

# PROTECCIÓN DE HASTA \$25,000 DEL SEGURO MÉDICO CONTRA ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES



**ADMINISTRADO POR:**  
Lefebvre Insurance, LLC  
901 Pleasant Street #1413  
Attleboro, MA 02703

(800) 451-9668

## 2024-2025

Asegurado por:  
AXIS Insurance Company

## COBERTURA CONTRA ACCIDENTES LAS 24 HORAS

Ofrece cobertura contra accidentes las 24 horas del día, no solo durante el horario escolar, sino también en el hogar o los fines de semana, en periodos de vacaciones y en campamentos, en cualquier lugar, y en todo momento en que la escuela no esté funcionando. CONSULTAR LAS EXCLUSIONES.

Estudiantes registrados de K-12. . . . . \$75.00

## COBERTURA CONTRA ACCIDENTES DURANTE EL HORARIO ESCOLAR

Ofrece cobertura para la asistencia durante el horario escolar y en los días en que la escuela está en funcionamiento. Incluye los viajes directos y sin ningún tipo de interrupción desde o hacia la residencia del Asegurado, y desde o hacia la escuela en el horario escolar habitual, durante el tiempo de viaje que sea necesario, aunque sin exceder el lapso de una (1) hora desde la salida de la escuela, o bien, si se requiere tiempo adicional de viaje en un autobús escolar. En este caso, la cobertura se extenderá durante el tiempo de viaje adicional que se considere necesario. Participación o asistencia en actividades organizadas, patrocinadas y supervisadas de manera exclusiva por la escuela y bajo la supervisión de los empleados de la escuela. Los viajes se limitan al transporte supervisado por la escuela. CONSULTAR LAS EXCLUSIONES.

Estudiantes registrados de K-12. . . . . \$20.00

## CONDICIONES

El accidente debe informarse de inmediato a una autoridad escolar de conformidad con la Cobertura en horario escolar. Con la cobertura de 24 horas, el accidente debe informarse a la escuela o a Lefebvre Insurance (la dirección se indica más abajo). Debe presentarse el formulario de reclamo ante la Compañía en un periodo de noventa (90) días con posterioridad al accidente. Los Gastos adicionales cubiertos deben tener lugar dentro de los noventa (90) días a partir de la fecha del accidente. Los gastos relacionados son elegibles hasta por dos (2) años a partir de la fecha del accidente. Debe presentarse un reclamo en concepto de dichos Gastos cubiertos a la Compañía para solicitar el pago tan pronto como sea razonablemente posible, pero sin exceder el lapso de un (1) año a partir de la fecha del servicio. Los padres son responsables de presentar el formulario de reclamo en un periodo de noventa (90) días.

**Las preguntas y la correspondencia deben dirigirse a:**

LEFEBVRE INSURANCE, LLC  
901 Pleasant Street #1413  
Attleboro, MA 02703  
(800) 451-9668

Este folleto no es un contrato. Es simplemente una ilustración de los beneficios. Consulte la póliza principal en la oficina del distrito escolar. No recibirá una Póliza de accidente individual. Conserve el cheque cancelado como prueba de compra.

NO ENVÍE EFECTIVO.

## Plan de \$2,500 para accidentes en fútbol americano interescolar

Cubre únicamente fútbol americano interescolar de escuela secundaria, grados 9 a 12. La cobertura comienza cuando se autoriza la práctica oficial, o bien, cuando se recibe el pago por la cobertura, lo que suceda más tarde, y finaliza el último día de la temporada de fútbol americano.

Solo para fútbol americano interescolar . . . . . \$50.00

## Beneficio dental extendido OPCIONAL de \$50,000.00

Cuando se adquiere esta opción, se extiende el beneficio dental básico para establecer los Cargos usuales y habituales de tratamiento dentales correspondientes a gastos por lesiones dentales en los que se incurra dentro de los dos (2) años a partir de la fecha de la Lesión con cobertura. En este beneficio, también se incluye lo siguiente:

