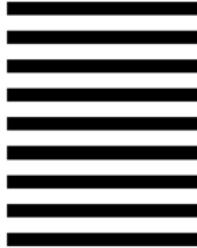




NO POSTAGE  
NECESSARY  
IF MAILED  
IN THE  
UNITED STATES

**BUSINESS REPLY MAIL**  
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO 4670 DALLAS, TEXAS

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE



UNITEDHEALTHCARE **STUDENTRESOURCES**  
**PO BOX 809066**  
**DALLAS TX 75380-9066**



**Los niños siempre  
serán niños.**



Inscríbese en línea en minutos en

[k12StudentInsurance.com](http://k12StudentInsurance.com)

Se aceptan pagos mediante tarjeta de crédito o transferencia electrónica de fondos (eCheck).





## **Proteja a su hijo con el Seguro contra Accidentes para Estudiantes o con el de Salud**

### **Los niños siempre serán niños.**

La escuela no es un deporte para espectadores. Desde los saltos y los brincos hasta los bloqueos y tacleos, nuestro compromiso de proteger a los niños comienza desde el kindergarten.

### **¡Para eso estamos aquí!**

**Es posible que las Condiciones Diagnosticadas, Tratadas o para las que se Recomienda Tratamiento dentro de los 12 meses anteriores a la fecha de vigencia del asegurado bajo la póliza no sean cubiertas de inmediato.**

Lea su certificado cuidadosamente  
Seguro No Renovable de Un Año

Suscripto por:  
United HealthCare Insurance Company

Servicios prestados por: UnitedHealthcare **StudentResources**  
800-237-0903

Inscripción en Línea: Planes  
contra Accidentes y de Salud  
Garantizados

- La cobertura puede contratarse en cualquier momento durante todo el año. Recuerde visitar nuestro sitio de Internet para inscribirse más rápido.
- Se aceptan cheques, giros postales o tarjetas de crédito.

**NO ENVIE DINERO EN EFECTIVO**

Rápido, Preciso, Seguro... Disponible Ahora:

INSCRIPCIÓN en línea

[www.k12StudentInsurance.com](http://www.k12StudentInsurance.com)

**UnitedHealthcare**  
A UnitedHealth Group Company

## Revise Sus Beneficios:

Cualquier servicio o suministro que no haya sido específicamente descrito, no está cubierto. Los Cargos Usuales y Habituales se basan en el 75° percentil. **máx=máximo**  
**COBERTURA SOLO PARA EL PLAN DE SALUD PARA ESTUDIANTES.** La Póliza proporciona beneficios para pérdidas debido a una Enfermedad o Lesión cubierta hasta el Beneficio Máximo de \$50,000 como se especifica a continuación para cada Lesión o Enfermedad después del Deducible de \$50. **COBERTURA SOLO PARA ACCIDENTES:** La Póliza proporciona beneficios por pérdidas a causa de una Lesión cubierta hasta el Beneficio Máximo de \$25,000 por cada Lesión. Siempre y cuando el tratamiento proporcionado por un Médico calificado y con licencia, comience dentro de un plazo de 60 días a partir de la fecha de la Lesión, se pagarán los beneficios para los Gastos Médicos Cubiertos incurridos dentro de un plazo de 52 semanas a partir de la fecha de la Lesión hasta el Beneficio Máximo por servicio, tal como se muestra a continuación.

## Los Beneficios Máximos se Pagan Tal Como se Especifica a Continuación

Compare y Elija	Opción Baja: Sólo para Accidentes	Opción Media: Sólo para Accidentes	Opción Alta: Sólo para Accidentes	Plan de Salud para Estudiantes
<b>BENEFICIO MAXIMO</b>	\$25,000 (Por cada Lesión)	\$25,000 (Por cada Lesión)	\$25,000 (Por cada Lesión)	\$50,000 (Por cada Lesión o Enfermedad)
Deducible	\$0	\$0	\$0	\$50 (Por Año de Póliza)
Alimentos y Alojamiento	Tarifa por habitación semiprivada / \$150 por día	80% de los Cargos Usuales y Habituales / Tarifa por cuarto semiprivado	80% de los U&C / Tarifa por cuarto semiprivado	\$700 total máx. por día
Cargos Hospitalarios Varios	\$100 por día	\$1,200 por día	80% de los U&C	Incluido bajo Alimentos y Alojamiento
Enfermera Titulada	75% de los U&C	100% de los U&C	80% de los U&C	100% de los U&C
Visita al Médico	\$40 el primer día / \$25 cada día posterior	\$60 el primer día / \$40 cada día posterior	80% de los U&C	\$50 el primer día / \$30 cada día posterior
(Los beneficios se limitan a una visita por día y no se aplican cuando están relacionados con una cirugía)				
Exámenes Previos a la Admisión	Pagado bajo Cargos Hospitalarios Varios	Pagado bajo Cargos Hospitalarios Varios	Pagado bajo Cargos Hospitalarios Varios	Incluido bajo Alimentos y Alojamiento / Cargos Hospitalarios Varios
(Pagaderos dentro de los 3 días hábiles previos a la admisión)				
Cargos Varios por Cirugía Ambulatoria	Máx. de \$1,000	\$1,200 por día	80% de los U&C / máx. de \$5,000	Máx. de \$700

