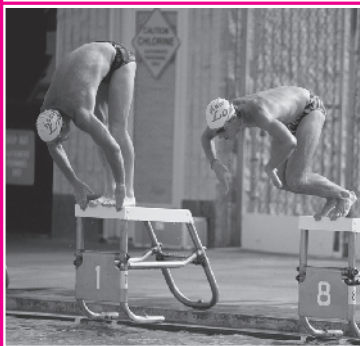


Año Escolar 2008-2009

SEGURO CONTRA ACCIDENTES Y MÉDICO PARA ESTUDIANTES



¡Atención Padres!

Los hijos sufren accidentes. El tratamiento puede ser caro...en ocasiones, demasiado caro. Por eso es que su escuela (y miles otras) le ofrece cobertura de seguro asequible a Ud. y a su hijo(a) como se describe aquí. Estos planes le pueden ayudar a prepararse para esas emergencias que la vida nos pone en el camino a todos.

Ud. puede escoger entre "Horas de Escuela solamente" o planes que protegen a su hijo(a) 24 horas/7días. También están disponibles un plan de Atención Médica para Estudiantes (cubre accidentes y enfermedades) y un plan de Accidentes Dentales. Inclusive hay una opción para las necesidades de recetas médicas de toda su familia. Aunque Ud. tenga otra cobertura, estos planes aún le pueden ayudar a "cubrir las diferencias".

Ud. tiene completa libertad para ver a cualquier proveedor médico autorizado. Sin embargo, Ud. también tiene acceso a una extensa red de doctores y hospitales que hacen descuentos en sus tarifas...esto puede reducir aún más los gastos que Ud. hace por su cuenta.

Su formulario de inscripción está adjunto. Llámenos si necesita ayuda o tiene preguntas.

¿Están sus hijos listos para la escuela?

- ✓ Ropa Nueva
- ✓ Libros
- ✓ Artículos Escolares
- ✓ **SEGURO**

Si Tiene Preguntas, Llame a:



Myers-Stevens & Toohy & Co., Inc.

(800) 827-4695

Licencia de CA #0425842



¡INSCRIPCIÓN FÁCIL!

Se Aceptan Cheques, Giros Postales o Tarjetas de Crédito.



Determine el(los) Plan(es) que desee comprar.

Ejemplo: Si Ud. decide que su estudiante necesita seguro contra enfermedad y accidentes, entonces el Plan de Atención Médica para Estudiantes se adaptaría mejor a sus necesidades de seguro. Cualquier cobertura que decida comprar, Ud. puede ir con cualquier doctor u hospital que escoja.

PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA PARA ESTUDIANTES

Los estudiantes (de 4 a 22 años de edad) pueden inscribirse en este plan. Cubre Lesiones sufridas y Enfermedades que comiencen en cualquier parte del mundo, 24 horas al día, mientras su estudiante tiene seguro bajo el plan escolar de este año (incluyendo deportes interescolares, excepto fútbol americano de atajo de secundaria). Los beneficios de repatriación y Medevac están incluidos. Este plan no incluye atención de rutina o preventiva.

Los beneficios se pagan conforme a la "Descripción de Beneficios" hasta \$50,000 por enfermedad y \$200,000 por accidente.

Hay un deducible de \$50 por cada Lesión o Enfermedad si se inscribe antes del 1° de diciembre del 2008. Si se inscribe el 1° de diciembre o después, el deducible por enfermedad aumenta a \$500 a menos que la inscripción ocurra dentro de: 1) 30 días de la transferencia del estudiante a una escuela participante; o 2) 30 días de la pérdida de la cobertura médica anterior; o 3) 5 días de participación en el primer día oficial de práctica para cualquier deporte interescolar. ¡INSCRÍBASE CON ANTICIPACIÓN!

