

- ¡Los accidentes son comunes! Cuando le suceden a su hijo, alguien debe pagar esos costos.
- Aquí le presentamos planes de seguros contra accidentes para cubrir a su hijo las 24 horas del día (Plan de 24 horas) o en la escuela (Plan de Tiempo Escolar).
- Estos planes le proporcionan beneficios para ayudarlo a cubrir los costos médicos y hospitalarios.
- Si tiene otro Seguro, estos planes pueden ayudar a compensar los deducibles y coaseguro de dichos planes.
- Si no tiene otro seguro, estos planes proporcionarán cobertura básica.
- Cualquier beneficio pagable por esta póliza como resultado de un servicio médico, quirúrgico, dental, hospitalario o de enfermería será pagado directamente al hospital o a la persona que proporcione dichos servicios, a menos que se proporcione prueba del pago completo.

24-Horas	Tiempo Escolar	DETALLES IMPORTANTES SOBRE LA PROTECCIÓN
✓	✓	La cobertura se vuelve efectiva el día que Guarantee Trust Life Insurance Company (GTL), sus representante, o funcionarios de la escuela, reciba el pago de la prima (pero no antes del primer día que abra la escuela). Los estudiantes que participen en la práctica o el juego preescolar para los deportes interescolares sancionados por la Asociación de Atletismo de la Escuela Secundaria estarán cubiertos a partir de la fecha del pago real de la prima, pero sólo mientras se dedican a la práctica real o sesiones de juego. Otros aspectos de la cobertura no comenzarán antes que la primera fecha de la sesión regular de la escuela.
✓	✓	Proporciona cobertura durante las horas en las cuales la escuela está en actividades regulares.
✓		Proporciona cobertura las 24 horas del día.
✓	✓	Proporciona cobertura durante el tiempo necesario para el desplazamiento entre el domicilio del asegurado y el inicio o final de las sesiones escolares regulares.
✓	✓	Brinda cobertura mientras participa (o asiste) a actividades organizadas, patrocinadas y supervisadas por la escuela. También se proporciona cobertura para viajar directamente hacia y desde tales actividades en un Vehículo Designado provisto por la escuela.
	✓	La cobertura expira al terminar el ciclo escolar regular. (La cobertura se extenderá mientras se asista a clases académicas para obtener créditos en el verano, cuando las actividades escolares son patrocinadas y supervisadas exclusiva y únicamente por la escuela, no se proporcionará cobertura para el transporte de y hacia las clases).
✓		La cobertura continúa sin interrupción todo el verano, hasta que la escuela inicie el siguiente ciclo escolar.

La cobertura opcional de fútbol comienza en la fecha en que GTL, sus representantes o los oficiales de la escuela reciban la prima, pero no antes de la primera fecha oficial de entrenamiento, y continúa hasta la fecha del último partido oficial de la temporada actual, incluyendo las eliminatorias.

## COBERTURA DE ACCIDENTES LAS 24 HORAS DEL DÍA

### ¡Protección las 24 horas para cada accidente cubierto!

Proteja a su hijo durante todo el año escolar y se extiende durante el verano - hasta que la escuela inicie nuevamente.

Su hijo estará cubierto EN TODO EL MUNDO, LAS 24 HORAS DEL DÍA.

Esto incluye accidentes cubiertos: En el hogar Al jugar En la escuela

Durante las vacaciones Al acampar, explorar, etc. Durante viajes cubiertos

Mientras participe en deportes, excepto aquellos que estén excluidos específicamente o para los cuales se requiere cobertura opcional\*

\*Vea las OPCIONES para descubrir cualquier cobertura opcional para deportes.

## COBERTURA DE ACCIDENTES DURANTE EL TIEMPO ESCOLAR

Ayuda a proteger a su hijo mientras asiste a sesiones regulares en la escuela. Incluye cobertura para el viaje directo desde y hacia su residencia en un Vehículo Designado para asistir a sesiones regulares en la escuela. Además, se ofrece cobertura al participar en (o asistir a) actividades cubiertas organizadas exclusivamente, patrocinadas y supervisadas únicamente por la escuela y los empleados de la escuela, incluidos los gastos de viaje directo desde y hacia la actividad en un Vehículo Designado proporcionado por la escuela y supervisado únicamente por empleados de la escuela. Se puede requerir una cobertura opcional para deportes interescolares. Vea las OPCIONES para encontrar la cobertura adicional disponible para deportes si la hay.