## PACIENTES HOSPITALIZADOS

(Los Cargos Usuales y Habituales se basan en el Índice de Cargos del Establecimiento Quirúrgico Ambulatorio)

Visitas al Médico (Los Beneficios se limitan a una visita por día y no se aplican cuando está relacionada con una cirugía o con fisioterapia)	\$25 por día	\$60 el primer día / \$40 cada día posterior	80% de los U&C / \$50 diarios	\$35 por el primer día / \$25 cada día posterior / máx. de 5 días (Las visitas al consultorio por exámenes médicos están cubiertas hasta \$50 por Año de Póliza)
Fisioterapia	\$10 por día / máx. de 5 días	\$60 el primer día / \$40 cada día posterior / máx. de 5 días	80% de los U&C / \$50 diarios / máximo de 15 días	Incluido bajo Visitas al Médico

(Los beneficios se limitan a una visita por día)

Emergencia Médica	Máx. de \$100	Máx. de \$300	80% de los U&C	Máx. de \$100
(Uso de sala y suministros; el tratamiento se debe brindar dentro de un plazo de 72 horas desde la fecha de la Lesión o de los primeros indicios de la Enfermedad)				
Radiografías	Máx. de \$200	Máx. de \$600	80% de los U&C	Máx. de \$100
Tomografía Computarizada (CAT Scan) / Resonancia Magnética Nuclear (MRI)	Máx. de \$300	Máx. de \$600	80% de los U&C / máx. de \$1,200	Incluido bajo Radiografías
Laboratorio	Máx. de \$50	Máx. de \$300	80% de los U&C / máx. de \$600	Máx. de \$100
Medicamentos de Venta con Receta	Máx. de \$75	Máx. de \$200	80% de los U&C	Sin Beneficios
Inyecciones	Sin Beneficios	Sin Beneficios	Sin Beneficios	Sin Beneficios
Suportes y Aparatos Ortopédicos	Máx. de \$75	Máx. de \$140	80% de los U&C	Máx. de \$100
Cirugía	Máx. de \$1,000	Máx. de \$1,200	80% de los U&C / máx. de \$5,000	\$100 por coeficiente quirúrgico / máx. de \$2,500

(Cirugía Especificada basada en los datos proporcionados por Ingenix, Inc) (No se pagará más de un procedimiento a través de la misma incisión)

Anestesiista	El 20% de la Asignación para Cirugía	El 25% de la Asignación para Cirugía	El 30% de la Asignación para Cirugía	El 25% de la Asignación para Cirugía
Cirujano Asistente	El 20% de la Asignación para Cirugía	El 25% de la Asignación para Cirugía	El 30% de la Asignación para Cirugía	Sin Beneficios
Ambulancia	Máx. de \$100	Máx. de \$800	80% de los U&C	Máx. de \$250
Consultor	Máx. de \$100	Máx. de \$400	80% de los U&C	Sin Beneficios
Dental	\$200 por diente	\$500 por diente	80% de los U&C	\$200 por diente
(Los Beneficios sólo se pagan por Lesiones en dientes naturales sanos)				
Reemplazo de Anteojos,	Máx. de \$200	Máx. de \$300	Máx. de \$600	Sin Beneficios
Lentes de Contacto o Dispositivos para Aumentar la Audición que estén rotos como resultado de una Lesión Cubierta				
Maternidad / Complicaciones del Embarazo	Sin Beneficios	Sin Beneficios	Sin Beneficios	Pagada como cualquier otra Enfermedad