Ud. puede ir con cualquier doctor u hospital, pero el utilizar los proveedores seleccionados de Beech Street puede reducir los costos por cuenta propia. Llame al 800-877-1666 o entre a www.beechstreet.com para

Nuestro Mejor Plan cubre Lesiones y Accidentes

1er pago: \$120.00

(cubre el resto del mes en que Ud. se inscribió y 1 mes adicional)

Pagos Sugeridos: \$99.00 al mes, facturado cada 2 meses

localizar a su proveedor más cercano. La cobertura empieza a las 11:59 p.m. el día que la fecha en que la escuela reciba el formulario de inscripción llenado y el pago de la prima, siempre y cuando la Escuela mantenga los registros apropiados, y el formulario y la prima de inscripción sean enviados a y recibido por Myers-Stevens & Toohy & Co., Inc. (aquí referida como "La Compañía") en un plazo de 15 días del calendario. De otra manera, la cobertura empieza el día que la Compañía reciba el formulario y la prima de inscripción. La cobertura termina a las 11:59 p.m. en el último día del mes para el que se ha hecho el pago. La cobertura puede continuar hasta por 12 meses del calendario, o hasta el 30 de septiembre del 2009, la fecha que llegue primero, siempre que se hagan los pagos requeridos.

PLANES DE ACCIDENTES DE FÚTBOL AMERICANO DE ATAJO INTERESCOLAR

Los estudiantes (grados 9 a 12) pueden inscribirse en este plan. Cubre lesiones causadas por accidente que ocurran:

- mientras practican o juegan en actividades interescolares de fútbol americano de atajo de secundaria que sean patrocinadas por la escuela y directamente supervisadas, incluyendo práctica de primavera y acondicionamiento de verano, entrenamiento de pesas y liga de paso; y
- mientras viajan para fútbol americano en un Vehículo Escolar o viajan directamente y sin interrupción entre la Escuela y fuera del terreno de la escuela para dichas actividades siempre y cuando el viaje sea

Niveles de Beneficios: Alto Bajo
Tarifa para Todo el Año Escolar: \$235 \$190

organizado por y bajo la dirección de la Escuela.

La cobertura empieza a las 11:59 p.m. el día que la fecha en que la escuela reciba el formulario de inscripción llenado y el pago de la prima, siempre y cuando la Escuela mantenga los registros apropiados, y el formulario y la prima de inscripción sean enviados a y recibido por la Compañía en un plazo de 15 días del calendario. De otra manera, la cobertura empieza el día que la Compañía reciba el formulario y la prima de inscripción. La cobertura termina a las 11:59 p.m. en la fecha de cierre de las clases regulares para el año escolar 2008-2009.

PLANES DE ACCIDENTES DE TIEMPO COMPLETO (24 HORAS)

Los estudiantes (grados P al 12 y empleados de la Escuela) pueden inscribirse en estos planes.

Cubre lesiones causadas por accidentes que ocurran las 24 horas del día, en cualquier parte del mundo y mientras participen en todos los deportes interescolares, excepto fútbol americano de atajo de secundaria.

La cobertura empieza a las 11:59 p.m. el día que la fecha en que la escuela reciba el formulario de

Niveles de Beneficios: Alto Bajo
Tarifa para Todo el Año Escolar: \$230 \$183

inscripción llenado y el pago de la prima, siempre y cuando la Escuela mantenga los registros apropiados, y el formulario y la prima de inscripción sean enviados a y recibido por la Compañía en un plazo de 15 días del calendario. De otra manera, la cobertura empieza el día que la Compañía reciba el formulario y la prima de inscripción. La cobertura termina a las 12:01 a.m. en la fecha en que la escuela empieza clases programadas regularmente para el año escolar 2009-2010.

PLANES DE ACCIDENTES EN HORAS DE ESCUELA

Los estudiantes (grados P al 12) pueden inscribirse en estos planes. Cubre lesiones causadas por accidentes que ocurran:

- en el local de la escuela durante las horas y en los días en que las clases regulares de Escuela están en sesión, incluyendo una hora inmediatamente antes y una hora inmediatamente después de clases regulares, mientras estén continuamente en el local de la Escuela; o
- mientras participen o asistan a actividades patrocinadas y directamente supervisadas por la escuela incluyendo actividades atléticas interescolares y fútbol americano de primavera que no sea de contacto (excepto fútbol americano de atajo interescolar de secundaria); o
- mientras viajen directamente y sin interrupción de ida y vuelta a la escuela para asistencia regular; o a

Niveles de Beneficios: Alto Bajo
Tarifa para Todo el Año Escolar: \$55 \$45

la casa y la Escuela para participar en actividades patrocinadas y directamente supervisadas por la escuela siempre que los viajes estén organizados por la Escuela y bajo dirección de la misma; y siempre que viajen en vehículos de la escuela en cualquier momento.

