="checkbox"/> \$ 195
		<input type="checkbox"/> Varsity Football Coverage (grades 10-12 and grades 7-9 if they practice or play with grades 10-12)	<input type="checkbox"/> \$ 325
		<input type="checkbox"/> Extended Dental Coverage (PK-12)	<input type="checkbox"/> \$ 9
DO NOT SEND CASH		TOTAL PREMIUM 	
Make Checks payable to: STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC. *Please write student's name on the front of check. NO REFUNDS			
NOTE: To enroll for Student Accident Insurance, either complete this enrollment form or enroll online under K-12 School Look-up at: www.sas-mn.com C-1745(TX)(2017)			

STUDENT ACCIDENT INSURANCE CREDIT CARD PAYMENT

INDICATE PREMIUM SELECTED AND COMPLETE THE REQUESTED ENROLLMENT INFORMATION FOUND ON THE REVERSE SIDE OF THIS FORM.
There is a \$5.00 Processing Fee added to ALL Credit Card Transactions

Please charge \$ _____ + \$5.00 Processing Fee = \$ _____ to the following credit card:
 VISA® , MasterCard®, or Discover®

Credit Card Number	Security Code (on back of card, 3 digits)	Card Expiration Date (Month) (Year)	
_____ 	_____ 	____ - ____ 	Credit card billing will state: "Student Assurance Services, Inc."

Print Cardholder Name _____ Date ____ / ____ / ____
 Cardholder Signature _____
 Cardholder Address _____
 _____ (Street) _____ (City) _____ (State) _____ (Zip)
 Telephone Number (_____) _____ - _____

GAA-2203 Ed.11-16 C-1745(TX)(2017)

DETACH - Place inside envelope

SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES

Seleccione el plan de seguro que lo ayudará a compensar el costo de la atención médica...

- COBERTURA CONTRA ACCIDENTES EN TIEMPO ESCOLAR
- COBERTURA CONTRA ACCIDENTES DE TIEMPO COMPLETO (24 HORAS)
- OPCIÓN DENTAL POR ACCIDENTE (24 HORAS)
- PLAN DE SEGURO PARA LA LIGA VARSITY DE FÚTBOL AMERICANO
- BRINDA COBERTURA PARA ACTIVIDADES DE UIL/ DEPORTES INTERESCOLARES
- COBERTURA PRIMARIA



CONSULTE LOS DETALLES EN EL INTERIOR - Plan Odontológico para Accidentes por un monto de hasta \$5,000 por \$9

Formulario de inscripción adjunto

APROBADO POR SU ESCUELA DE PK A 12.º GRADO



Comercializado por
David Cates
The Brokerage Store
4114 Pond Hill Road • Suite 100
San Antonio, TX 78231
210-366-4800 o 800-366-4810 (línea gratuita)

C-1745(TX)(2017)

Opciones de primas y cobertura

FORMULARIOS DE PÓLIZAS GA-2200Ed.11-16 (TX)

Primas únicas para el año de la póliza



Cobertura de tiempo escolar de PK a 12.º grado

(no incluye la Cobertura de las actividades de UIL/Cobertura de deportes interescolares)

\$25

Protege al estudiante durante: a) la asistencia a las sesiones escolares normales, b) la participación en actividades extracurriculares patrocinadas y supervisadas por la escuela o la asistencia a estas, c) los traslados directos hacia y desde la escuela durante las sesiones escolares normales y durante el traslado hacia y desde las actividades patrocinadas y supervisadas por la escuela en medios de transporte proporcionados por esta. NO cubre la participación en las actividades de UIL de estudiantes de 7.º grado o superior.



Cobertura de tiempo completo de PK a 12.º grado

(no incluye la Cobertura de las actividades de UIL/Cobertura de deportes interescolares)

\$105

Cubre al estudiante las 24 horas del día hasta que termine el año de la póliza. Incluye cobertura en el hogar, la escuela, durante los fines de semana y las vacaciones de verano. NO cubre la participación en las actividades de UIL de estudiantes de 7.º grado o superior.



Cobertura de tiempo escolar de PK a 12.º grado (incluye la Cobertura de las actividades de UIL/Cobertura de deportes interescolares, excepto para la liga Varsity de fútbol americano para 10.º a 12.º grado y de 7.º a 9.º grado si practican o juegan con los de 10.º a 12.º grado)

\$115

Junto con la cobertura de tiempo escolar anteriormente mencionada, la Cobertura de las actividades de UIL protege al estudiante durante la práctica o participación en las actividades de UIL patrocinadas y supervisadas por la escuela, incluido el traslado en medios de transporte proporcionados por dicha escuela para estudiantes de 7.º a 12.º grado. NO brinda cobertura para la liga Varsity de fútbol americano para los estudiantes de 10.º a 12.º grado y de 7.º a 9.º grado si practican o juegan con los de 10.º a 12.º grado. Incluye fútbol americano de primavera y verano exclusivamente patrocinado y supervisado por el Titular de la Póliza, si la cobertura de fútbol americano no se adquirió durante la temporada regular de fútbol americano.