Los beneficios se proporcionan según lo exigido por el estado de Carolina del Norte, para los Beneficios por Servicios de Emergencia, y también bajo el Plan de Salud para Estudiantes, para los Beneficios por Trastorno de la Articulación Temporomandibular, Beneficios por Pruebas de Detección de Cáncer Cervical, Beneficios por Mamografía, Beneficios por Métodos de Vigilancia para Mujeres en Riesgo de Desarrollar Cáncer de Ovarios, Beneficios por Exámenes del Antígeno Prostático Específico (PSA, por sus siglas en inglés), Beneficios por Cirugía Reconstructiva después de una Mastectomía, Beneficios por Diabetes, Beneficios por Anestesia y Hospitalización para la realización de Procedimientos Dentales, Beneficios por Anticonceptivos de Venta con Receta Médica y Beneficios por Examen de Audición para Recién Nacidos. Los detalles de estos beneficios se pueden encontrar en la Póliza Maestra, en los expedientes en el Distrito Escolar.

## PACIENTES AMBULATORIOS

## PACIENTES AMBULATORIOS O PACIENTES HOSPITALIZADOS

## Elija su Plan de Cobertura:

*Un Único Pago por Cobertura para Accidentes*

### Accidentes las 24 Horas (Estudiantes y Empleados)

- Las 24 horas, en todo el mundo, hasta un año después de la fecha de inicio del ciclo escolar.
- Antes, durante y después de la escuela.
- Los fines de semana, las vacaciones y el verano, incluyendo la escuela de verano.
- Deportes extracurriculares y patrocinados por la escuela, excluyendo el fútbol americano de la escuela secundaria.

	Con Odontología Extendida	Sin Odontología Extendida
Opción Baja	\$ 52.00	\$ 45.00
Opción Media	\$ 82.00	\$ 75.00
Opción Alta	\$ 157.00	\$ 150.00

### Accidentes las 24 Horas (Cobertura Sólo en Verano)

	Con Odontología Extendida	Sin Odontología Extendida
Opción Baja	\$ 18.00	\$ 11.00
Opción Media	\$ 26.00	\$ 19.00
Opción Alta	\$ 44.00	\$ 37.00

### Accidente En la Escuela (Estudiantes y Empleados)

- Durante el periodo escolar regular, en el establecimiento educacional mientras la escuela esté en clases.
- Viaje directo o ininterrumpido hacia y desde el hogar y las clases programadas.
- Deportes supervisados y patrocinados por la escuela, excluyendo el fútbol americano de la escuela secundaria.
- Traslado hacia y desde eventos deportivos patrocinados y supervisados por la escuela, en un vehículo proporcionado por la escuela.

	Con Odontología Extendida	Sin Odontología Extendida
Opción Baja	\$ 16.00	\$ 9.00
Opción Media	\$ 22.00	\$ 15.00
Opción Alta	\$ 32.00	\$ 25.00

### Odontología Extendida (Sólo para Accidentes)

- Cobertura complementaria extendida para estudiantes, con Cobertura En la Escuela, las 24 Horas o para Fútbol americano, Limitada a las fechas de vigencia de la póliza de la Persona Cubierta y a la opción de cobertura sólo para accidentes seleccionada.
- Gastos usuales y habituales para exámenes, radiografías, endodoncia y cirugía bucal hasta un máximo de \$10,000.
- Gastos dentales que se acumulan para llegar al costo de un puente, una dentadura o el reemplazo de reparaciones dentales previas, con un límite máximo de \$250.

### Fútbol americano (Sólo para Accidentes en los Grados 10 a 12)

- Juegos o prácticas de fútbol americano en la escuela secundaria programados regularmente.
- Se requiere una prima adicional para el fútbol americano interescolar en la escuela secundaria.
- Cualquier estudiante de noveno grado que juegue con un equipo de la escuela preparatoria debe adquirir una cobertura para fútbol americano en la escuela preparatoria.
- Para obtener instrucciones para la afiliación, consulte con su Departamento de Atletismo.

	Con Odontología Extendida	Sin Odontología Extendida
Opción Baja	\$ 92.00	\$ 85.00
Opción Media	\$ 157.00	\$ 150.00
Opción Alta	\$ 222.00	\$ 215.00

**Sólo Tarifas en Primavera** (Para jugadores nuevos que participan en los entrenamientos de primavera y aún no están asegurados según la Cobertura para Fútbol Americano).

	Con Odontología Extendida	Sin Odontología Extendida
Opción Baja	\$ 41.00	\$ 34.00
Opción Media	\$ 67.00	\$ 60.00
Opción Alta	\$ 93.00	\$ 86.00

Plan de Salud para Estudiantes (Sólo para estudiantes de entre 5 y 18 años)

- \$98 cada dos meses
- Cubre enfermedades y accidentes que sucedan en cualquier momento, las 24 horas del día, siempre que el estudiante esté asegurado bajo este plan (se excluyen los deportes interescolares).
- Los beneficios son pagaderos de acuerdo con el plan de beneficios hasta \$50,000 después de que se haya cumplido el deducible de \$50 por año de póliza.