La cobertura empieza a las 11:59 p.m. el día que la fecha en que la escuela reciba el formulario de inscripción llenado y el pago de la prima, siempre y cuando la Escuela mantenga los registros apropiados, y el formulario y la prima de inscripción sean enviados a y recibido por la Compañía en un plazo de 15 días del calendario. De otra manera, la cobertura empieza el día que la Compañía reciba el formulario y la prima de inscripción. La cobertura termina a las 11:59 p.m. en la fecha de cierre de las clases regulares para el año escolar 2008-2009.

PLAN DE ACCIDENTES DENTALES (\$150,000 máximo)

Los estudiantes (grados P al 12) pueden inscribirse en estos planes. Cubre lesiones a los dientes causadas por accidentes que ocurran las 24 horas del día en cualquier parte del mundo incluyendo participación en todos los deportes y todas formas de transporte.

Los beneficios son pagaderos al 100% de los costos Usuales, Acostumbrados y Razonables para el tratamiento de dientes lesionados, incluyendo reparaciones o reemplazo de esmalte o coronas existentes. Nosotros no pagamos por el daño o pérdida de dentaduras o puentes o el daño a equipo de ortodoncia existente. La cobertura ofrece un "Período de Beneficio" de beneficios dentales para accidentes hasta por un año a partir de la fecha del primer tratamiento. El período de beneficios por una lesión se puede extender cada año, siempre y cuando esa cobertura sea renovada antes del 1 de

\$20.00 si se compra por separado
\$17.00 cuando se añade a cualquier plan(es) comprado.

octubre, el estudiante permanezca inscrito en los grados de P al 12, y la Compañía reciba una notificación por escrito en la fecha de la lesión indicando que la continuación del tratamiento se aplazará a una fecha posterior.

La cobertura empieza a las 11:59 p.m. el día que la fecha en que la escuela reciba el formulario de inscripción llenado y el pago de la prima, siempre y cuando la Escuela mantenga los registros apropiados, y el formulario y la prima de inscripción sean enviados a y recibido por la Compañía en un plazo de 15 días del calendario. De otra manera, la cobertura empieza el día que la Compañía reciba el formulario y la prima de inscripción. La cobertura termina a las 12:01 a.m. en la fecha en que la escuela empieza clases programadas regularmente para el año escolar 2009-2010.

SMARTCARD PARA FARMACIAS

¡Inscríbese hoy y reciba un ahorro del 10% al 70% en recetas médicas disponibles en farmacias locales! ¡Cualquier persona, de cualquier edad puede inscribirse! NPS proporciona los servicios de SmartCard.

La SmartCard no es un producto de seguro y no está asegurada por BCS Insurance Company.

\$36.00 para toda la familia, por un año completo!

Para información sobre NPS, conéctese a www.pti-nps.com o llame al (800) 546-5677.

NPS enviará una tarjeta de ID por separado después de que su pago haya sido procesado.

Para recibir los descuentos, es necesario que muestre su tarjeta de ID a la farmacia cada vez que necesite una receta para Ud. o su familia.

Determine el nivel de beneficios que menor se adapte a sus necesidades.

Le recomendamos enfáticamente el plan de Atención Médica para Estudiantes o el de Opción Alta, especialmente si su hijo(a) no tiene otro seguro.