**RESCISIÓN DE LA PÓLIZA/CERTIFICADO DE COBERTURA:** La Póliza se emite por el plazo de cobertura acordado y no es renovable. La cobertura terminará en la fecha que ocurra primero entre: (1) la fecha de terminación de la póliza; o (2) la fecha en que el asegurado deja de ser miembro de los equipos deportivos del titular del seguro; o (3) el último día de actividad deportiva programada regularmente; o (4) la fecha en que el asegurado deja de ser una persona elegible; o (5) el final del período por el cual se ha pagado cualquier prima aplicable. Tenemos derecho a cancelar la cobertura de cualquier asegurado que presente un reclamo fraudulento bajo la póliza.

**PROVISIÓN POR EXCESO:** todos los cargos cubiertos de más de \$100 serán considerados para pago en exceso si algún otro seguro o plan válido y cobrable cubre a la persona Asegurada. GTL pagará los primeros \$100 en cargos cubiertos independientemente de otro seguro.

Este producto está disponible en Georgia, Illinois, Maine, Mississippi, Nebraska y Vermont.

**¿Qué cubren? Hasta un máximo de \$50,000 de acuerdo a la descripción de Cobertura y Beneficios:**

- Accidentes que ocurran durante la vigencia de la cobertura.
- Pérdida debido a lesiones accidentales que resulten directa e independientemente de todas las otras causas.
- Gastos médicos cubiertos que comienzan dentro de los 30 días del accidente (365 días en Vermont) y se incurren dentro de las 52 semanas del accidente.

Se entiende por Lesión la lesión corporal debida a un Accidente que resulte directa e independientemente de una enfermedad, dolencia corporal o cualquier otra causa; únicamente, de forma directa e independiente de todas las demás causas, ocasiona gastos médicos; se produce después de la fecha de entrada en vigor de la cobertura del Asegurado en virtud de la Póliza; y se produce mientras la Póliza está en vigor. Todas las lesiones sufridas en cualquier Accidente, incluidas todas las afecciones relacionadas y los síntomas recurrentes de estas lesiones, se consideran una única Lesión.

<b>COBERTURA Y BENEFICIOS</b>		
<b>Los beneficios se pagan hasta el monto en dólares especificado a continuación</b>	<b>PLAN ESTÁNDAR</b>	<b>PLAN DELUXE</b>
<b>IMPORTES MÁXIMOS DE LAS PRESTACIONES, POR LESIÓN, HASTA</b>	<b>\$25,000.00</b>	<b>\$50,000.00</b>
Habitación y comida en el hospital y cuidados generales de enfermería, limitados a un máximo de	\$400.00/día	Tarifa en habitación semiprivada
Cuidados intensivos, limitados a un máximo de	\$400.00/día	\$1,000.00/día
Gastos varios de hospitalización, limitados a un máximo de	\$1,500.00	\$2,000.00
Cargos hospitalarios varios para pacientes ambulatorios, limitados a un máximo de	\$150.00	\$300.00
Cargos Del Medico Para Cirugia, limitado a un máximo de	\$2,000.00	\$4,000.00
Administracion de anestesia	100% del R&C*	100% del R&C*
Cargo por asistente de cirujano		
Visitas médicas no quirúrgicas, excluída la fisioterapia, limitadas a	\$50.00 por visita	100% del R&C*
Atención hospitalaria de urgencia, excluidos los gastos profesionales, limitada a un máximo de	\$150.00	\$300.00
Procedimientos e interpretación de Imágenes ambulatorias, para RM/TC, limitado a un máximo de	\$400.00	\$800.00
Servicios de Rayos X ambulatorios, limitado a un máximo de	\$180.00	\$250.00
Cargos de ambulancia, limitado a un máximo de	\$250.00	\$500.00
Gastos del doctor no quirúrgicos de urgencias hospitalarias, limitados a un máximo de	\$150.00	\$300.00
Equipo Médico Duradero, incluidos aparatos ortopédicos, limitado a un máximo de	\$150.00	\$250.00
Tratamiento dental (por lesión de dientes naturales sanos) por diente, limitado a	\$350.00	\$400.00
Gastos de sustitución de gafas, cristales, lentes de contacto y aparatos auditivos rotos como consecuencia de una lesión que requiera tratamiento médico, limitados a un máximo de	\$150.00	\$200.00
Fisioterapia ambulatoria prestada por un Hospital o Médico, cada visita limitada a un máximo de 5 visitas.	\$40.00	\$50.00
Centro quirúrgico ambulatorio, limitado a un máximo de	N/A	\$900.00
Gastos de enfermeras registradas, limitados a un máximo de	100% del R&C*	100% del R&C*