Respaldado por NCHSAA

**Tarjeta de Seguro del Estudiante**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_

Si se ha pagado la prima, el estudiante cuyo nombre aparece más arriba ha sido asegurado bajo una Póliza emitida a:

Distrito Escolar: \_\_\_\_\_

Planes de Cobertura Sólo para Accidentes:  LAS 24 HORAS  LAS 24 HORAS (Cobertura Sólo en Verano)  EN LA ESCUELA  FÚTBOL AMERICANO  FÚTBOL AMERICANO (Sólo en Primavera)  ODONTOLOGÍA EXTENDIDA

Cobertura del Plan de Salud:  LESIÓN Y ENFERMEDAD

Pagada con el Cheque N° \_\_\_\_\_ Cantidad Pagada: \_\_\_\_\_ Fecha de Pago: \_\_\_\_\_

Suscripto por: United HealthCare Insurance Company  
Preguntas Sobre Reclamos: UnitedHealthcare StudentResources  
P.O. Box 809027 o Dallas, TX 75380-9027 o 866-313-4512



## ¿Existe un plan de salud asequible para sus hijos?

Muchos padres sin cobertura se preocupan sobre cómo proteger a sus hijos en caso de una enfermedad o lesión. Hemos diseñado nuestro plan de salud para niños a fin de que sea asequible. Le recomendamos que considere el plan de seguro de salud de UnitedHealthcare disponible a través de la escuela de su hijo si:

- ha perdido la cobertura proporcionada por su empresa;
- su empresa no ofrece cobertura para dependientes;
- desea tener un seguro adicional vigente para dar mayor protección a sus hijos.

Aspectos destacados del plan:

- los estudiantes de 5 a 18 años son elegibles para inscribirse\*;
- sólo \$98 cada dos meses;
- deducible de \$50 por año de la póliza;
- beneficio limitado de \$50,000 por cada enfermedad o accidente cubiertos.

¿Desea obtener más información?

Revise el folleto del plan adjunto y luego Visite a [www.k12StudentInsurance.com](http://www.k12StudentInsurance.com). Seleccione "Enroll Now" ("Inscríbese Ahora"). El proceso sólo demora unos momentos y el pago se acepta mediante tarjeta de crédito o transferencia electrónica de fondos (eCheck). También puede llamarnos al 888-282-5957 con las preguntas que pueda tener.

08K12222

 **UnitedHealthcare**<sup>®</sup>  
Healing health care. Together.<sup>SM</sup>

Asegurado por United HealthCare Insurance Company.

- \* El plan de salud para estudiantes proporciona beneficios limitados por pérdidas a causa de una lesión o enfermedad cubierta hasta un beneficio máximo de \$50,000 por cada lesión o enfermedad después de alcanzar el deducible de \$50 por año de póliza. Para obtener cobertura bajo el plan de seguro, debe llenar el formulario de inscripción y remitir el pago de la prima requerido. Para obtener una descripción completa de la cobertura, que incluye los costos, los beneficios, las reducciones, las limitaciones y los términos según los cuales la póliza permanecerá en vigor, consulte el folleto del plan adjunto. También encontrará información específica del plan en [www.k12StudentInsurance.com](http://www.k12StudentInsurance.com).

## Exclusiones y Limitaciones de la Póliza para la Cobertura del Plan de Salud

No se pagarán beneficios por: a) pérdida o gasto provocado por, resultante de o al que se haya contribuido mediante: o b) tratamientos, servicios o suministros para, en o relacionados con:

