



Los estudiantes pueden sufrir lesiones

Los gastos médicos pueden ser una dificultad financiera ante situaciones imprevistas
Aprobado por su escuela o distrito escolar - Disponible para todos los estudiantes de preescolar a 12.º grado

¿Qué es el seguro estudiantil contra accidentes?

- ◆ Es una cobertura que le proporciona asistencia financiera con sus gastos médicos de bolsillo si su estudiante sufre una lesión corporal accidental.

Tener un seguro estudiantil contra accidentes para su estudiante le resultaría conveniente si:

- ◆ El seguro de salud principal de su familia tiene copagos o un deducible altos
- ◆ Su estudiante no tiene un seguro de salud
- ◆ Su estudiante participa en un deporte interescolar que suele provocar lesiones imprevistas
- ◆ Su estudiante es propenso a sufrir lesiones

Opciones de cobertura disponibles a través de su escuela

- ◆ Cobertura de tiempo escolar
 - ◆ Cobertura de tiempo completo (24 horas)
 - ◆ Cobertura de deportes interescolares
 - ◆ Cobertura de fútbol americano (de 9.º a 12.º grado para la temporada de fútbol americano)
 - ◆ Cobertura dental extendida
- Elija entre dos planes económicos*

La prima se paga una vez por año escolar

Para inscribir a su estudiante y revisar los beneficios médicos

Visite: www.sas-mn.com

o escanee este código QR con su teléfono inteligente para ir a nuestro sitio web



Busque “K-12 Students & Parents” (Padres y estudiantes de preescolar a 12.º grado) en nuestra página de inicio. Dentro de esta división, podrá buscar el distrito escolar de su estudiante. Una vez que lo encuentre, tendrá acceso a la siguiente información:

◆ Adquisición de cobertura

(Administrada en línea o mediante la impresión o el envío por correo del formulario de inscripción y la prima)

◆ Folleto (en inglés y español)

(Detalla los beneficios médicos, las exclusiones y las opciones de cobertura)

◆ Formulario de reclamación

(formulario que debe completarse cuando un estudiante sufre una lesión)

Si tiene preguntas, llame a Student Assurance Services al (800) 328-2739.



Especialistas en seguros estudiantiles contra accidentes desde 1971.

La información anterior es solo una breve descripción del seguro estudiantil contra accidentes de Student Assurance Services. Para obtener más información, incluidos costos, beneficios, fechas de entrada en vigencia, exclusiones y limitaciones, visite www.sas-mn.com. Los estudiantes pueden adquirir la cobertura solo si su distrito escolar es titular de una póliza de la compañía de seguros.

**PLAN
BÁSICO**

De PK a 12.º grado \$95	Cobertura de tiempo completo Y cobertura de TODOS los deportes (NO incluye Cobertura de fútbol americano de 9.º a 12.º grado): Cubre al estudiante las 24 horas del día hasta el comienzo del próximo año escolar. Incluye cobertura en el hogar y la escuela, durante los fines de semana y durante las vacaciones de verano. Cubre la participación en deportes para estudiantes de PK a 12.º grado. NO cubre fútbol americano para los estudiantes de 9.º a 12.º grado.	De PK a 12.º grado \$160
De PK a 8.º grado \$19	Cobertura de tiempo escolar Y cobertura de TODOS los deportes (NO incluye Cobertura de fútbol americano de 9.º a 12.º grado): Cubre al estudiante durante: a) las sesiones escolares normales; b) la participación en actividades extracurriculares patrocinadas y supervisadas por la escuela o la asistencia a estas; c) la práctica o compitiendo en deportes programados por la escuela y mientras el estudiante se encuentre en la supervisión directa de un empleado de la escuela; y d) 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.	De PK a 8.º grado \$34
De 9.º a 12.º grado \$55	NO cubre la participación ni el traslado hacia y desde partidos de fútbol americano para los estudiantes de 9.º a 12.º grado.	De 9.º a 12.º grado \$98
\$125	Cobertura de fútbol americano de 9.º a 12.º grado: Cubre al estudiante durante la práctica o participación en fútbol americano patrocinado y supervisado por la escuela, incluido el traslado en medios de transporte proporcionados por esta.	\$240
De PK a 12.º grado \$9	Cobertura dental extendida de PK a 12.º grado: 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 60 días posteriores a la fecha de la lesión y se debe realizar en el 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, pero 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 y enfermedades dentales ni los gastos que superen el límite máximo del beneficio de prótesis dental.	De PK a 12.º grado \$9