Llámenos al 800-827-4695 si necesita ayuda.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

(Se aplica a todos los planes excepto SmartCard para Farmacias y el Plan de Accidentes Dentales)

Nosotros pagaremos beneficios solamente por lesiones sufridas o enfermedades con cobertura que empiecen mientras esté asegurado(a) bajo el plan escolar de este año. Los beneficios pagaderos se basarán en los cargos Normales, Razonables, y Acostumbrados incurridos por servicios médicos y dentales con cobertura, según lo define la Póliza, sujetos a exclusiones, requisitos y limitaciones. Nosotros no pagamos por un servicio o provisión a menos que sea Medicamento Necesario y esté mencionado en la Descripción de Beneficios de abajo. Los beneficios correspondientes ordenados por el estado de residencia se incluirán en los gastos con cobertura. Ud. puede llevar a su hijo(a) con cualquier proveedor de su elección; sin embargo si busca tratamiento a través de un proveedor contratado por Beech Street se pueden reducir los costos por cuenta propia.

Para encontrar proveedores médicos participantes de Beech Street más cerca de Ud., llame al 800-877-1666, o conéctese a www.beechstreet.com.

Nombre del Plan	PLAN DE ACCIDENTES				PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA PARA ESTUDIANTES
	OPCIÓN BAJA	Máximos por Accidente	OPCIÓN ALTA		
PLAN DE ACCIDENTES DE FÚTBOL AMERICANO DE ATAJO	\$ 25,000		\$ 50,000		\$ 50,000 Máx. por enfermedad
PLAN DE ACCIDENTES DE TIEMPO COMPLETO (24 HORAS)	\$ 50,000		\$100,000		\$200,000
PLAN DE ACCIDENTES EN HORAS DE ESCUELA	\$ 25,000		\$ 50,000		Máx. por accidente
DEDUCIBLE POR CONDICIÓN	Fuera de la Red	Dentro de la Red	Fuera de la Red	Dentro de la Red	Atención Médica para Estudiantes
	\$250	\$250	\$50	\$50	\$50/\$500*
GASTOS CON COBERTURA	MÁXIMOS DE BENEFICIOS				MÁXIMOS DE BENEFICIOS
Habitación y estadía en el hospital (Tarifa de habitación semi-privada)	80%	80%	80%	80%	80%
Cargos auxiliares de paciente residente de hospital	80% a \$1,300/día	80% a \$2,000/día	80% a \$1,300/día	80% a \$2,000/día	80% a \$4,000/día
Sala de Cuidado Intensivo	80% a \$1,600/día	80% a \$2,000/día	80% a \$1,600/día	80% a \$2,000/día	80%
Sala de Emergencia del Hospital (cuarto y provisiones) incurridos dentro de las 72 horas de una lesión	80%	80%	80%	80%	80%
Intervención Quirúrgica para Paciente Ambulatorio (cuarto y provisiones)	80% a \$1,300	80% a \$2,000	80% a \$1,300	80% a \$2,000	80% a \$4,000
Tratamiento No Quirúrgico de Médico y examen (excluyendo terapia física): incluyendo Consulta (al ser enviado(a) por el médico que da el tratamiento)	80%	80%	80%	80%	80%
Servicios de Cirujano	80%	80%	80%	80%	80%
Servicios de Asistente Quirúrgico	80%	80%	80%	80%	80%
Servicios de Anestesiólogo	80%	80%	80%	80%	80%
Fisioterapia, (incluye visita al consultorio relacionada) Cuando sea recomendada por un médico	80% a \$400	80% a \$400	80% a \$750	80% a \$750	80% a \$2,000
Exámenes de Rayos X – (incluyen lectura)	80% a \$400	80% a \$400	80% a \$750	80% a \$750	80%
Imagen Diagnóstica – MRI, Tomografía Axial Computarizada	80%	80%	80%	80%	80%
Ambulancia (del lugar de una emergencia directamente al hospital)	80%	80%	80%	80%	80%
Pruebas de laboratorio, Servicios de Enfermera(o) Titulada(o), y Abrazaderas de Rehabilitación	80%	80%	80%	80%	80%
Equipo Médico Duradero	80% a \$400	80% a \$400	80% a \$750	80% a \$750	80% a \$1,000
Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios (sólo para lesiones)	80%	80%	80%	80%	80%
Servicio dental (incluyendo radiografías dentales) para tratamiento debido a un accidente con cobertura	80%	80%	80%	80%	80%
Reemplazo de anteojos (para reemplazo de marcos de anteojos quebrados o lentes a consecuencia de un accidente con cobertura que requiera tratamiento médico)	\$300	\$300	\$300	\$300	80%
Evaluación médica y Repatriación	\$0	\$0	\$0	\$0	100% a \$10,000

*Si se inscribe el 1º de diciembre o después, el deducible por Enfermedad aumenta a \$500. Vea las excepciones a la izquierda en la descripción de la Atención Médica para Estudiantes.