Cobertura de tiempo completo de PK a 12.º grado (incluye la Cobertura de las actividades de UIL/Cobertura de deportes interescolares, excepto para la liga Varsity de fútbol americano para 10.º a 12.º grado y de 7.º a 9.º grado si practican o juegan con los de 10.º a 12.º grado)

\$195

Junto con la cobertura de tiempo completo anteriormente mencionada, la Cobertura de las actividades de UIL protege al estudiante durante la práctica o participación en las actividades de UIL patrocinadas y supervisadas por la escuela, incluido el traslado en medios de transporte proporcionados por dicha escuela para estudiantes de 7.º a 12.º grado. NO brinda cobertura para la liga Varsity de fútbol americano para los estudiantes de 10.º a 12.º grado y de 7.º a 9.º grado si practican o juegan con los de 10.º a 12.º grado. Incluye fútbol americano de primavera y verano exclusivamente patrocinado y supervisado por el Titular de la Póliza, si la cobertura de fútbol americano no se adquirió durante la temporada regular de fútbol americano.



Cobertura para la liga Varsity de fútbol americano (de 10.º a 12.º grado y de 7.º a 9.º grado si practican o juegan con los de 10.º a 12.º grado)

\$325

Protege al estudiante durante la práctica o participación en fútbol americano interescolar patrocinado y supervisado por la escuela, incluido el traslado en medios de transporte proporcionados por esta. Incluye fútbol americano de primavera y verano exclusivamente patrocinado y supervisado por el Titular de la Póliza.



Cobertura dental extendida de PK a 12.º grado

\$9

Brinda hasta \$5,000 en beneficios por cualquier accidente de índole dental. Cubre al estudiante las 24 horas del día hasta el comienzo del próximo año escolar. El tratamiento debe comenzar dentro de los 180 días posteriores a la fecha de la lesión y se debe realizar en un plazo de un año a partir de la fecha de la lesión. Sin embargo, si dentro del período de un año posterior a la fecha de la lesión, el dentista tratante del estudiante certifica que el tratamiento y/o reemplazo dental debe extenderse durante más de un año, la póliza pagará el costo estimado de dicha extensión del tratamiento, sin superar el monto de \$200 por cada diente. Los beneficios para prótesis están limitados a \$500 por lesión, incluidos los procedimientos realizados para colocarlas. Las prótesis dentales incluyen, en forma no limitativa, coronas, dentaduras postizas, puentes e implantes. La Cobertura dental extendida no cubre el tratamiento de ortodoncias, enfermedades dentales ni los gastos que superen el límite máximo del beneficio de prótesis dental.

Los beneficios médicos y las exclusiones se aplican a las opciones de cobertura mencionadas anteriormente.

CÓMO INSCRIBIRSE

1. Seleccione la cobertura que desea entre las opciones detalladas anteriormente. Complete el sobre de inscripción e incluya su prima (cheque pagadero a: STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC. o los datos de su tarjeta de crédito). La prima no puede prorratearse. Escriba el nombre del estudiante en su cheque.
2. También puede inscribirse en línea en el sitio web de Student Assurance Services, Inc.: www.sas-mn.com. El formulario en línea está disponible en "School Look-up" en la sección K-12.
3. Asegúrese de conservar este folleto y una copia del pago de la prima como comprobante del seguro. No recibirá una póliza ni una tarjeta de identificación. La póliza base es emitida a su escuela.

Envíe su prima (cheque o los datos de la tarjeta de crédito) junto con la información de inscripción solicitada a: Student Assurance Services, Inc., P.O. Box 196, Stillwater, MN 55082.

FECHAS DE ENTRADA EN VIGENCIA Y DE VENCIMIENTO

La cobertura entrará en vigencia a partir de la fecha que resulte posterior de las siguientes: la fecha de entrada en vigencia de la póliza base o a las 12:01 a. m. del día posterior a la fecha del matasellos postal en el sobre que incluye el formulario de inscripción y el pago de la prima, aplicado por el Servicio Postal de los EE. UU.; o bien, para las inscripciones en línea, a las 12:01 a. m. después de la fecha en la que el administrador del plan reciba la prima correspondiente, pero no antes del 1 de agosto. Todas las Coberturas vencerán en la fecha de vencimiento de la póliza base, que es en la medianoche del 31 de julio, 12:00 a. m., del año escolar actual.