¿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, copagos o coseguro. Nuestra póliza incluye beneficios para los gastos adicionales de su otra cobertura de salud. (Esta cobertura es primaria en MT y NC después del deducible, y en ID, IL)

CÓMO INSCRIBIRSE

1. Seleccione la cobertura deseada entre las opciones detalladas anteriormente. La prima no puede prorratearse. Hay dos opciones de inscripción y pago.
2. Complete el Formulario de inscripción e incluya la prima (cheque pagadero a: STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC. o la información de pago de la tarjeta de crédito). Escriba el nombre del estudiante en el cheque. Devuelva el pago de la prima con la información de inscripción solicitada a Student Assurance Services Inc. P.O. Box 196, Stillwater, MN. 55082. O
3. Complete el formulario de inscripción 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.
4. 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.

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. La Cobertura de deportes interescolares expira en el último día de la temporada autorizada correspondiente al año escolar en curso. Las Coberturas de tiempo escolar y tiempo completo expira el primer día de clases del año siguiente.

CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

1. Notifique a la escuela y obtenga inmediatamente un formulario de reclamación. La escuela completará la Parte A del formulario de reclamación si es una lesión escolar.
2. Los padres completan la Parte B del formulario de reclamación. **Responda todas las preguntas.**
3. Primero, envíe copias de las **facturas pormenorizadas** a la cobertura familiar médica y dental del estudiante, incluso si hay un deducible alto. El otro plan de seguro enviará un informe denominado Explicación de los beneficios (Explanation of Benefits, EOB). Este plan es complementario a toda otra cobertura válida. ¡Primero se debe presentar la reclamación con la otra cobertura! (La cobertura es complementaria en KS, primaria en MT y NC después del deducible, y en ID, IL) Este plan **NO** cubre penalizaciones impuestas por no usar a los proveedores preferidos o designados por la cobertura primaria. (En KS, la penalidad no aplica)
4. Envíe el formulario de reclamación completo, copias de las facturas pormenorizadas del estudiante y la EOB a:
STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC.
PO BOX 196 • STILLWATER, MN 55082
5. No puede tramitar reclamación alguna si no se han proporcionado **todos los documentos anteriormente** mencionados.

NOTA: El estudiante debe haber sido tratado por un médico autorizado para ejercer dentro de los 60 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. La póliza es responsable únicamente por los gastos incurridos dentro de un año. (En NC, las facturas pormenorizadas deben enviarse dentro de los 180 días posteriores a la fecha del tratamiento, el cual no deberá exceder 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 (excepto en ID) 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 y del Certificado de cobertura (donde aplique) en el sitio web www.sas-mn.com.

K-1539



SOBRE DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES

PLANES DE COBERTURA

Primas anuales únicas de la póliza

PLAN BÁSICO **PLAN PREFERENCIAL**

↑ APELLIDO DEL ESTUDIANTE ↑ (una letra en cada casilla)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Escriba en letra de molde

Dirección (Calle)

(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Dirección de correo electrónico

Nombre de la escuela

Nombre del distrito

Edad del estudiante Grado Teléfono

X

GAA-2203Ed.11-16 (Firma del padre, la madre o el tutor legal) (Fecha)