Beneficios de Muerte Accidental, Desmembramiento, Pérdida de la Vista, Parálisis y Asesoría Psiquiátrica/Psicológica

(Se aplica a todos los planes excepto el Plan de Accidentes Dentales y la SmartCard para Farmacias)

Además de los beneficios médicos, si dentro de los 365 días a partir de la fecha del accidente cubierto por la póliza, dichas lesiones corporales ocasionan alguna de las pérdidas permanentes siguientes, pagaremos el beneficio fijado opuesto a dicha pérdida. Sólo se pagará uno de dichos beneficios (el mayor) por dichas pérdidas debido a cualquier accidente individual.

- Muerte Accidental **\$10,000**
 - Pérdida de una mano o pie o pérdida completa de la vista en un ojo **\$20,000**
 - Pérdida de ambas manos o pies o pérdida completa de la vista en los dos ojos, o paraplejía o hemiplejía o cuadriplejía **\$30,000**
- Asesoría** - Además de los beneficios de MA y D, pagaremos un 100% de los costos Usuales, Razonables y Acostumbrados de asesoría psiquiátrica / psicológica necesarios después de la cobertura de desmembramiento, pérdida de la vista o parálisis hasta **\$ 5,000**

iNo Demore!

Devuelva este formulario llenado a su escuela inmediatamente.

Debe ser llenado por un representante oficial de la escuela y recibido por Myers-Stevens & Toohy & Co. Inc. **dentro de 15 días del calendario.**

FECHA DE DEVOLUCIÓN DEL SOBRE HORA DE DEVOLUCIÓN INICIALES DEL REP. ESCOLAR

Complete el formulario de inscripción del 2008-2009.

Complete toda la información (por favor letra de molde) y regréselo al representante de la escuela.

de Seguro Social del Estudiante (si está disponible) Fecha de Nacimiento del Estudiante

			-								-								
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre del Estudiante Nombre Segundo Apellido

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dirección

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ciudad Estado Zona postal

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número telefónico de los padres durante el día correo electrónico

()

Nombre de la escuela Grado

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre del distrito

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imprima con letra de molde el nombre del padre o tutor

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Me estoy inscribiendo para la cobertura indicada abajo según se ofrece para el Fideicomiso de Seguro Familiar donde se aplique. Entiendo que las primas no se pueden reembolsar o convertir y que el Plan de Atención Médica contiene una limitación de Condiciones Preexistentes por Enfermedad.

X

Firma del padre o tutor Fecha

PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA PARA ESTUDIANTES

(CUBRE ENFERMEDADES Y ACCIDENTES)

1er Pago \$120.00

Se le facturarán \$198.00 cada 2 meses después, por un máximo de 12 meses o hasta el 30 de septiembre del 2009.



PLANES DE ACCIDENTES

(UN SÓLO PAGO POR TODO EL AÑO ESCOLAR)

PLANES:	Opción Alta	Opción Baja
Fútbol Americano de Atajo	<input type="checkbox"/> \$235.00	<input type="checkbox"/> \$190.00
Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> \$230.00	<input type="checkbox"/> \$183.00
Horas de Escuela	<input type="checkbox"/> \$ 55.00	<input type="checkbox"/> \$ 45.00
Dental	<input type="checkbox"/> \$ 20.00 Comprado por separado	
	<input type="checkbox"/> \$ 17.00 Cuando se añade a cualquier plan(es) comprado.	
SmartCard para Farmacias	<input type="checkbox"/> \$ 36.00	

CANTIDAD TOTAL PAGADERA: \$

NO ENVIE EFECTIVO

FORMA DE PAGO (marque una) Aviso: \$25.00 de cargo por servicio de cheques y tarjetas de crédito rechazadas.