1. Por Tratamiento dental, se hace referencia al reemplazo de fundas, coronas, dentadura y aparatos de ortodoncia (incluidos los correctores dentales), rellenos, incrustaciones, aparatos de ortodoncia removibles, endodoncia, cirugía bucal, exámenes y servicios de rayos X requeridos como resultado de la lesión.
2. Bajo ningún punto de vista el pago de la Compañía podrá exceder el Cargo usual y habitual que suele realizar un dentista para aplicar el tratamiento necesario y que suele tener lugar durante el periodo de 104 semanas inmediatamente posteriores a la fecha de la Lesión con cobertura. En caso de que haya más de una manera de tratar un problema dental, la Compañía pagará los beneficios correspondientes al procedimiento menos costoso, siempre y cuando se ajuste a los estándares dentales aceptables.
3. En caso de que el Dentista del Asegurado certifique, por escrito al Administrador de reclamaciones, que el tratamiento debe posponerse hasta que hayan transcurrido dos (2) años contados desde la fecha del Accidente, se pagará un máximo de \$800.00. El Tratamiento diferido debe completarse en un lapso de dos (2) años desde el vencimiento del Periodo inicial de tratamiento. No se pagarán facturas sin una certificación por escrito. Los Servicios deben tener lugar dentro de los noventa (90) días a partir de la fecha de la Lesión con cobertura. Este beneficio rige las 24 horas del día, incluso cuando se compra con Cobertura en horario escolar.

Estudiantes registrados de K-12. . . . . \$9.00

Esta cobertura **no puede** adquirirse sin Cobertura en horario escolar o Cobertura las 24 horas.

## MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

Cuando, producto de la lesión, se generen las siguientes pérdidas dentro de los 180 días posteriores a la fecha del accidente, la compañía pagará por la pérdida de:

Pérdida de la vida . . . . .	\$5,000
(\$15,000 por muerte bajo la Condición deportiva de cobertura)	
Pérdida de ambas manos o ambos pies, o la visión completa de ambos ojos . . . . .	\$20,000
Pérdida de una mano y un pie . . . . .	\$20,000
Pérdida de una mano o un pie, y la visión completa de un ojo . . . . .	\$20,000
Pérdida de una mano o un pie, o la visión completa de un ojo . . . . .	\$10,000
Pérdida de cuatro dedos de la misma mano . . . . .	\$10,000

Por "pérdida" de una mano o un pie se hace referencia a la separación absoluta a través o por encima de la articulación de la muñeca o del tobillo. Por "pérdida" de la visión de un ojo se hace referencia a la pérdida total e irrecuperable de la visión completa de dicho ojo. Por "pérdida" de un dedo pulgar o índice se hace referencia a la separación absoluta a través o por encima de la articulación metacarpofalángica de ambos dedos. En caso de que, como resultado del mismo accidente, el Asegurado sufra más de una pérdida, se pagará solo un monto, el más elevado.

## Fecha de entrada en vigencia y fecha de finalización

La cobertura comienza a las 12:01 a. m. del día en que la Escuela recibe la solicitud completa y el pago de la prima. Caso contrario, la cobertura comienza el día de la recepción de la solicitud y el primer día oficial de escuela o el día de la primera práctica oficial de actividades o atletismo interescolar.

La cobertura finaliza en la fecha en que el Asegurado deja de ser un estudiante registrado, o bien, en la fecha de terminación de la póliza, lo que ocurra primero. En caso de que el estudiante, el docente o el empleado administrativo se trasladen a otra Escuela de día pública o parroquial, el estudiante, el docente o el empleado administrativo contarán con cobertura en la nueva escuela hasta tanto caduque esta póliza. Si, por algún motivo, el banco devuelve el cheque de la prima, la cobertura se considerará nula y no válida.

El resto de las coberturas finalizan cuando comienzan las clases programadas regulares de la escuela correspondientes al siguiente periodo escolar.

## AVISO IMPORTANTE

En este folleto, se ofrece una breve descripción de las características destacadas del plan de seguro. No es un contrato de seguro. Los términos y condiciones de la cobertura se establecen en la póliza emitida en Rhode Island, con el número de formulario BACC-001-0909. Para obtener información detallada, consulte la póliza archivada en la oficina de su escuela. La póliza se encuentra sujeta a exclusiones y limitaciones, en tanto que se rige por las leyes del estado en que se emitió. Conserve esta información a modo de referencia.

ESTE SEGURO NO PROPORCIONA UNA COBERTURA MÉDICA O INTEGRAL PRINCIPAL, Y NO ESTÁ DISEÑADO PARA REEMPLAZAR UN SEGURO MÉDICO PRINCIPAL. ESTE SEGURO NO ES DE BENEFICIOS ESENCIALES MÍNIMOS COMO SE ESTABLECE EN LA LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE. SI NO TIENE UNA COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA, PODRÍA ADEUDAR UN PAGO ADICIONAL CON SUS IMPUESTOS.