	Cobertura de tiempo completo de PK a 12.º grado Y de TODOS los deportes (excepto la Cobertura de fútbol americano)	☐ \$95	☐ \$160
	Cobertura de tiempo escolar de PK a 8.º grado Y con Cobertura de TODOS los deportes	☐ \$19	☐ \$34
	Cobertura de tiempo escolar de 9.º a 12.º Y cobertura para TODOS los deportes (excepto la cobertura de fútbol americano)	☐ \$55	☐ \$98
	Cobertura de fútbol americano de 9.º a 12.º grado	☐ \$125	☐ \$240
	Cobertura dental extendida PK a 12.º grado	☐ \$9	☐ \$9

NO ENVÍE EFECTIVO

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

K-1539

K-1539

EVIDENCIA DE RECLAMACIÓN

El período de presentación oportuna es de un año y noventa días. No espere para enviar la información, ya que la reclamación podría ser rechazada.

Envíe el formulario completo por correo electrónico, fax o correo postal a:
STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC.
P.O. BOX 196
STILLWATER, MINNESOTA 55082

AVISO: Toda persona que tergiverse o falsifique intencionalmente la información esencial que se solicita en este formulario puede ser condenada a una multa o encarcelamiento.

PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN:

1. Un funcionario de la escuela debe completar y firmar la PARTE A*.
2. El padre, la madre o el tutor del estudiante debe completar la PARTE B.
3. Vea los procedimientos de reclamación importantes en la página 2.

PARTE A: AVISO DE LESIÓN

1. Nombre de la escuela _____ Nombre de distrito escolar _____
Dirección de la escuela _____
(Ciudad) (Estado) (Código postal)
2. Nombre del estudiante _____ Grado _____
3. Fecha de la lesión _____ ☐ a. m. ☐ p. m.
4. Persona a cargo en ese momento _____ ¿La persona fue testigo? _____
5. El accidente ocurrió cuando el asegurado participaba en:

DEPORTES INTERESCOLARES

- ☐ Práctica ☐ Traslado hacia/ desde el deporte
☐ Juego
¿Qué deporte? _____

DEPORTES NO INTERESCOLARES

- ☐ Traslado hacia/desde la escuela ☐ Actividad no escolar
☐ En el salón de clases ☐ Educación física
☐ Otra actividad: _____
☐ En dependencias de la escuela

6. Parte del cuerpo que se lesionó _____ ☐ Izquierda ☐ Derecha
7. Describa en detalle cómo y cuándo ocurrió la lesión _____

Persona que informa _____
(Firma del funcionario de la escuela) (Cargo) Fecha (mm/dd/aaaa)

(*Uno de los padres puede completar la Parte A si se adquirió Cobertura de Tiempo Completo).
INFORMACIÓN IMPORTANTE EN la página 2

PARTE B: DECLARACIÓN DE LOS PADRES

1. Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____
Fecha (mm/dd/aaaa)
N.º de seguro social del estudiante _____ - _____ - _____
Nombre de los padres _____ Relación con el asegurado _____
Dirección postal _____
(Calle, ruta, apartado de correos, dpto. o n.º de lote) (Ciudad) (Estado) (Código postal)
2. Número de teléfono de casa _____
3. Ocupación del padre _____ Empleador _____
Ocupación de la madre _____ Empleador _____
4. ¿Tiene cobertura de seguro? ☐ Sí ☐ No ¿El estudiante está cubierto por su plan de seguro? ☐ Sí ☐ No
Nombre de la compañía de seguro _____
☐ Grupal ☐ Individual ☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Tricare ☐ Ninguno

Por el presente, autorizo a los médicos, profesionales médicos, hospitales, clínicas, otros centros médicos o relacionados con la medicina, compañías de seguros u otras organizaciones, instituciones o personas que tengan registros o conocimiento de la salud física o mental del reclamante a proporcionar dicha información a STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC. Para facilitar el rápido envío, autorizo a todas las fuentes mencionadas a proporcionar tales registros o conocimiento a los agentes que la compañía de seguros utilice para reunir y transmitir dicha información. Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que el documento original. Esta autorización vencerá un año después de la fecha en que se firme. Al ingresar mi nombre abajo, expreso mi intención de firmar este formulario de reclamación y garantizo que toda la información proporcionada es verdadera, completa y precisa.