Mastercard® o Visa® (Formulario de pago al reverso)

Cheque/Giro Postal (Pagadero a: Myers-Stevens & Toohy & Co. Inc.)

# de cheque:	Nombre en el cheque: (por favor letra de molde)	Cantidad Adjunta:
#		\$

PE-0214

PPO SR 704 SP 02/08

NO ENVIE EFECTIVO

1. Desprenda el sobre aquí 2. Llene el formulario de solicitud 3. Incluya la prima en el sobre 4. Humedezca y doble esta solapa engomada para sellarla 5. Devuélvalo a la escuela

PREGUNTAS QUE COMÚNMENTE SE HACEN

Si mi hijo(a) no tiene ningún otro seguro, ¿cuál es la mejor compra para mí?

El Plan de Atención Médica para Estudiantes, que cubre lesiones y enfermedades 24 horas al día. El mejor que le sigue es el Plan de Accidentes de Tiempo Completo (24 horas) con beneficios de Opción Alta.

Si tengo otro seguro, ¿para qué necesito esta cobertura?

La mayoría de los otros planes de seguro tienen deducibles y/o copagos. Nuestros planes pueden ayudarle con estos gastos por cuenta propia.

¿Puedo llevar a mi hijo(a) a cualquier doctor u hospital?

¡Sí!, sin embargo, los gastos que corren por su cuenta podrían ser menos si utiliza un proveedor contratado por Beech Street. Para encontrar los doctores/hospitales más cerca de Ud., llame al 800-877-1666, o conéctese a www.beechstreet.com.

¿Las tarifas del plan contra accidentes son pagaderas cada mes?

¡NO! Las tarifas sólo para accidentes son cargos que se pagan una sola vez para todo el año escolar.

¿Hay cobertura disponible para toda la familia?

¡Sí! Llame al 800-827-4695 para obtener más información y un formulario de inscripción. (No disponible en Nevada).

¿Puede tener cobertura el fútbol americano de atajo interescolar de secundaria?

¡Sí! Pero sólo bajo el Plan de Fútbol Americano de Atajo Interescolar de Secundaria. Recomendamos los beneficios de "Opción Alta".

Si mi hijo(a) tiene una Lesión con cobertura o una condición médica con cobertura, se pueden extender los beneficios para esa misma lesión o condición médica si él/ella se inscribe el próximo año?

Una vez que se han pagado los beneficios máximos o termina el período de beneficios (generalmente, un año) no se darán más beneficios para esa lesión o condición médica. El Plan contra Accidentes Dentales es la única excepción. Vea este folleto para más detalles.

EN CASO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

1. Reporte todas las lesiones relacionadas con la escuela dentro de un plazo de 72 horas a la oficina de la escuela. Puede ir al proveedor o la clínica que Ud. escoja.
Para encontrar el proveedor de Beech Street más cercano a Ud., llame al 800-877-1666, o conéctese a www.beechstreet.com.
2. Obtenga un formulario de reclamación de la escuela o Compañía. Los formularios de reclamación deben ser presentados a la Compañía dentro de los 90 días después de la fecha del primer tratamiento.
3. Al mismo tiempo, por favor presente una reclamación con su otra compañía de seguro médico familiar y/o de accidente.
4. Siga TODAS las instrucciones del formulario de reclamación, adjunte todas las facturas detalladas y envíelas a:



Myers-Stevens & Toohy & Co., Inc.

26101 Marguerite Parkway
Mission Viejo, CA 92692-3203
(949) 348-0656 or (800) 827-4695
FAX (949) 348-2630
Licencia de CA #0425842

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

(No se aplica a la SmartCard)



BCS Insurance Company
Oakbrook Terrace, Illinois

Clasificada A- (Excelente) por A.M. Best
una agencia de clasificación de compañías
de seguros independiente

Números del Formulario de Póliza
Original 28.203 & 28.203 (NV).