La póliza contiene una cláusula que limita la cobertura a cargos usuales y habituales. Esta limitación podría resultar en gastos adicionales para el asegurado.

BENEFICIOS MÉDICOS (lo que el Plan de Seguro paga): cuando una lesión cubierta por esta póliza resulta en el tratamiento practicado por un médico autorizado para ejercer dentro de los 180 días posteriores a la fecha de la lesión, la Compañía pagará los cargos usuales y habituales (usual and customary, U&C) ocasionados por concepto de servicios e insumos necesarios, según se menciona a continuación, por los gastos reales incurridos en el plazo de un año a partir de la fecha de la lesión y hasta un Beneficio Médico Máximo de \$25,000 por lesión. Esta póliza pagará los beneficios sin tener en consideración otra cobertura válida. A menos que se especifique lo contrario, todos los montos que se detallan a continuación son por lesión.

A. BENEFICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Todos los montos que se detallan a continuación son por lesión

1. Habitación y comida en el hospitalCargos por habitación semiprivada
2. Cuidados intensivos (en lugar de habitación y comida en el hospital) 1.5 X cargos por habitación semiprivada
3. Servicios hospitalarios varios (todos los cargos excepto habitación y comida).....U&C, primer día hasta \$1,000, en adelante hasta \$500 por día; máximo \$5,000
4. Visitas médicas no quirúrgicasU&C, primer día de tratamiento hasta \$50; luego las visitas posteriores hasta \$40; máximo de 10 visitas
5. Fisioterapia.....Incluido en el beneficio de Servicios hospitalarios varios
6. Servicios de radiografías y radiologíaIncluido en el beneficio de Servicios hospitalarios varios
7. Personal de enfermería registrado.....U&C

B. BENEFICIOS QUIRÚRGICOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS

1. Cirugía diurna (cargo del centro), habitación, insumos y todos los demás gastos para cirugía ambulatoriaU&C, hasta \$2,000

C. OTROS BENEFICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS

1. Cargos de la sala de emergencias del hospitalU&C, hasta \$300
2. Servicios de radiografías y radiologíaU&C, hasta \$250 en el centro; \$50 por interpretación
3. Diagnóstico por imágenes (tomografías axiales computarizadas, resonancias magnéticas y gammagrafías óseas).....U&C, hasta \$750 en el centro; \$50 por interpretación
4. Servicios de laboratorio.....U&C, hasta \$100
5. Visitas médicas no quirúrgicas (día de cirugía no pagado)U&C, hasta \$50 por visita; máximo de 10 visitas
6. Visitas médicas no quirúrgicas (tratamiento para conmoción).....U&C, hasta \$80, primeras 2 visitas; luego pagará \$50 por visita, hasta 10 visitas adicionales máximo de 10 visitas
7. Atención médica no quirúrgica en sala de emergencias.....U&C, hasta \$150
8. Dispositivos ortopédicos (cuando los prescriba un médico con fines curativos)U&C, hasta \$500
9. Vacunas e inyecciones (dentro de un plazo de 24 horas después de una lesión)U&C, hasta \$50
10. Medicamentos prescritos.....U&C, hasta \$50
11. Fisioterapia (incluye visitas al consultorio).....U&C, hasta \$50 por visita; máximo de 5 visitas
12. Servicio de ambulancia (aérea o terrestre)U&C, hasta \$1,000
13. Reemplazo de anteojos (si también se recibe tratamiento médico por una lesión cubierta).....U&C, hasta \$200
14. Equipos médicos duraderos (únicamente posquirúrgico)U&C, hasta \$100

D. OTROS SERVICIOS MÉDICOS

1. Tratamiento dental (en lugar de todos los demás beneficios médicos, incluidas las radiografías de dientes sanos y naturales)U&C, hasta \$1,000 por diente
2. Atención médica quirúrgica (como paciente hospitalizado o ambulatorio)U&C, hasta \$3,000
3. Cargos del cirujano asistente (paciente hospitalizado o ambulatorio)25 % de la asignación para cirugía
4. Cargos del anestesista (paciente hospitalizado o ambulatorio).....25 % de la asignación para cirugía

E. LESIÓN EN VEHÍCULO MOTORIZADOigual que cualquier lesión, hasta \$1,000

F. OTROS BENEFICIOS: la insolación y el agotamiento debido al calor tendrán la misma cobertura que cualquier otro accidente.

G. MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTALES

Los beneficios mencionados a continuación serían pagaderos cuando la lesión cubierta por esta póliza resulte en muerte o desmembramiento accidentales dentro de los 180 días posteriores a la fecha del accidente.

Pérdida de la vida.....	\$2,000	Pérdida de dos miembros.....	\$10,000
Pérdida de un ojo.....	\$2,000	Pérdida de un miembro.....	\$ 2,000

EXCLUSIONES (lo que el Plan NO paga)

1. Ninguna dolencia, enfermedad, infección (salvo las causadas por una herida o lesión abierta), lo que incluye, de forma no limitativa, el agravamiento de un trastorno congénito, ampollas, dolores de cabeza, hernias de cualquier clase, dolencia mental o física, enfermedad de Osgood-Schlatter, osteocondritis, osteocondritis disecante, osteomielitis, espondilólisis, deslizamiento de la epifisis capital femoral y ortodoncias.
2. Lesiones para las cuales corresponden los beneficios pagaderos según las leyes de Compensación Laboral o Responsabilidad del Empleador.
3. Toda lesión que involucre un vehículo motorizado de dos o tres ruedas, moto de nieve o cualquier vehículo motorizado o impulsado por motor que no esté diseñado principalmente para su uso en las calles y carreteras públicas, a menos que el asegurado participe en una actividad que patrocine el Titular de la Póliza.
4. Reemplazo de lentes de contacto, audífonos o las prescripciones o exámenes que correspondan a estos.
5. La participación, la práctica o el juego en las actividades de UIL que incluyan viajes hacia o desde el lugar de dicha actividad, práctica o juego, para estudiantes del 7.º grado o superior, a menos que se pague dicha prima.

ESTA PÓLIZA NO TIENE EL OBJETIVO DE PROPORCIONAR BENEFICIOS PARA UN PROBLEMA MÉDICO EXISTENTE. No se cubrirá una nueva lesión si el asegurado ha recibido tratamiento dentro de un periodo de 180 días antes de la fecha de entrada en vigencia de la póliza.

¿POR QUÉ MI ESTUDIANTE DEBE ESTAR CUBIERTO POR ESTE SEGURO?

Como un servicio para sus estudiantes, su escuela ofrece la oportunidad de inscribirse en un plan de seguro estudiantil contra accidentes administrado por Student Assurance Services, Inc. La participación en este plan es voluntaria. Este folleto describe varias opciones de cobertura y primas. Analice todo el folleto antes de tomar la decisión de adquirir este seguro o comuníquese directamente con nosotros para hacernos preguntas.

¿POR QUÉ LA ESCUELA PARTICIPA EN ESTA OFERTA?

Los estudiantes son especialmente susceptibles a las lesiones accidentales. Este plan ayudará a brindar cobertura para los gastos que no están cubiertos por su cobertura familiar médica o dental.

¿QUÉ CLASE DE SEGURO ES ESTE?

Este es un seguro contra lesiones corporales accidentales que se produzcan durante el plazo de vigencia de la cobertura. Las enfermedades como infecciones en los oídos o dolores de garganta no están cubiertas.

¿QUIÉN DEBERÍA CONSIDERAR LA CONTRATACIÓN DE ESTE SEGURO?

1. Todas las familias que no cuentan con otra cobertura de salud.
2. Familias que cuentan con otra cobertura médica o dental que tiene deducibles o copagos. Puede beneficiarse porque nuestra póliza no incluye deducibles ni copagos.

CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

1. Informe lesiones relacionadas con la escuela inmediatamente a la oficina escolar.
2. Obtenga un formulario de reclamación en la escuela.
3. Siga TODAS las instrucciones del formulario de reclamación, adjunte las facturas detalladas del estudiante y envíe todo a:
STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC.
P.O. BOX 196 • STILLWATER, MN 55082-0196
4. Las preguntas referentes a las reclamaciones se responderán de inmediato llamando al (800) 328-2739 o al (651) 439-7098. El personal de reclamaciones está disponible de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. hora del centro, de lunes a viernes.

NOTA: El estudiante debe haber sido tratado por un médico autorizado para ejercer dentro de los 180 días posteriores a la fecha de la lesión. La evidencia de la reclamación debe enviarse dentro de los 90 días posteriores a la fecha del accidente o dentro de un período razonable después de este, el cual no deberá exceder de un año. Las facturas pormenorizadas deben enviarse dentro de los 90 días posteriores a la fecha del tratamiento o dentro de un período razonable después de este, el cual no deberá exceder de un año. Somos responsables únicamente por los gastos incurridos dentro de un año.