1. Acné, acupuntura, alergia, incluyendo el examen para la detección de alergias.
2. Traslados aéreos, excepto que se trate de un pasajero que abonó su pasaje en un transporte aéreo comercial programado regularmente, viaje en o alrededor de, sentado en o aterrice, descienda en o proveniente de, o que trabaje en o cerca de cualquier motocicleta o vehículo recreativo, que incluyan pero no se limiten a: vehículos motorizados de dos o tres ruedas, vehículos todo terreno de cuatro ruedas (ATV, por sus siglas en inglés); jet ski, motosquí, trineos a motor o vehículos motorizados todo terreno que no requieran licencia como vehículo motorizado.
3. Alcoholismo y Abuso de Drogas
4. Dispositivos artificiales tales como anteojos, lentes de contacto, audífonos o exámenes o recetas producto de éstos; a menos que esté específicamente estipulado en el Plan de Beneficios; tratamiento por defectos y problemas visuales o auditivos, excepto cuando se deban al proceso de una enfermedad.
5. Honorarios del Cirujano Asistente.
6. Enfermedad autista infantil, síndromes de hiperquinesia, terapia socioambiental, incapacidades del aprendizaje, problemas conductuales, problemas entre padres e hijos, trastornos de déficit de atención, incapacidad conceptual, retraso o trastorno del desarrollo o retraso mental.
7. Condiciones congénitas.
8. Cirugía cosmética de cualquier tipo, exceptuando la cirugía reconstructiva como resultado directo de una Lesión cubierta.
9. Tratamiento dental, excepto por las Lesiones accidentales en Dientes Naturales Sanos.
10. Cirugía Electiva o Tratamiento Electivo: Aborto provocado.
11. Inmunizaciones, medicamentos preventivos o vacunas, excepto cuando sean necesarios para el tratamiento de una Lesión cubierta.
12. Servicios o suministros para el tratamiento de una Lesión o Enfermedad Ocupacional que sean pagados de acuerdo con la Ley de Compensación del Seguro Obrero de Carolina del Norte, sólo en la medida que dichos servicios o suministros sean responsabilidad del empleado, la empresa o la compañía aseguradora de compensación del seguro obrero o según una orden de la Comisión de Industria de Carolina del Norte que apruebe un acuerdo de pago de acuerdo con la Ley de Compensación del Seguro Obrero de Carolina del Norte.
13. Trastornos Mentales y Nerviosos.
14. Guerra, declarada o no declarada (se reembolsará una prima prorrateada a pedido por dicho periodo no cubierto, si lo solicita): participación voluntaria en un disturbio o una insurrección civil o mientras es miembro de las Fuerzas Armadas.
15. Trasplantes de órganos, incluida la donación de órganos.
16. Ortodoncia (frenos) por cualquier motivo o daño a o pérdida de aparatos de ortodoncia.
17. Juego o práctica de deportes interescolares.
18. Fármacos y medicamentos con receta que en realidad no se le administran al paciente en un hospital o una consulta médica de un Médico con licencia.
19. Condiciones Preexistentes o agravamiento de una Condición Preexistente.
20. Cuidado rutinario del niño recién nacido, atención de enfermería para el bebé sano y cargos del Médico relacionados.
21. Exámenes físicos rutinarios y otros exámenes rutinarios, exámenes o tratamientos preventivos, evaluaciones o exámenes de detección en ausencia de una Lesión o Enfermedad, excepto según lo específicamente estipulado en la póliza.
22. Esquí, buceo, surf, patinaje o cabalgata en rodeos.
23. Paracaidismo en caída libre, paracaidismo, aladeltismo, vuelo sin motor, vuelo en un ultraliviano, parapente, planeamiento a vela, bungee jumping, correr en trineos, o vuelos en globo aerostático.
24. Suicidio o amenaza de suicidio, ya sea que la persona se encuentre o no en su sano juicio (incluyendo una sobredosis de drogas); Lesiones autoinflingidas intencionalmente, pelea.
25. Suministros, excepto según lo específicamente estipulado en la póliza.
26. Perpetración de un delito grave o intento de perpetrar un asalto o delito grave, o si fue una causa contribuyente para dicho delito el hecho de que las Personas Cubiertas estuvieran comprometidas en una ocupación ilegal.

Servicios prestados por:

Representante Local:

**American Advantage Marketing Group Inc,**  
P.O. Box 505 • Waynesville, NC 28786-0505  
800-232-9601 ó 828-452-5437 • Fax: 828-456-7354  
[ameradvins@bellsouth.net](mailto:ameradvins@bellsouth.net)

UnitedHealthcare **StudentResources**

P.O. Box 809027 • Dallas, TX 75380-9027

866-313-4512

## POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Sabemos que su privacidad es importante para usted y hacemos todos los esfuerzos posibles para proteger la confidencialidad de su información personal no pública. No divulgamos información personal que no sea pública, sobre nuestros clientes o ex clientes a ninguna persona, excepto según lo requerido o permitido por la ley. Creemos que mantenemos las garantías físicas, electrónicas y de procedimientos adecuadas para garantizar la seguridad de su información personal no pública. Puede obtener una copia detallada de nuestras prácticas de privacidad llamándonos al número gratuito (866) 313-4512 o visitándonos en [www.k12studentinsurance.com](http://www.k12studentinsurance.com).