# PROTECCIÓN DEL SEGURO CONTRA ACCIDENTES CON COBERTURA DE UN MÁXIMO DE \$25,000 EN GASTOS MÉDICOS

La compañía pagará los Gastos usuales y habituales en los que se incurra en relación con una Lesión con cobertura en caso de que se reciba el tratamiento dentro de los noventa (90) días posteriores a la Lesión. El Programa de Beneficios se indica a continuación. Los beneficios son pagaderos durante 52 semanas a partir de la fecha de la Lesión.

## BENEFICIOS MÁXIMOS

Lesión en fútbol americano de escuela secundaria limitado a . . . . . \$2,500

## Servicios de hospital:

Habitación diaria (semiprivada) . . Tarifa semiprivada promedio  
Habitación de cuidados intensivos . . . . . Usuales y habituales

## Otros servicios:

Durante la internación en un hospital o cuando se realiza una cirugía . . . . . Usuales y habituales  
Paciente ambulatorio en sala de emergencia: cuando no se requiere una internación en el hospital . . \$300 máx.

## Servicios del médico:

Cirugía, incluida la atención previa y posterior a una operación  
Gastos usuales y habituales hasta un máximo de \$1,000  
Anestesia: (incluida su administración) y cirujano asistente: (% de pago quirúrgico) . . . . . Usuales y habituales  
Consultas al médico, que no sean de fisioterapia o tratamientos similares cuando no se pagan beneficios por cirugía . . . . . \$60 la primera visita; \$40 a partir de la segunda visita  
Asesores (cuando así lo requiere el médico de cabecera para confirmar o definir un diagnóstico, pero no para el tratamiento) y segunda opinión: . . . . . Gastos usuales y habituales

## Servicios de laboratorio y rayos X:

Que no sean dentales, incluye honorario de interpretación y/o lectura de radiografías cuando no se trata de una radiografía realizada en una internación hospitalaria . . . . . Usuales y habituales  
Laboratorio . . . . . Usuales y habituales  
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, tratamientos con láser o procedimientos similares, incluidos los honorarios correspondientes a interpretación y/o lectura . . . . . Gastos usuales y habituales hasta un máximo de \$600

## Servicios adicionales:

Fisioterapia o tratamiento similar:  
En internación hospitalaria . . . . . \$60 la primera consulta; \$40 a partir de la segunda consulta y hasta 5 días  
Ambulatorio . . . . . \$60 la primera consulta; \$40 a partir de la segunda consulta y

hasta 5 días

Servicios de quiropráctica (en el hospital o ambulatorios). . . . . \$100.00  
Enfermera registrada (en el hospital o por servicios ambulatorios) . . . . . Usuales y habituales  
Ambulancia hasta el centro del tratamiento inicial . . . . . Usuales y habituales  
Aparatos ortopédicos:  
En internación . . . . . \$1,500  
Ambulatorio . . . . . \$1,500

Fármacos y medicamentos para pacientes ambulatorios: Indicados por el médico . . . . . Usuales y habituales  
Anteojos, lentes de contacto y audífonos; reemplazo de lentes y/o marcos rotos de anteojos, lentes de contacto, audífonos como resultado de una Lesión con cobertura . . . . . \$750.00

## Servicios dentales:

Para el tratamiento, la reparación o el reemplazo de dientes naturales lesionados, incluye correctores dentales iniciales cuando son necesarios para el tratamiento de una Lesión con cobertura, así como exámenes, rayos X, tratamientos restauradores, endodoncia, cirugía oral y tratamiento para la gingivitis producto del trauma . . . Gastos usuales y habituales, máx. de \$10,000

## COBERTURA ADICIONAL COMPLETA

Se pagan beneficios para gastos cubiertos por indicación médica que superen los montos pagadores en virtud de cualquier Otro plan de cuidado de la salud y que se encuentran sujetos al Máximo total aplicable para Beneficios médicos por accidentes. Si el Asegurado no está cubierto por Otro plan de cuidado de la salud que ofrezca Beneficios médicos por accidente, no se aplicará la disposición de monto adicional y los beneficios se pagarán en función del Máximo total para Beneficios médicos por accidente, tal como se muestra en su Solicitud principal de seguro.

## EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

**Exclusiones:** la póliza no cubre las pérdidas en las que se incurra como resultado de:

### Limitación para los accidentes automovilísticos

Los beneficios se pagarán por los Gastos Cubiertos incurridos para el tratamiento de Lesiones Cubiertas que resulten de forma directa e independiente de todas las demás causas de un Accidente Cubierto que ocurrió mientras la Persona Asegurada viajaba o conducía un Vehículo motorizado. Los beneficios no excederán los \$5,000.

### Gastos excluidos

A los efectos del Beneficio médico por accidente, los siguientes no se considerarán Gastos Cubiertos Médicamente Necesarios a menos que se proporcione cobertura de forma específica:

1. gastos pagaderos por cualquier póliza de seguro de automóviles sin ninguna consideración sobre la culpa;
2. cirugía cosmética, excepto por la cirugía reconstructiva que se necesita como resultado de una Lesión con Cobertura.
3. exámenes o recetas, compra, reparación o reemplazo de anteojos, lentes de contacto; y
4. servicios o tratamientos proporcionados por personas que no suelen cobrar por sus servicios, a menos que exista una obligación legal de pago.

**EXCLUSIONES COMUNES:** Además de cualquier beneficio o exclusión específica de cobertura, los beneficios no se pagarán por ninguna pérdida que, de forma directa o indirecta, en su totalidad o en parte, sea causada por cualquiera de los siguientes casos o sea resultado de estos, a menos que la cobertura se proporcione específicamente por nombre en la sección de Descripción de Beneficios o la sección de Condiciones de Cobertura:

1. una lesión autoinfligida intencionalmente, suicidio o cualquier intento de suicidio, en sano juicio o no;
2. cometer o intentar cometer un delito o una agresión;
3. cometer o participar activamente en un disturbio o en una rebelión;
4. guerra declarada o no declarada o acto de guerra o cualquier acto de guerra declarada o no declarada, a menos que se disponga específicamente en esta Póliza;
5. volar, embarcar o descender de una aeronave, excepto como pasajero en una aerolínea comercial de programación habitual;
6. practicar paracaidismo;
7. viajar en un vehículo motorizado todoterreno que no requiera de una licencia como vehículo motorizado;
8. enfermedad, dolencia, debilidad corporal o mental, infección bacteriana o viral o su tratamiento médico o quirúrgico (incluida la exposición, ya sea accidental o no, a agentes virales, bacterianos o químicos), ya sea que la pérdida sea el resultado directo o indirecto del tratamiento, excepto por cualquier infección bacteriana resultante de un corte o herida externa Accidental o ingestión Accidental de alimentos contaminados;
9. ingerir voluntariamente cualquier narcótico, droga, veneno, gas o vapor, a menos que hayan sido recetados o tomados bajo el cuidado de un médico o de acuerdo a una dosis recetada;
10. lesiones indemnizables según la ley de Compensación para Trabajadores o cualquier ley similar;
11. la intoxicación de la Persona Asegurada. Se considerará que la Persona Asegurada se encuentra definitivamente intoxicada si sus niveles en sangre sobrepasan la cantidad que se presume que una persona se encuentra bajo los efectos del alcohol al manejar, en virtud de la ley local del lugar en la que ocurre el accidente, independientemente de si se encuentra de hecho manejando un vehículo al momento de la lesión. Se considerará evidencia de la intoxicación de la Persona Asegurada el informe de autopsia de un médico forense autorizado o un oficial de policía o documentos similares.

12. práctica o juego en la disciplina de fútbol americano interescolar de escuela secundaria y/o deportes interescolares de escuela secundaria, incluido el traslado desde y hacia los juegos y la práctica, excepto que se disponga de manera específica;
13. participación en actividades deportivas que no estén autorizadas, patrocinadas o supervisadas de manera específica por el titular de la póliza, ya sea que tengan lugar o no en las instalaciones del titular de la póliza o en el horario habitual escolar, incluida la práctica del snowboarding, esquí y hockey sobre hielo (no se aplica si se selecciona la Cobertura de 24 horas);
14. no se pagarán los servicios o el tratamiento para cualquier persona que:
  - a. esté empleada o contratada por el Titular de la Póliza;
  - b. viva en el hogar de la Persona Asegurada;
  - c. sea un familiar inmediato, incluida la pareja de hecho, de la Persona Asegurada o del cónyuge de la Persona Asegurada; o
  - d. sea la Persona Asegurada.

