RFP 21-031-VF

REQUEST FOR PROPOSALS

STUDENT AND ATHLETIC ACCIDENT INSURANCE

Attachment 3 - Brochures

English Version – Accident Program

English Version – Athletic Program

English Version – Charter School Accident Program

English Version – Charter School Athletic Program

Spanish Version – Accident Program

Spanish Version – Athletic Program

Spanish Version – Charter School Accident Program

Spanish Version – Charter School Athletic Program

Voluntary Student Accident Insurance

MIAMI DADE COUNTY

PUBLIC VOLUNTARY

Plan Administrator:

HSR
Health Special Risk, Inc.

Health Special Risk, Inc.
HSR Plaza II
4100 Medical Parkway, Suite 200
Carrollton, TX 75007 - 1517
Phone: 866.409.5733, Ext. 5660
Fax: 972.512.5819
www.healthspecialrisk.com

Offered Through:

ifs

Insurance for Students, Inc.
1690 South Congress Ave, Suite 101
Delray, FL 33445
Phone: 954.771.5883
Toll-free: 800.356.1235
Fax: 954.772.0872
ifs@insuranceforstudents.com

Underwritten By:

STARR
INSURANCE COMPANIES

Starr Indemnity & Liability Company
New York, NY 10022

Policy Number: BAP 273187

HSR is an independent licensed insurance agency and is authorized to sell this student accident insurance on behalf of Starr Companies.
Coverage underwritten by: Starr Indemnity & Liability Co., Dallas, TX

2021-2022

MIAMI DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS

K-12 Voluntary Student Accident Insurance Coverage

Coverage underwritten by: Starr Indemnity & Liability Company;
399 Park Avenue, 8th Floor, New York, NY 10022

This is only a brief description of the coverage(s) available under Policy Number BAP 273187. The policy will contain reductions, limitations, exclusions, and termination provisions. Full details of the coverage are contained in the policy. If there are any conflicts of discrepancies between this document and the policy or if any point is not covered in this document, the terms and conditions of the policy shall govern. Capitalized terms not defined herein are defined in the policy.

ELIGIBILITY:

All registered students grades PreK-12 of a participating school/district.

COVERAGE OPTIONS

24-HOUR COVERAGE: Benefits will be paid for injuries sustained 24-hours a day, 365 days a year; during School breaks, summer School and summer vacation. No coverage is provided while participating in the practice or play of High School Interscholastic Football.

AT SCHOOL COVERAGE: Benefits will be paid for injuries sustained: (a) during the regular School term; (b) on School premises during the hours when School is in session; (c) on School premises during the hours when School is not in session if participating in or attending any School sponsored event or activity; (d) away from School premises while participating in or attending any School sponsored event/activity (to include one day field trips); (e) traveling directly to or from the Insured's residence and the School premises on days when the Insured has regularly scheduled classes; if travel is by any mode of transportation other than School bus, covered travel time is one hour before the first class and one hour after the Insured is dismissed; and (e) traveling to, during or after a covered event/activity as a member of a group in transportation furnished or arranged by the Policyholder School/district. No coverage is provided while participating in the practice or play of High School Interscholastic Football.

COVERAGE PERIOD – Coverage under the At School and 24-Hour programs begins on the date of premium receipt but not before the start of the school year activities. At School Coverage ends at the close of the regular nine-month school term, except for events sponsored and supervised by the school during the summer. 24-Hour Coverage ends when school reopens for the following fall term. Coverage is available under both plans throughout the school year at the premiums quoted **(no pro rata premiums available).**

BENEFITS

ACCIDENT MEDICAL EXPENSE: When a covered injury to an Insured results in treatment by a physician or surgeon beginning within 60 days of the date of the accident; we will pay benefits as shown in the **Schedule of Benefits**, in excess of the Medical Deductible, if any. Only eligible medical expenses incurred by the Insured within 104 weeks from the date of the accident are covered. Benefits for any one accident shall not exceed the maximum Medical Benefit of $25,000 ($5,000 for Motor Vehicle Accidents, other than 2 or 3 wheeled). We will pay the Medical Expenses an Insured incurs for covered services that exceed amounts payable by any Other Insurance Plan, subject to the Deductible, Benefit Percentage, and Benefit Period.

ACCIDENTAL DEATH AND DISMEMBERMENT: If injury to the Insured in any of the Covered Losses shown below, within 180 days from the date of Injury, the Company will pay the amount indicated below for that Loss. If multiple losses occur, only one Benefit, the largest will be paid for all Losses due to the same Covered Accident.