Aquí se ofrece una breve descripción de algunas de las características importantes de la póliza de seguro. No es la póliza de seguro en sí ni la representa. La explicación completa de los beneficios, las excepciones y las limitaciones se incluyen en el Formulario de la Póliza de Seguro Grupal por Accidente GA-2200Ed.11-16 (y todas las especificaciones por estado) y los adjuntos que correspondan. Esta póliza es un seguro de accidentes a plazo y no es renovable. Es posible que este producto no se encuentre disponible en todos los estados y esté sujeto a regulaciones específicas de cada estado. La póliza base es emitida a su distrito escolar/escuela. Es posible obtener una copia del Aviso de privacidad en el sitio web www.sas-mn.com.

This provides a very brief description of some of the important features of the insurance policy. It is not the insurance policy and does not represent it. A full explanation of benefits, exceptions and limitations is contained in the Group Accident Insurance Policy Form GA-2200 Ed.11-16 (and any state specific). This policy is considered term accident insurance and is non-renewable. This product may not be available in all states and is subject to individual state regulations. The Master Policy is issued to the School District/School. A copy of the Privacy Notice may be obtained on the website www.sas-mn.com.

**¿TIENE PREGUNTAS?
LLÁMENOS DE MANERA GRATUITA AL
(800) 366-4810 O AL (210) 366-4800**

Suscrito por

Ameritas 
Ameritas Life Insurance Corp.
Lincoln, Nebraska

SOBRE DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES

Llene la información de inscripción en la porción desprendible, seleccione la cobertura deseada y envíela con la prima correspondiente (cheque o la información de la tarjeta de crédito) lo más pronto posible.

NOTA: Puede contratar este seguro en cualquier momento entre las fechas de entrada en vigencia y de vencimiento de la póliza base para las actividades autorizadas de UIL que comiencen y terminen durante el año escolar actual.

RECUERDE LLENAR TODA LA INFORMACIÓN REQUERIDA Y ENVIARLA JUNTO CON SU PRIMA (CHEQUE O INFORMACIÓN CON SU TARJETA DE CRÉDITO) A:
 Student Assurance Services, Inc.
 P.O. Box 196
 Stillwater, MN 55082-0196

A fin de que la cobertura entre en vigencia, envíe este formulario de inscripción completado lo más pronto posible.

FECHA DE RECEPCIÓN _____

SOBRE DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES		PLANES DE COBERTURA	Primas únicas para el año de la póliza
APELLIDO DEL ESTUDIANTE _____ (una letra en cada casilla)	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____	<input type="checkbox"/>	\$ 25
NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ Dirección _____ (Calle)	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____ Dirección _____ (Calle)	<input type="checkbox"/>	\$ 105
Dirección de correo electrónico _____	Nombre de la escuela _____	<input type="checkbox"/>	\$ 115
Nombre del distrito _____	Nombre del estudiante _____ Grado _____ Teléfono _____	<input type="checkbox"/>	\$ 195
Edad del estudiante _____ Grado _____ Teléfono _____	X _____	<input type="checkbox"/>	\$ 325
GAA-2203Ed.11-16 (Firma del padre, la madre o el tutor legal) (Fecha)	NO ENVÍE EFECTIVO	<input type="checkbox"/>	\$ 9
TOTAL DE LA PRIMA 		Extienda los cheques a nombre de: STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC. *Escriba el nombre del estudiante en el anverso del cheque. NO ES REEMBOLSABLE NOTA: Para inscribirse en el Seguro Estudiantil contra Accidentes, complete este formulario de inscripción o inscribbase en línea en "School Look-up" en la sección K-12 de: www.sas-mn.com	

C-1745(TX)(2017)

PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO DEL SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES

INDIQUE LA PRIMA SELECCIONADA Y COMPLETE LA INFORMACIÓN SOLICITADA DE INSCRIPCIÓN AL DORSO DE ESTE FORMULARIO.
Se agrega un Cargo por Procesamiento de \$5.00 a TODAS las transacciones realizadas con tarjeta de crédito

Cargar \$ _____ + \$5.00 de Cargo por Procesamiento = \$ _____ a la siguiente tarjeta de crédito: VISA®, MasterCard® o Discover®

Número de tarjeta de crédito _____ Código de seguridad (al dorso de la tarjeta, 3 dígitos) _____ Fecha de vencimiento de la tarjeta _____

La facturación de la tarjeta de crédito indicará: "Student Assurance Services, Inc."

Nombre del titular en letra de imprenta _____ Fecha ____ / ____ / ____

Firma del titular _____

Dirección del titular _____ (Calle) _____ (Ciudad) _____ (Estado) _____ (Código postal)

Número de teléfono (_____) _____ - _____

GAA-2203Ed.11-16 C-1745(TX)(2017)