\*R&C significa Razonable y Habitual

**COBERTURA Y BENEFICIOS - Continuo**

Los beneficios se pagan hasta el monto en dólares especificado a continuación	PLAN ESTÁNDAR	PLAN DELUXE
<b>IMPORTES MÁXIMOS DE LAS PRESTACIONES, POR LESIÓN, HASTA</b>	<b>\$25,000.00</b>	<b>\$50,000.00</b>
Pérdida de vida	\$5,000.00	\$5,000.00
Pérdida de ambas manos o ambos pies o visión completa de ambos ojos	\$10,000.00	\$10,000.00
Pérdida de una mano o un pie	\$2,000.00	\$2,000.00
Pérdida de una mano o un pie y visión completa de un ojo	\$4,000.00	\$4,000.00
Pérdida del habla o de la audición (ambos oídos)	\$10,000.00	\$10,000.00
Pérdida de audición de un oído o visión completa de un ojo o pérdida de los dedos pulgar e índice de la misma mano	\$1,500.00	\$1,500.00

**Dental Extendido:** Por una prima adicional, el Gasto Dental Ampliado aumenta la prestación máxima por Lesión de Dientes Naturales Sanos hasta 1.000 \$ por diente. (Sólo puede contratarse junto con los Planes de Accidentes de Tiempo Escolar, 24 Horas o Sólo Fútbol Americano).

**EXCLUSIONES - LA PÓLIZA NO PROPORCIONA PRESTACIONES PARA:** (1) Tratamientos, servicios o suministros que no sean Medicamento Necesarios; que no hayan sido prescritos por un Médico como necesarios para tratar una Lesión; que sean de naturaleza Experimental/de Investigación; que se reciban sin cargo u obligación legal de pago; que se reciban de personas empleadas o contratadas por el Titular de la póliza del Seguro o cualquier Familiar, salvo que se especifique lo contrario; (2) Lesiones causadas por actos de guerra, declarada o no; (3) Lesiones sufridas durante un viaje o vuelo en avión, excepto como pasajero de una línea aérea comercial regular; (4) Lesiones cubiertas por la Ley de Accidentes Laborales o la Ley de Enfermedades Profesionales; (5) Suicidio o intento de suicidio; (6) Mal funcionamiento cardíaco y/o circulatorio resultante de la participación en una Actividad Cubierta; (7) Lesiones por movimientos repetitivos, esguinces, hernia, tendinitis, bursitis, espondilólisis, osteocondritis disecante; (8) Cualquier sanción impuesta por Otro Seguro o Plan Válido y Cobrable por incumplimiento de los procedimientos del plan; (9) Re-lesión o complicaciones de una Lesión ocurrida antes de la Fecha de Entrada en Vigor de la Póliza; (10) Tratamiento dental, excepto en los casos indicados específicamente; (11) Lesión sufrida peleando o riñendo; (12) Lesión sufrida al participar voluntariamente en un disturbio o conmoción civil o insurrección; (13) Medicamentos recetados; (14) Lesiones sufridas al conducir, montar en o sobre, subir o bajar de cualquier vehículo recreativo de dos, tres o cuatro ruedas con motor, moto de nieve o vehículo todo terreno (ATV); (15) Cualquier cargo para el cual los beneficios son pagaderos bajo un Programa de Seguro de Accidentes Catastróficos de la Asociación de Actividades Interescolares del Estado; (16) Lesión sufrida durante la participación en o la práctica de fútbol americano con tackleo interescolar de secundaria o preparatoria, incluyendo el grado 9 si se juega con el grado 10 o superior, incluyendo el viaje, a menos que se haya adquirido una cobertura opcional; (17) Cirugía estética o plástica, excepto cirugía reconstructiva en una parte lesionada del cuerpo; (18) Gastos por tratamientos, servicios o suministros que superen los gastos razonables y habituales; (19) Pérdidas derivadas directa o indirectamente de cualquier liberación química o biológica y/o contaminación resultante de una actividad terrorista; (20) Cualquier pérdida derivada de una actividad terrorista y/o de armas de destrucción masiva no detonantes; (21) Cualquier pérdida derivada directa o indirectamente de cualquier explosión, detonación, liberación y/o contaminación nuclear, ya sea en tiempos de paz o de guerra, y con independencia de cualquier otra causa o acontecimiento que contribuya concurrentemente o en cualquier otra secuencia a la misma.