Este folleto contiene una descripción breve de los beneficios disponibles. Ud. puede encontrar detalles más completos en las Pólizas o en los archivos de su escuela u oficina de distrito. Ciertas disposiciones pueden ser diferentes si lo requiere la ley estatal. Por favor conserve esta información como referencia.

Asegurado: Fideicomiso de Seguro Familiar con domicilio en el Distrito de Columbia (el Fideicomiso no se aplica en NV)

EXCLUSIONES

No se pagan beneficios bajo esta Póliza para cualquiera de las pérdidas siguientes que resulten de la misma:

1. Daños a, o pérdida de dientes o puentes o daño a equipo de ortodoncia existente.
2. Guerra o cualquier acto de guerra, declarado o no declarado.
3. Participación en un disturbio o desorden civil, peleas o enfrentamientos, excepto en defensa propia; cometer o tratar de cometer un delito grave o violar o tratar de violar cualquier ley debidamente promulgada.
4. Suicidio, intento de suicidio o lesión causada a sí mismo(a) intencionalmente mientras la persona está sana o demente.
5. Lesión o enfermedad desarrollada por el uso de alcohol o drogas a menos que se tomen en la dosis y para la finalidad recomendada por el Médico de la Persona Asegurada.
6. Práctica o juego de fútbol de atajo interescolar de secundaria (a menos que se compre una cobertura de fútbol por separado), deportes entre universidades; deportes semiprofesionales; o deportes profesionales. (No se aplica al plan de accidentes dentales).
7. Lesión o enfermedad cubierta por Compensación por Lesiones en el Trabajo o Leyes de Responsabilidad del Empleador, o por cualquier cobertura proporcionada o requerida por la ley incluyendo, entre otras, cobertura de grupo, tipo de grupo, e individual "Sin Falta" de auto (excluyendo la cobertura de Vehículo Escolar).
8. Tratamiento, servicios o provisiones proporcionados por la enfermería de la Escuela o sus empleados, o Médicos que trabajan para la Escuela, o por cualquier familiar cercano de la Persona con Cobertura; o para el cual normalmente no se hace ningún cobro.
9. Problemas mentales o nerviosos (excepto conforme lo disponga específicamente la Póliza).
10. Tratamiento de enfermedad, dolencia, o infección (excepto infecciones piogénicas o infecciones bacteriales a consecuencia de una ingestión de sustancias contaminadas). (No se aplica a la Cobertura Sólo para Enfermedades bajo el Plan de Atención Médica para Estudiantes).
11. Diagnóstico y tratamiento verrugas y lunares no malignos, lesiones, acné o alergias, incluyendo prueba de alergias.
12. Heridas sufridas por viajar en, entrar o descender de un vehículo motorizado de dos o tres ruedas. (No se aplica al plan de accidentes dentales).
13. Tratamiento de osteomielitis, fracturas patológicas, o desprendimiento de retina (a menos que esté directamente causada por una lesión). (No se aplica a la Cobertura Sólo para Enfermedades bajo el Plan de Atención Médica para Estudiantes).
14. Cualquier gasto relacionado con el tratamiento de amígdalas, vegetaciones, epilepsia, trastornos de ataques o debilidad congénita; o gastos por el tratamiento de anomalías congénitas y condiciones que surjan o resulten a consecuencia de las mismas.
15. Cualquier gasto relacionado con el tratamiento de hernia.
16. Los beneficios no son pagaderos bajo el Plan de Atención Médica para Estudiantes por una Enfermedad que es una "Condición Preexistente" (una condición para la cual la Persona con Cobertura recibió tratamiento, cuidado o consejo médico dentro de 6 meses antes de estar asegurada bajo la póliza). Esta exclusión no se aplica después de que la Persona con Cobertura ha sido asegurada bajo la Póliza por 6 meses continuos.