### **Divulgación**

La cobertura de Seguro de Estados Unidos está asegurada por AXIS Insurance Company. La cobertura está sujeta a exclusiones y limitaciones, y es posible que no esté disponible en todos los estados y jurisdicciones de los Estados Unidos. La disponibilidad del producto y las características de diseño del plan, que incluye los requisitos de elegibilidad, las descripciones de los beneficios, las exclusiones o las limitaciones, pueden variar según las leyes locales del país o las leyes estatales de los Estados Unidos. Los términos y condiciones completos de la cobertura, incluidas las fechas de vigencia de la cobertura, los beneficios, las limitaciones y las exclusiones, se establecen en la póliza.

ESTE SEGURO NO SE COORDINA CON NINGÚN OTRO PLAN DE SEGURO. NO PROPORCIONA UNA COBERTURA MÉDICA O INTEGRAL PRINCIPAL Y NO ESTÁ DISEÑADO PARA REEMPLAZAR UN SEGURO MÉDICO PRINCIPAL. ESTE SEGURO NO ES DE BENEFICIOS ESENCIALES MÍNIMOS COMO SE ESTABLECE EN LA LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE. SI NO TIENE UNA COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA, PODRÍA ADEUDAR UN PAGO ADICIONAL CON SUS IMPUESTOS.

## CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO:

1. Use el formulario de reclamo adjunto.
2. Complete la información necesaria.
3. Asegúrese de firmar y colocar la fecha al pie del documento.
4. Adjunte las facturas o los recibos detallados correspondientes a los servicios prestados.
5. Envíe los formularios de reclamos, las facturas detalladas y los recibos a:

90 Degree Benefits  
PO Box 6540  
Harrisburg, PA 17112  
(800) 427-9308

Se requiere presentar la Prueba de pérdida dentro de los noventa (90) días a partir de la fecha del Accidente. Tiene UN (1) año desde el momento en que se requiere la Prueba de pérdida para presentar un reclamo. Los reclamos que se presenten una vez transcurrido este periodo no se tomarán en cuenta para el pago en virtud de la póliza.

## LISTA DE VERIFICACIÓN DEL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

### CORROBORE:

- Si completó la información correspondiente en el formulario de inscripción (ASEGÚRESE DE QUE EL DISTRITO ESCOLAR ESTÉ INCLUIDO DE MANERA CLARA).
- Si marcó la casilla de verificación adecuada para la cobertura seleccionada.
- ENVÍE EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN COMPLETO (INCLUSO SI RECHAZA LA COBERTURA) A SU ESCUELA.** (Su cheque cancelado o talón de giro postal serán su comprobante de pago).

## CONTACTO PARA PREGUNTAS, CONSULTAS E INFORMACIÓN:

Lefebvre Insurance, LLC  
901 Pleasant Street #1413  
Attleboro, MA 02703  
(800) 451-9668

NO ENVÍE EFECTIVO.  
**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

En letra de imprenta

2024-2025

\_\_\_\_\_  
APELLIDO DEL ESTUDIANTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL ESTUDIANTE

\_\_\_\_\_  
INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

\_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

\_\_\_\_\_  
GRADO

\_\_\_\_\_  
TELÉFONO

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN PARTICULAR

\_\_\_\_\_  
N.º DE APARTAMENTO

\_\_\_\_\_  
CIUDAD

\_\_\_\_\_  
ESTADO

\_\_\_\_\_  
CÓDIGO POSTAL

\_\_\_\_\_  
SISTEMA/DISTRITO ESCOLAR

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA ESCUELA

**ADVERTENCIA DE FRAUDE:**

Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA

Mi firma arriba certifica que he leído y entendido el folleto de Protección de seguro contra accidentes para estudiantes, y estoy de acuerdo en aceptar los términos y condiciones aquí establecidos.

Sin obligación de compra.