Loss of Life	$1,500.00
Loss of both hands, both feet, sight in both eyes, speech and hearing	$7,500.00
Loss of one hand, one foot, sight in one eye, speech or hearing	$1,000.00
Loss of Thumb and Index Finger of the Same Hand	$500.00

DEFINITIONS

Usual and Customary Charges means the average amount charged by most providers for treatment, service or supplies in the geographic area where the treatment service or supply is provided.

Injury means bodily injury to a Covered Person that is the direct result, independent of all other causes, of a Covered Accident occurring while the Policy is in force as to the person whose injury is the basis of the claim.

Hospital means an institution that; 1) operates as a Hospital pursuant to law for the care, treatment and providing in-patient services for sick or injured persons; 2) provides 24-hour nursing service by registered nurses on duty or call; 3) has a staff of one or more licensed physicians available at all times; 4) provides organized facilities for diagnosis, treatment and surgery, either a) on its premises; or b) in facilities available to it, on a pre-arranged basis; 5) is not primarily a nursing care facility, rest home, convalescent home or similar establishment, or any separate ward, wing or section of a Hospital used as such; and 6) is not a place for drug addicts, alcoholics or the aged.

We will not deny a claim for services solely because the Hospital lacks major surgical facilities and is primarily of a rehabilitative nature, if such rehabilitation is specifically for the treatment of a physical disability, and the Hospital is accredited by any one of the following: 1) the Joint Commission of Accreditation of Hospitals; or 2) the American Osteopathic Association; or 3) the Commission on the Accreditation of Rehabilitative Facilities.

EXCLUSIONS AND LIMITATIONS

This Policy does not cover any loss resulting in whole or part from, or contributed to by, or as a natural or probable consequence of, any of the following even if the immediate cause of the loss is an accidental bodily injury: Suicide, self-destruction, attempted self-destruction or intentional self-inflicted injury while sane or insane; War or any act of war, declared or undeclared; Sickness, disease or any bacterial infection, except one that results from an accidental cut or wound or pyogenic infections that result from accidental ingestion of contaminated substances; Voluntarily taking any drug or narcotic unless the drug or narcotic is prescribed by a Physician; Covered Expenses for which the Covered Person would not be responsible in the absence of this Policy; Injuries paid under workers' compensation, employer's liability laws or similar occupational benefits or while engaging in activity for monetary gain from sources other than the Policyholder; Injury caused by, contributed to or resulting from the Covered Person's use of alcohol, illegal drugs or medicines that are not taken in the dosage or for the purpose as prescribed by the Covered Person's Physician; Service or active duty in the armed forces, National Guard, military, naval or air service or organized reserve corps of any country or international organization; Services or treatment rendered by a Physician, nurse or any other person who is employed or retained by the Policyholder; or an Immediate Family member of the Covered Person; Treatment of a hernia, Osgood-Schlatter's disease, osteochondritis, appendicitis, osteomyelitis, cardiac disease or conditions, pathological fractures, congenital weakness, whether or not caused by a Covered Accident; Damage to or loss of dentures or bridges or damage to existing orthodontic equipment, except as specifically provided in this Policy; Eyeglasses, contact lenses, hearing aids; Travel or flight in or on any vehicle for aerial navigation, including boarding or alighting from: While riding as a passenger in any aircraft not intended or licensed for the transportation of passengers.