## Exclusiones y Limitaciones de la Póliza para todos los Planes Contra Accidentes

No se pagarán beneficios por: a) pérdida o gasto provocado por, resultante de o al que se haya contribuido mediante: o b) tratamientos, servicios o suministros para, en o relacionados con:

1. Traslados aéreos, excepto que se trate de un pasajero que abonó su pasaje en un transporte aéreo comercial programado regularmente, viaje en o alrededor de, sentado en o aterrice, descienda en o proveniente de, o que trabaje en o cerca de cualquier motocicleta o vehículo recreativo, que incluyan pero no se limiten a: vehículos motorizados de dos o tres ruedas, vehículos todo terreno de cuatro ruedas (ATV, por sus siglas en inglés); jet ski, motosquí, trineos a motor o vehículos motorizados todo terreno que no requieran licencia como vehículo motorizado.
2. Dispositivos artificiales tales como anteojos, lentes de contacto, audífonos o exámenes o recetas a menos que estén específicamente estipulados en el Programa de Beneficios.
3. Cirugía cosmética de cualquier tipo, exceptuando la cirugía reconstructiva como resultado directo de una Lesión cubierta.
4. Tratamiento dental, excepto por las Lesiones accidentales en Dientes Naturales Sanos.
5. Intoxicación o infecciones bacterianas (exceptuando las infecciones que se produzcan a través de una herida abierta visible); quistes o lesiones en la piel, tales como ampollas o furúnculos; tumores, exceso de esfuerzo; desmayos; hernias, independientemente de cómo se produjeron, enfermedades o dolencias de cualquier clase.
6. Inmunizaciones, medicamentos preventivos o vacunas, excepto cuando sean necesarios para el tratamiento de una Lesión cubierta.
7. Lesión causada por, a la que se haya contribuido mediante o producto de adicción a o consumo de alcohol, estupefacientes, alucinógenos, drogas ilegales o medicamentos que no se toman en la dosis o para el propósito que el Médico de la Persona Cubierta recetó.
8. Servicios o suministros para el tratamiento de una Lesión o Enfermedad Ocupacional que sean pagados de acuerdo con la Ley de Compensación del Seguro Obrero de Carolina del Norte, sólo en la medida que dichos servicios o suministros sean responsabilidad del empleado, la empresa o la compañía aseguradora de compensación del seguro obrero o según una orden de la Comisión de Industria de Carolina del Norte que apruebe un acuerdo de pago de acuerdo con la Ley de Compensación del Seguro Obrero de Carolina del Norte.
9. Guerra, declarada o no declarada (se reembolsará una prima prorrateada a pedido por dicho período no cubierto, si lo solicita); participación voluntaria en un disturbio o una insurrección civil o mientras es miembro de las Fuerzas Armadas.
10. Ortodoncia (frenos) por cualquier motivo o daño a o pérdida de aparatos de ortodoncia.
11. Juego o práctica de fútbol americano interescolar en la escuela secundaria, excepto cuando se pague una prima adicional específica.
12. Condiciones Preexistentes o agravamiento de una Condición Preexistente.
13. Exámenes físicos rutinarios y otros exámenes rutinarios, exámenes o tratamientos preventivos, exámenes o evaluaciones de detección en ausencia de una Lesión.
14. Esquí, buceo, surf, patinaje o cabalgata en rodeos.
15. Paracaidismos en caída libre, paracaidismo, aladeltismo, vuelo sin motor, vuelo en un ultraliviano, parapente, planeamiento a vela, bungee jumping, correr en trineos, o vuelos en globo aerostático.
16. Suicidio o amenaza de suicidio, ya sea que la persona se encuentre o no en su sano juicio (incluyendo una sobredosis de drogas); Lesiones autoinflingidas intencionalmente, pelea.
17. Suministros, excepto según lo específicamente estipulado en la póliza.
18. Perpetración de un delito grave o intento de perpetrar un asalto o delito grave, o si fue una causa contribuyente para dicho delito el hecho de que las Personas Cubiertas estuvieran comprometidas en una ocupación ilegal.