Fecha (mm/dd/aaaa) _____ (Nombre del estudiante/paciente en letra de imprenta) _____ (Firma del padre, madre o tutor) _____

PARA PADRES O TUTORES:

PASOS A SEGUIR PARA PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN:

1. Solo es necesario presentar un formulario de reclamación completo de Student Assurance Services, Inc. (SAS) por cada accidente. Los estudiantes deben ser atendidos por un médico autorizado o en un centro autorizado dentro del plazo establecido en la póliza.
2. El formulario de reclamación y el resumen de beneficios se encuentran disponibles en el sitio web de SAS: www.sas-mn.com. No obstante, el uso de este formulario no garantiza beneficios ni confirma la cobertura dentro del plan. Los beneficios y la elegibilidad se evaluarán cuando se presente la reclamación, sujetos a todos los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones del plan.
3. Un funcionario de la escuela **debe** completar la Parte A del formulario de reclamación para todos los accidentes relacionados con la escuela. El padre, la madre o el tutor debe completar la Parte B: Declaración de los padres, del formulario de reclamación. Se deben responder todas las preguntas del formulario de reclamación. Si el accidente no tiene relación con la escuela; el padre, la madre o el tutor **puede** completar la Parte A y la Parte B.
4. Junto con el formulario de reclamación completo, envíe copias de las **facturas pormenorizadas** del estudiante. **Los estados de cuenta de saldos adeudados no se pueden procesar.** Las facturas pormenorizadas, a menudo denominadas UB-04 o CMS-1500, deben incluir la dirección, la fecha del servicio, el código del procedimiento, el código del diagnóstico, el número de identificación fiscal federal y el número de identificación nacional de proveedor (national provider identifier, NPI) del médico o centro tratante. **Este plan tiene una fecha límite de presentación oportuna; no espere para enviar la información.**

Nota: Se puede entregar una copia del formulario de reclamación al médico o centro tratante. El proveedor puede enviar las facturas pormenorizadas UB-04 o CMS-1500 directamente a SAS en nombre del estudiante. Sin embargo, NO se debe depender del proveedor para enviar el formulario de reclamación o las facturas pormenorizadas a SAS. Proporcionar esta información es responsabilidad del padre, la madre o tutor.
5. **Primero envíe copia de las facturas pormenorizadas a la compañía del seguro grupal o familiar primario del estudiante,** aunque dicho plan de seguros tenga un deducible o copago alto. Este plan paga en segundo lugar o de forma complementaria a otras coberturas válidas (no aplica a planes primarios de SAS). Este plan no cubre penalizaciones impuestas por no usar a los proveedores preferidos o designados por el plan de seguro primario. El otro plan de seguro proporcionará una explicación de beneficios (explanation of benefits, EOB); en donde detallará el pago, la cancelación, el deducible, el copago y el coseguro.
6. Envíe el formulario de reclamación completo, las facturas pormenorizadas del estudiante y las EOB de otros seguros por correo postal, fax o correo electrónico a:

STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC.
P.O. BOX 196
STILLWATER, MN 55082-0196
Fax: (651) 439-0200
Correo electrónico: claims@sas-mn.com
Número de teléfono: 1-800-328-2739

NO PUEDE TRAMITARSE RECLAMACIÓN ALGUNA SI NO SE PROPORCIONAN A SAS TODOS LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

1. Formulario de reclamación completo
2. Facturas pormenorizadas (UB-04 o CMS-1500)
3. Explicación de beneficios (EOB) del plan de seguro primario
4. **PARA RECLAMACIONES DE COBERTURA DENTAL:** formulario de facturación pormenorizada estándar de American Dental Association

PARA VER DETALLES ESPECÍFICOS, CONSULTE LA PÓLIZA BASE EMITIDA PARA LA ESCUELA O DISTRITO ESCOLAR.