The following will not be considered Covered Expenses unless coverage is specifically provided in the Schedule of Benefits:
1) Blood, blood plasma, or blood storage, except expenses by a Hospital for processing or administration of blood; 2) Cosmetic surgery, except for reconstructive surgery needed as the result of a Covered Loss; 3) Any elective or routine treatment, surgery, health treatment, or examination, including any service, treatment of supplies that: (a) are experimental or investigational; and (b) are not recognized and generally accepted medical practice in the United States 4). Examination or prescriptions for, or purchase, repair or replacement of, eyeglasses, contact lenses, hearing aids, wheelchairs, braces, appliances, orthopedic braces, or orthotic devices; 5) Treatment in any Veteran's Administration, Federal, or state facility, unless there is a legal obligation to pay; 6) Services or treatment provided by persons who do not normally charge for their services, unless there is a legal obligation to pay; 7) Rest cures or custodial care; 8) Repair or replacement of existing dentures, partial dentures, braces or bridgework; 9)Personal services such as television and telephone or transportation; 10)Orthopedic appliances used mainly to protect an Injury so that the Covered Person can take part in interscholastic and club sports; 11) Expenses payable by any automobile insurance policy without regard to fault; 12) Treatment of injuries that result over a period of time (such as blisters, tennis elbow, etc.), and that are a normal, foreseeable result of participation in the Covered Activity; 13) Repair or replacement of existing artificial limbs, eyes and larynx; 14) Charges for any article of clothing intended for use more than once; 15)Pre-Existing Conditions, as defined herein; 16) pregnancy, childbirth, miscarriage, abortion or any complications of any of these condition unless required as a result of a Covered Accident; 17) expense incurred for treatment of temporomandibular or craniomandibular joint dysfunction and associated myofacial pain; 18) Injury or death to which a contributing cause is the Covered Person's violation or attempt to violate any duly-enacted law or the commission or attempt to commit an assault or a felony; 19) eyeglasses, contact lenses, hearing aids, wheelchairs, braces, appliances, examinations or prescriptions for them or repair or replacement of existing artificial limbs, orthopedic braces or orthotic devices; 20) treatment or service provided by a private duty nurse; 21) eye refractions or eye examinations for the purpose of prescribing corrective lenses or for the fitting thereof, unless caused by an Injury incurred while covered under the Policy; 22) Shots/Injections; 23) Mental and Nervous Disorders; 24) travel in or upon any off-road motorized vehicle not requiring licensing as a motor vehicle in the jurisdiction where operated; 25) injuries associated with activities or travel outside the United States.

RETAIN THIS DESCRIPTION FOR YOUR RECORDS. Retain this student accident insurance flyer, and your canceled check or money order receipt as your record of coverage. This flyer has been designed to illustrate the highlights of this insurance. All student accident insurance information is subject to the provisions of Policy Form AH-20001-FL.

STUDENT ACCIDENT INSURANCE SCHEDULE OF BENEFITS

INPATIENT:	BASIC PLAN
Room & Board	100% of Usual & Customary Charges up to $1,000 per day
Hospital Miscellaneous	100% of Usual & Customary Charges up to AME Limit
Registered Nurse	100% of Usual & Customary Charges up to AME Limit
Physician's Nonsurgical Visits	Up to $45 first day; $40 per day thereafter (limited to one visit per day)
OUTPATIENT:	
Hospital Outpatient Surgery – Facility Charge	100% of Usual & Customary Charges up to AME Limit
Physician's Nonsurgical Visits	Up to $45 first day; $40 per day thereafter (limited to one visit per day)
Physiotherapy	Up to $30 per visit/10 visit maximum
Emergency Room	100% of Usual & Customary Charges up to AME Limit (treatment must be rendered within 72 hours from time of injury)
X-Ray Services (includes charges for reading)	100% of Usual & Customary Charges up to $75 maximum
Cat Scan (includes charges for reading)	100% of Usual & Customary Charges up to $375 maximum
MRI (includes charges for reading)	100% of Usual & Customary Charges up to $750 maximum
Laboratory	No Benefits
Injections	No Benefits
Prescription Drugs	No Benefits
Heart & Circulatory (Covered Condition: Heat Exhaustion)	100% of Usual & Customary Charges up to AME Limit
Orthopedic Braces and Appliances	100% of Usual & Customary Charges up to $250 maximum
INPATIENT AND/OR OUTPATIENT:	
Surgeon's Fees	100% of Usual & Customary Charges up to AME Limit
Anesthetist	100% of Usual & Customary Charges up to AME Limit
Assistant Surgeon	100% of Usual & Customary Charges up to AME Limit
Ambulance (from accident site to hospital)	100% of Usual & Customary Charges up to $250 maximum
Consultant	Paid under Physician's visit
Dental (injury to sound, natural teeth only, including X-rays)	Up to $500 per tooth/$1,000 maximum
Replacement of Eyeglasses, Contact Lenses and Hearing Aids	100% of Usual & Customary Charges up to AME Limit (When broken as a result of a covered injury)
Home Health Care	40 non-surgical visits per policy year (Services must be rendered within 7 days after hospital stay or outpatient surgery. Physician must recommend treatment)
Blood Borne Pathogen Exposure Expense Benefit	100% of Usual & Customary Charges up to $500 maximum
Food Poisoning	Paid as any other Injury (Food Poisoning must be caused by school supplied food)

PLAN & RATE OPTIONS

(Make your selection on the enrollment form attached).