REQUERIMIENTOS Y LIMITACIONES

Los empeoramientos de lesiones que no ocurrieron mientras está asegurado bajo este plan se pagan hasta un beneficio máximo de \$500 por término de la póliza. Las lesiones sufridas por viajar en, al entrar o descender, o ser golpeado(a) por un vehículo motorizado están limitadas a un beneficio máximo de \$5,000, (hasta \$10,000 si el vehículo es un Vehículo Escolar). Algunas lesiones en vehículos motorizados no tienen cobertura – vea las exclusiones de arriba para más detalles. Las lesiones de Hora de Escuela y fútbol de atajo de secundaria deben ser reportadas a la escuela dentro de un plazo de 72 horas de la fecha de la lesión. La primera visita al médico debe ser dentro de un plazo de 120 días después de que el accidente ocurra o la Enfermedad comience. Este seguro no se aplica en la medida en que las sanciones o reglamentos económicos o de comercio nos prohíben proporcionar el seguro, incluyendo pero sin limitarse a, el pago de reclamaciones. Es necesario presentar un formulario de reclamación a Myers-Stevens & Toohy & Co., Inc. dentro de 90 días después de la fecha de la pérdida. El plan paga por los gastos que tengan cobertura incurridos en un período de hasta un año a partir de la fecha de la primera visita al médico. Sin embargo, si la lesión sufrida requiere que se quite un clavo quirúrgico, tratamiento continuo por quemaduras graves, o tratamiento de una fractura de unión o mala unión, el período de beneficios se extenderá a 104 semanas. Cada condición con cobertura puede estar sujeta a un deducible – vea los detalles del plan.

DEFINICIONES

Un **Accidente** se define como un incidente repentino, inesperado y no intencionado. Un **Accidente con Cobertura** significa un Accidente que ocasiona una lesión o pérdida que está cubierta por esta Póliza. Una **Lesión** se define como un daño corporal sufrido por la Persona con Cobertura ocasionado directamente por un Accidente (independientemente de todas las otras causas) y que ocurre mientras la cobertura bajo esta Póliza está en vigor. **Médicamente Necesario** se define como los servicios o provisiones proporcionados por un hospital, médico, u otro proveedor y que son necesarios para identificar o dar Tratamiento a una Lesión o Enfermedad y los cuales, según lo determina la Compañía, son: (1) consistentes con el síntoma o diagnóstico y Tratamiento de la Lesión o Enfermedad; (2) apropiados con respecto a las normas de procedimientos médicos buenos; (3) no sólo para la conveniencia de la persona asegurada; (4) el suministro o nivel de servicio más apropiado que pueda proporcionarse con seguridad. Cuando se aplica a la atención de un paciente, significa además que los síntomas o condición médica de la persona asegurada requieren que los servicios no puedan proporcionarse con seguridad como Paciente Ambulatorio. **Enfermedad** se define como una enfermedad o dolencia contraída por y que ocasiona una pérdida a la Persona Asegurada cuya enfermedad es la base de la reclamación. Cualquier complicación o cualquier condición que resulte de una Enfermedad por la cual la Persona Asegurada está recibiendo tratamiento o ha recibido tratamiento se considerará como parte de la Enfermedad original.

BENEFICIOS SIN DUPLICADO (Cláusula de Exceso):

Con el fin de mantener las primas tan asequibles como sea posible, estos planes pagan beneficios en base a que no haya duplicados. Esto significa que si una persona tiene cobertura de uno o más de estos planes por parte de cualquier otro seguro o acuerdo médico válidos, cualquier cantidad pagadera o proporcionada por las otras coberturas será restada de los gastos con cobertura y nosotros pagaremos los beneficios con base a la cantidad restante.

AVISO IMPORTANTE: Si su hijo(a) llena los requisitos para Medicare, es necesario que Ud. obtenga un aviso de revelación de Medicare antes de solicitar este seguro. Por favor comuníquese con nuestra oficina para recibir una copia de este aviso.

Para encontrar proveedores médicos participantes de Beech Street cerca de Ud., llame al 800-877-1666, o conéctese a www.beechstreet.com

LAS PRIMAS NO PUEDEN REEMBOLSARSE O CONVERTIRSE

Para un folleto en Español, o para asistencia en Español, por favor llame a (800) 827-4695

PPO SR 704 SP 02/08