### Aviso de Revisión Externa

La ley de Carolina del Norte permite la revisión de las decisiones de no certificación por parte de una organización de revisión independiente (IRO, por sus siglas en inglés) externa. Excepto en los casos en que solicita una apelación expedita, se encuentra a su disposición la revisión externa sólo después de que ha finalizado el proceso de apelación y queja formal interno de la Compañía. Usted o un representante autorizado deben presentar una solicitud al Departamento de Seguros de Carolina del Norte (NCDOL, North Carolina Department of Insurance) para una revisión externa dentro de 60 días desde la fecha del aviso de no certificación o de la determinación final. El Departamento de Seguros de Carolina del Norte administra este servicio gratuito para usted y coordinará la revisión de su caso por parte de una organización de revisión independiente una vez que el Departamento de Seguros de Carolina del Norte establezca que su solicitud está completa y es elegible para su revisión. Puede solicitar una copia de la descripción completa de las políticas y los procedimientos de Revisión Externa, incluyendo información sobre cuándo se encuentra disponible una revisión externa expedita en nuestro Departamento de Servicio al Cliente en nuestro número gratuito, 1-800-767-0700. El Departamento de Seguros de Carolina del Norte también se encuentra a su disposición para ayudarlo a comprender las políticas y los procedimientos de revisión externa y su derecho a solicitar una Revisión Externa de acuerdo con la ley de Carolina del Norte. Para solicitar una Revisión Externa o si tiene preguntas adicionales sobre su derecho a una Revisión Externa, comuníquese con el Departamento de Seguros de Carolina del Norte en: North Carolina Department of Insurance, 1201 Mail Service Center, Raleigh, NC 27699-9001 • 1-877-885-0231 (gratuito dentro del estado) • 1-919-807-6860 (fuera del estado) • 1-919-807-6865 (fax).

Revisión de la Atención de Salud (Sección para el Consumidor del sitio de Internet del Departamento de Seguros): Si considera que es elegible para una apelación expedita de la Compañía y la solicita, es posible que sea elegible para solicitar una revisión externa expedita del Departamento de Seguros de Carolina del Norte. La revisión externa expedita se encuentra disponible si tiene una afección para la cual se espera que el plazo de conclusión de una apelación expedita con nosotros pondría en serio peligro la vida o la salud, o pondría en peligro su capacidad de recuperar óptimamente una función. Sin embargo, antes de que el Departamento de Seguros de Carolina del Norte acepte su solicitud de revisión externa expedita, también debe haber presentado una solicitud de apelación expedita (incluso si aún no recibe una solicitud por una decisión sobre la apelación).

### Programa de Asistencia de Atención Administrada para el Paciente

El Programa de Asistencia de Atención Administrada para el Paciente (MCPAP, Managed Care Patient Assistance Program) se encuentra a su disposición para ayudarlo con sus problemas y preguntas relacionados con el seguro. Puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Atención Administrada para el Paciente en: Teléfono: (919) 733-6272 ó gratis al (866) 867-6272 • Por escrito: Fax (919) 733-6276 ó en Managed Care Patient Assistance Program • Consumer Protection Division, Office of Attorney General, 9001 Mail Service Center, Raleigh, NC 27699-9001

**Nota:** Este es un breve resumen de los beneficios y no un contrato. Se ha proporcionado al distrito escolar una Póliza Maestra que contiene todas las disposiciones, limitaciones, exclusiones, y calificaciones de los beneficios del seguro. La Póliza Maestra es el contrato y registrará y controlará el pago de los beneficios.

### Elija Cómo Inscribirse:

En línea en [www.k12StudentInsurance.com](http://www.k12StudentInsurance.com) para una inscripción fácil y rápida o:

- Llame y desprenda el formulario de inscripción.
- Haga el cheque o giro postal pagadero a UnitedHealthcare **StudentResources**. **No envíe dinero en efectivo**. La Compañía no se hace responsable por los pagos en efectivo.
- Escriba el nombre de su hijo en el cheque o giro postal.
- Coloque el cheque, giro postal o información de la tarjeta de crédito en el sobre adjunto.
- Envíelo por correo a UnitedHealthcare **StudentResources**, P.O. Box 809066, Dallas TX 75380-9066.
- Su cheque cancelado, su facturación a la tarjeta de crédito o su comprobante de giro postal serán sus únicos recibos y confirmaciones de pago.
- Conserve este folleto para futuras referencias. No se le enviarán pólizas individuales.
- No se enviarán avisos sobre primas para el Plan de Salud para Estudiantes.