COVERAGE PLANS	BASIC PLAN
24-Hour excluding High School Football (PK-12)	$70.00
At School excluding Athletics/Football (PK-6)	$14.00
At School (grades 7-12) excluding Senior High Interscholastic Athletics & Football	$15.00

2021-2022
MIAMI DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS
K-12 VOLUNTARY STUDENT ACCIDENT INSURANCE
ENROLLMENT FORM

Student's Last Name: _____ Student's Date of Birth: _____

Student's First Name: _____ MI: _____ Telephone Number: _____

Student's Social Security Number: _____ Grade: _____ Student ID Number: _____

Address: _____
Street City State Zip

Name of School District: _____ Name of School Campus: _____
(**Required to Process**)

Signature of Parent or Guardian: _____ Date: _____ E-mail Address: _____

PLEASE CHECK YOUR SELECTION BELOW:	
COVERAGE PLANS	BASIC PLAN
24-Hour excluding High School Football (PK-12)	· $70.00
At School excluding Athletics/Activities/Football (PK-6)	· $14.00
At School (grades 7-12) excluding Senior High Interscholastic Athletics & Football	· $15.00
COMPANY USE ONLY: Check # _____ Amount Rec'd	**Enclose check for total payment payable to: Health Special Risk** TOTAL All Selections HERE: $ _____

Once completed, mail this form to:

Health Special Risk, Inc.
P.O. Box 957824
St. Louis, MO 63195-7824

For more information or assistance regarding all Student Insurance, contact our Customer Service Department at **1-866-409-5733**

IF YOU WISH TO PAY WITH MASTERCARD OR VISA: Go to www.K12StudentInsurance.com**

*****A 5% administrative charge will be added for Credit Card Orders***

Accident Coverage underwritten by: Starr Indemnity & Liability Company, 399 Park Avenue, 8th Floor, New York, NY 10022

Voluntary Student Accident Insurance

MIAMI DADE COUNTY

PUBLIC ATHLETIC

Plan Administrator:

Health Special Risk, Inc.
HSR Plaza II
4100 Medical Parkway, Suite 200
Carrollton, TX 75007 - 1517
Phone: 866.409.5733, Ext. 5660
Fax: 972.512.5819
www.healthspecialrisk.com

Offered Through:

Insurance for Students, Inc.
1690 South Congress Ave, Suite 101
Delray, FL 33445
Phone: 954.771.5883
Toll-free: 800.356.1235
Fax: 954.772.0872
ifs@insuranceforstudents.com

Underwritten By:

Starr Indemnity & Liability Company
New York, NY 10022

Policy Number: BAP 273187

HSR is an independent licensed insurance agency and is authorized to sell this student accident insurance on behalf of Starr Companies. Coverage underwritten by: Starr Indemnity & Liability Co., Dallas, TX

2021-2022

MIAMI DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS

Required Student Athletic Accident Insurance Coverage

Coverage underwritten by: Starr Indemnity & Liability Company; 399 Park Avenue, 8th Floor, New York, NY 10022

This is only a brief description of the coverage(s) available under Policy Number BAP 273187. The policy will contain reductions, limitations, exclusions, and termination provisions. Full details of the coverage are contained in the policy. If there are any conflicts of discrepancies between this document and the policy or if any point is not covered in this document, the terms and conditions of the policy shall govern. Capitalized terms not defined herein are defined in the policy.

ELIGIBILITY:

Participating school/district High School athletes, student participants, student managers & student trainers of the following teams / events: Badminton, Baseball, Basketball, Bowling, Boxing, Cheerleaders, Cross Country, Equestrian, Football, Golf, Gymnastics, Hockey, Lacrosse, Rifle, Rugby, Skating, Soccer, Softball, Swimming, Tennis, Track & Field, Volleyball, Water Polo, and Wrestling.

COVERAGE OPTIONS

AT SCHOOL COVERAGE: Benefits will be paid for injuries sustained: (a) during the regular School term; (b) on School premises during the hours when School is in session; (c) on School premises during the hours when School is not in session if participating in or attending any School sponsored event or activity; (d) away from School premises while participating in or attending any School sponsored event/activity (to include one day field trips); (e) traveling directly to or from the Insured's residence and the School premises on days when the Insured has regularly scheduled classes; if travel is by any mode of transportation other than School bus, covered travel time is one hour before the first class and one hour after the Insured is dismissed; and (e) traveling to, during or after a covered event/activity as a member of a group in transportation furnished or arranged by the Policyholder School/district. No coverage is provided while participating in the practice or play of High School Interscholastic Football.