**Tarifas para el año escolar - 2024-2025 ✓ MARQUE SU SELECCIÓN**

PLANES DE COBERTURA	PRIMAS
24 horas — Incluye cobertura dental extendida	<input type="checkbox"/> \$84.00
Solo 24 horas	<input type="checkbox"/> \$75.00
Horario escolar — Incluye cobertura dental extendida	<input type="checkbox"/> \$29.00
Solo horario escolar	<input type="checkbox"/> \$20.00
Solo para fútbol americano interescolar (grados 9 a 12)	<input type="checkbox"/> \$50.00

Hacer los cheques pagaderos a AXIS Insurance Company

**CÓMO INSCRIBIRSE**

1. Decida si quiere la Protección contra Accidentes en horario escolar o las 24 horas (con o sin cobertura dental).
2. Complete el formulario de inscripción y adjúntelo con un cheque o giro postal pagadero a AXIS Insurance Company por el monto correcto.
3. **Envíe el formulario de inscripción completo y el pago a su Escuela.** Su cheque cancelado o talón de giro postal será su recibo y confirmación de pago. (Escriba el nombre del estudiante y el nombre de la escuela en su cheque).

1. Llene este formulario en su totalidad
2. Consulte las instrucciones de presentación adjuntas
3. Enviar a

**90 Degree Benefits**  
**PO Box 6540**  
**Harrisburg, PA 17112**  
**Teléfono: 1-800-427-9308**  
**Fax: 717-652-8328**



Correo electrónico: [Student.Insurance@90degrebenefits.com](mailto:Student.Insurance@90degrebenefits.com)

**PARTE I - DECLARACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN PARTICIPANTE**

Número de la Póliza:		Nombre de la organización:		Evento, actividad o deporte:	
Nombre del reclamante (persona lesionada)		La persona lesionada fue un(a): <input type="checkbox"/> Participante <input type="checkbox"/> Miembro <input type="checkbox"/> Otro del personal		Fecha y hora del accidente:	
Lugar donde ocurrió el accidente:		Tipo de lesión: (Indique la parte del cuerpo lesionada, por ejemplo, brazo roto, etc.)			
Describa cómo ocurrió el accidente, proporcione todos los detalles posibles:					
Reclamos dentales	Indique qué dientes se afectaron:	Describa el estado de los dientes lesionados antes del accidente: <input type="checkbox"/> Entero, sano y natural <input type="checkbox"/> Obturado <input type="checkbox"/> Recubierto <input type="checkbox"/> Artificial			
¿Tuvo lugar el accidente... (Marque Sí o No para cada uno de los siguientes):					
A. durante una actividad patrocinada y supervisada por una organización participante o autorizada?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
B. en las instalaciones de la actividad?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
C. mientras viajaba de forma directa e ininterrumpida hacia o desde la actividad?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
D. durante una práctica o competición de una organización participante?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
E. ¿La lesión resultó en muerte?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
Firma del representante de la organización participante:		Nombre y cargo del representante de la organización participante:		Fecha	

**PARTE II - DECLARACIÓN DEL PADRE, MADRE, PARTE RESPONSABLE O TUTOR**

Número de contacto principal (incluido el código de área):	Número de seguro social (de la persona lesionada)	Sexo (de la persona lesionada): <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (de la persona lesionada):
Dirección (a la que se debe enviar la información):			
¿Tiene usted/su cónyuge/padre o madre atención médica o de salud, o está inscrito como persona, empleado o miembro dependiente de un plan de atención médica prepago de la Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) o un plan similar, o cualquier otro tipo de cobertura de plan de accidente/salud/enfermedad a través de un empleador, el empleador de un padre o madre u otra fuente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO			
En caso afirmativo, indique el nombre de la compañía de seguros: _____		N.º de póliza: _____	
¿Es elegible para recibir beneficios de cualquier plan o programa gubernamental, incluido Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO			
En caso afirmativo, explique: _____			
Nombre, dirección y teléfono del empleador principal de la madre (tutora): _____			
Nombre, dirección y teléfono del empleador principal del padre (tutor): _____			

**PARTE III - AUTORIZACIONES**

Autorizo pagos médicos al médico o proveedor por los servicios descritos en las declaraciones adjuntas. Si no está firmado, proporcione una prueba del pago.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

Autorizo a cualquier médico, profesional médico, hospital, entidad cubierta según se define en la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), aseguradora u otra organización o persona que tenga registros, fechas o información sobre el reclamante a divulgar cuando se le solicite toda la información con respecto a cualquier lesión, cobertura de póliza, historia clínica, consulta, receta o tratamiento, y a brindar copias de todos los expedientes médicos u hospitalarios o todos esos expedientes en su totalidad a **AXIS Insurance Company** o su administrador designado. Una fotocopia estática de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.