**PARA LOS RESIDENTES EN GEORGIA, MAINE, MISSISSIPPI Y NEBRASKA SE APLICAN ESTAS EXCLUSIONES ADICIONALES:** (22) Lesión autoinfligida intencionalmente; (23) Lesión recibida al violar o intentar violar cualquier ley debidamente promulgada; (24) Lesión causada por o contribuida por el agravamiento o nueva lesión de una condición preexistente; (25) Hernia, cualquier tipo; (26) Pérdida resultante de estar legalmente intoxicado o bajo la influencia del alcohol según lo definido por las leyes del estado en el que se produce la lesión; (27) Pérdida resultante del uso de cualquier droga o agente clasificado como narcótico, psicóptico, psicodélico, alucinógeno, o que tenga una clasificación o efecto similar, a menos que sea prescrito por un médico; (28) Tratamiento de enfermedades, dolencias o infecciones, excepto infecciones que resulten de una Lesión accidental o infecciones que resulten de la ingestión accidental, involuntaria o no intencionada de una sustancia contaminada.

**PARA LOS RESIDENTES DE VERMONT SE APLICAN ESTAS EXCLUSIONES ADICIONALES:** (22) Lesiones autoinfligidas intencionadamente mientras se está cuerdo; (23) Lesiones recibidas al violar o intentar violar cualquier ley debidamente promulgada; (24) Tratamiento de enfermedades, dolencias o infecciones, excepto infecciones piógenas o infecciones bacterianas que resulten de un corte abierto accidental o de la ingestión accidental de sustancias contaminadas; (25) Lesiones causadas por o a las que contribuya el agravamiento o nueva lesión de una enfermedad preexistente; (26) Hernia, de cualquier tipo, excepto para tratamiento médicamente necesario.

**PARA LOS RESIDENTES DE ILLINOIS SE APLICAN ESTAS EXCLUSIONES ADICIONALES:** (22) Lesión autoinfligida intencionadamente; (23) Lesión causada por el agravamiento o nueva lesión de una enfermedad preexistente; (24) Hernia de cualquier tipo, excepto si es consecuencia directa de una lesión accidental cubierta por la póliza; (25) Pérdida resultante de estar legalmente intoxicado o bajo los efectos del alcohol, tal y como se define en las leyes del estado en el que se produce la lesión; (26) Pérdida resultante del uso de cualquier droga o agente clasificado como narcótico, psicóptico, psicodélico, alucinógeno, o que tenga una clasificación o efecto similar, a menos que sea prescrito por un médico; (27) Tratamiento de enfermedades o infecciones, excepto infecciones que resulten de una Lesión accidental o infecciones que resulten de la ingestión accidental, involuntaria o no intencionada de una sustancia contaminada.

Para presentar un reclamo: repórtele los accidentes al funcionario escolar. Se proporcionarán formularios simplificados a través de la oficina del director (durante las vacaciones, comuníquese con los administradores del plan). El Administrador del Plan debe recibir una prueba completa de las pérdidas y facturas acumuladas a más tardar en 90 días.

El seguro Blanket contra Accidentes se emite según la serie de formularios de póliza GP-2030, GP-2020 o GP-1200 por Guarantee Trust Life Insurance Company, Glenview, IL. La póliza tiene exclusiones, limitaciones, reducciones de beneficios y condiciones de elegibilidad y terminación. Sujeto a disponibilidad y variabilidad estatal. La Póliza prevalecerá en caso de conflicto entre la Póliza y este folleto. Para obtener detalles completos de la cobertura, comuníquese con el agente que administra el programa.

**TARIFAS PREMIUM E INSTRUCCIONES DE INSCRIPCIÓN 2026-27**

<b>PAGO ÚNICO DE PRIMA</b>		
<b>OPCIONES</b>	<b>PLAN ESTÁNDAR</b>	<b>PLAN DELUXE</b>
Importe máximo de la prestación, por lesión, hasta	\$25,000	\$50,000
<b>Cobertura De 24 Horas</b> Grados K-12	\$139	\$200
<b>Cobertura De Tiempo Escolar</b> Grados K-12	\$39	\$68
<b>Cobertura Opcional Solo Para Fútbol</b> (sólo temporada 2026) Grados 10-12 (incluyendo grado 9 si juega con grados 10-12) Por Jugador	\$206	\$348
<b>Dental Extendido</b> Grados K-12	\$12	\$12
<b>NO HAY REEMBOLSOS DISPONIBLES</b>		

**Para comprar cobertura, por favor visítenos en línea en:**

**[www.1stagency.com/voluntaryaccidentcoverage](http://www.1stagency.com/voluntaryaccidentcoverage)**

**Siga las instrucciones escogiendo el ESTADO y DISTRITO ESCOLAR.**

**Se aceptan tarjetas de crédito Visa y MasterCard.**