### Hechos Sobre la Póliza:

1. **TRASLADO DEL ESTUDIANTE:** En caso de que la Persona Cubierta deba trasladarse antes del vencimiento de la cobertura, la póliza continúa en vigencia en cualquier lugar del mundo.
2. **CANCELACIÓN:** La cobertura de la Póliza no puede cancelarse y, de manera acorde, las primas no pueden ser reembolsadas después de la aceptación por parte de la Compañía. Sin embargo, en el caso de que la Persona Cubierta ingrese al Servicio Militar, se realizará un reembolso prorrateado de la prima.
3. La Póliza Maestra en el archivo del distrito escolar es una póliza no renovable por el término de un año.
4. Ésta es una póliza de beneficios limitados.
5. **INSCRIPCIÓN INICIAL:** La cobertura entra en vigencia en la fecha en la que la Compañía reciba la solicitud y la prima correspondientes.
6. **INSCRIPCIÓN TARDÍA:** No hay reducción de la prima para ninguna persona que se inscriba tardíamente durante el año.
7. **PÓLIZA DE LESIÓN Y ENFERMEDAD PARA ESTUDIANTES (Plan de Salud):** La cobertura termina en la fecha que ocurra lo primero de lo siguiente: 1) el día que la Póliza Maestra se cancele en conformidad con el Distrito Escolar; o, 2) el último día del periodo para el cual se pagó la prima correspondiente.
8. Su cheque cancelado, su facturación a la tarjeta de crédito o su comprobante de giro postal es su único recibo y notificación de cobertura.

### Cómo Presentar un Reclamo:

**NOTA:** Se debe recibir el tratamiento médico de un Médico calificado y con licencia, dentro de un plazo de **60 días** a partir de la fecha del accidente.

1. Obtenga rápidamente un formulario de reclamo de nuestro sitio en Internet o de la oficina de su escuela, o llame a UnitedHealthcare **StudentResources** (866-313-4512). Responda todas las preguntas detalladamente e incluya las firmas para evitar que el reclamo sea devuelto por información incompleta.
2. Adjunte todas las facturas al formulario lleno y envíelo por correo a la compañía de seguros dentro de un plazo de 90 días desde el accidente o del primer tratamiento de la enfermedad.
3. Cualquier factura no presentada junto con el formulario de reclamo debe ser enviada a la compañía, identificada con el nombre del estudiante, el distrito escolar y la fecha del accidente. Las facturas que no puedan adjuntarse al formulario inicial deben ser presentadas dentro de un plazo de 90 días a partir de la fecha del servicio. Las facturas que se presenten después de un año no se considerarán para el pago, excepto en ausencia de capacidad legal.

**Envíe los Reclamos a:** UnitedHealthcare StudentResources  
P.O. Box 809027 o Dallas, TX 75380-9027  
866-313-4512

**Administrado por:** UnitedHealthcare StudentResources  
P.O. Box 809027 o Dallas, TX 75380-9027  
866-313-4512

### DEFINICIONES:

**Lesión** es cualquier lesión corporal que: 1) sea directa e independientemente causada por un contacto accidental específico con otro cuerpo u objeto; 2) no esté relacionada con ningún trastorno patológico, funcional o estructural; 3) sea una fuente de pérdida; y 4) se sustente mientras la Persona Cubierta está cubierta bajo esta Póliza. Todas las lesiones sustentadas en un accidente, incluyendo las condiciones relacionadas y los síntomas recurrentes de dichas lesiones, serán consideradas como una lesión. La lesión no incluye pérdidas que resulten total o parcialmente, directa o indirectamente de una enfermedad o de cualquier otra dolencia corporal.

**Condiciones Preexistentes** son aquellas condiciones por las cuales se recomendó o recibió opinión, diagnóstico, atención o tratamiento médicos dentro del periodo de 12 meses inmediatamente anterior a la Fecha de Vigencia de la Persona Cubierta bajo esta póliza.

**Enfermedad** significa enfermedad de la Persona Cubierta que ocasiona pérdida y que se origina mientras dicha Persona está cubierta bajo esta póliza. Todas las condiciones relacionadas y los síntomas recurrentes de la misma condición o de una similar se considerarán una sola enfermedad.

### Beneficios por Muerte y Desmembramiento Accidental (Sólo para Cobertura de Accidentes).

Una cantidad, la mayor, debe ser pagadera en la opción de la Persona Cubierta dentro de un plazo de **180 días** a partir de la fecha del accidente, en vez de otros beneficios de la Póliza.

Muerte Accidental	\$10,000
<b>Pérdida Accidental de:</b>	
Ambas Manos, Ambos Pies o la Vista en Ambos Ojos	\$10,000
Una Mano y Un Pie	\$10,000
Una Mano o Un Pie y la Vista en Un Ojo	\$10,000
Una Mano o Un Pie o la Vista en Un Ojo	\$5,000
El Dedo Pulgar y el Dedo Índice Completos de Cualquiera de las Manos	\$ 500