Si se determina en una fecha posterior la existencia de otro seguro (o similar), estoy de acuerdo en reembolsar a **AXIS Insurance Company** en la medida de cualquier monto cobrable. Entiendo que cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presenta un reclamo que contenga cualquier material con información falsa, incompleta o engañosa, puede estar sujeta a enjuiciamiento por fraude de seguros.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

# PROCEDIMIENTOS DE RECLAMOS

1. Envíe las facturas detalladas a su compañía de seguros familiar y a la compañía de seguros de su escuela u organización. Por lo general, las facturas son un formulario HICFA (médico) o un formulario UB92 (hospital). El médico o el hospital tienen una asignación de beneficios en sus archivos, que se completó el día de la consulta inicial del tratamiento. El procedimiento se registrará en virtud de esta asignación de beneficios. Si su proveedor no factura con un formulario HICFA o UB92, deberá firmar la autorización para pagarle los Beneficios al Proveedor que figura en la portada de este formulario.
2. Si su compañía de seguros familiar es una organización HMO, CONTÁCTESE PRIMERO CON SU MÉDICO DE HMO. NO HACERLO PODRÍA TENER COMO RESULTADO EL RECHAZO DEL RECLAMO O UN BENEFICIO SUSTANCIALMENTE REDUCIDO.
3. Su compañía de seguros familiar le enviará una Explicación de los Beneficios (E.O.B.) en la que se mencionarán los pagos hechos por ellos. Una vez recibida la E.O.B., reenvíela junto con las facturas detalladas sin pagar y un formulario de reclamo completo al administrador de reclamos: MCA Administrators, Inc. Para el procesamiento: **no se aceptan recibos pagos ni saldos adeudados.**
4. Si no tiene otro seguro válido y cobrable (Auto, Proporcionado por el empleador, Seguro familiar o Autoprovisto): complete la información en el formulario de reclamos, firme en el lugar indicado, incluya todas las facturas detalladas, los recibos, etc., y reenvíe al administrador de reclamos para el procesamiento.

## ADVERTENCIA DE FRAUDE:

Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

## PARA RECORDAR

1. AL ENVIAR FACTURAS ADICIONALES CON POSTERIORIDAD AL ENVÍO DEL FORMULARIO ORIGINAL, ASEGÚRESE DE INCLUIR LO SIGUIENTE: (A) NOMBRE DEL RECLAMANTE; (B) FECHA DEL ACCIDENTE; (C) NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (ESCUELA, UNIVERSIDAD [COLLEGE] U ORGANIZACIÓN).
2. SI SU COMPAÑÍA DE SEGUROS FAMILIAR ES UNA ORGANIZACIÓN HMO, CONTÁCTESE PRIMERO CON SU MÉDICO DE HMO.
3. SE REQUIERE PRESENTAR LA PRUEBA DE PÉRDIDA DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DEL ACCIDENTE. TIENE UN (1) AÑO DESDE EL MOMENTO EN QUE SE HUBIERA REQUERIDO LA PRUEBA DE PÉRDIDA PARA PRESENTAR UN RECLAMO. LOS RECLAMOS QUE SE PRESENTEN UNA VEZ TRANSCURRIDO ESTE PERIODO NO SE TOMARÁN EN CUENTA PARA EL PAGO EN VIRTUD DE LA PÓLIZA.
4. AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA (DEBE ESTAR FIRMADA).
5. EL PAGO SE REALIZARÁ AL PRESTADOR DEL SERVICIO (HOSPITAL, MÉDICO, ETC.), EXCEPTO QUE EL FORMULARIO DE RECLAMO QUE SE ADJUNTA CON LA FACTURA INDIQUE LO CONTRARIO EN EL MOMENTO EN QUE SE ENVÍA EL RECLAMO. SI PAGÓ LOS SERVICIOS Y SE LE DEBE PAGAR UN REEMBOLSO, SE REQUERIRÁ UNA PRUEBA DE PAGO EN EL MOMENTO EN QUE SE ENVÍA EL RECLAMO.

## AVISO IMPORTANTE

En este folleto, se ofrece una breve descripción de las características destacadas del plan de seguro. No es un contrato de seguro. Los beneficios, términos y condiciones de la cobertura se establecen en la póliza emitida en Rhode Island, con el número de formulario BACC-001-0909. Para obtener información detallada sobre la cobertura, consulte la póliza archivada en la oficina de su escuela. La póliza se encuentra sujeta a las leyes del estado en que se emitió. Conserve esta información a modo de referencia.