HIGH SCHOOL FOOTBALL ONLY: Insurance coverage is provided for High School Football athletes during athletic tryouts, preseason play, practice, state interscholastic governing body approved conditioning, regular and post season play and for travel to, during or after covered athletic activities as a member of a group in transportation furnished and arranged by the School.

COVERAGE PERIOD – Coverage under the At School program begins on the date of premium receipt but not before the start of the school year activities. At School Coverage ends at the close of the regular nine-month school term, except for events sponsored and supervised by the school during the summer. Coverage for interscholastic athletics begins on the date specified by the state interscholastic governing body as the first official day of practice for each fall interscholastic sport and/or activity. Coverage for winter and spring interscholastic sports begins on the date of premium receipt but not before the start of the school year activities.

BENEFITS

ACCIDENT MEDICAL EXPENSE: When a covered injury to an Insured results in treatment by a physician or surgeon beginning within 60 days of the date of the accident; we will pay benefits as shown in the Schedule of Benefits, in excess of the Medical Deductible, if any. Only eligible medical expenses incurred by the Insured within 104 weeks from the date of the accident are covered. Benefits for any one accident shall not exceed the maximum Medical Benefit of $25,000 ($5,000 for Motor Vehicle Accidents, other than 2 or 3 wheeled). We will pay the Medical Expenses an Insured incurs for covered services that exceed amounts payable by any Other Insurance Plan, subject to the Deductible, Benefit Percentage, and Benefit Period.

ACCIDENTAL DEATH AND DISMEMBERMENT: If injury to the Insured in any of the Covered Losses shown below, within 180 days from the date of Injury, the Company will pay the amount indicated below for that Loss. If multiple losses occur, only one Benefit, the largest will be paid for all Losses due to the same Covered Accident.

	Basic Plan	Football Plan
Loss of Life	$1,500.00	$1,000.00
Loss of both hands, both feet, sight in both eyes, speech and hearing	$7,500.00	$1,000.00
Loss of one hand, one foot, sight in one eye, speech or hearing	$1,000.00	$ 500.00
Loss of Thumb and Index Finger of the Same Hand	$ 500.00	$ 500.00

DEFINITIONS

Usual and Customary Charges means the average amount charged by most providers for treatment, service or supplies in the geographic area where the treatment service or supply is provided.

Injury means bodily injury to a Covered Person that is the direct result, independent of all other causes, of a Covered Accident occurring while the Policy is in force as to the person whose injury is the basis of the claim.

Hospital means an institution that; 1) operates as a Hospital pursuant to law for the care, treatment and providing in-patient services for sick or injured persons; 2) provides 24-hour nursing service by registered nurses on duty or call; 3) has a staff of one or more licensed physicians available at all times; 4) provides organized facilities for diagnosis, treatment and surgery, either a) on its premises; or b) in facilities available

to it, on a pre-arranged basis; 5) is not primarily a nursing care facility, rest home, convalescent home or similar establishment, or any separate ward, wing or section of a Hospital used as such; and 6) is not a place for drug addicts, alcoholics or the aged.

We will not deny a claim for services solely because the Hospital lacks major surgical facilities and is primarily of a rehabilitative nature, if such rehabilitation is specifically for the treatment of a physical disability, and the Hospital is accredited by any one of the following: 1) the Joint Commission of Accreditation of Hospitals; or 2) the American Osteopathic Association; or 3) the Commission on the Accreditation of Rehabilitative Facilities.

EXCLUSIONS AND LIMITATIONS

This Policy does not cover any loss resulting in whole or part from, or contributed to by, or as a natural or probable consequence of, any of the following even if the immediate cause of the loss is an accidental bodily injury: Suicide, self-destruction, attempted self-destruction or intentional self-inflicted injury while sane or insane; War or any act of war, declared or undeclared; Sickness, disease or any bacterial infection, except one that results from an accidental cut or wound or pyogenic infections that result from accidental ingestion of contaminated substances; Voluntarily taking any drug or narcotic unless the drug or narcotic is prescribed by a Physician; Covered Expenses for which the Covered Person would not be responsible in the absence of this Policy; Injuries paid under workers' compensation, employer's liability laws or similar occupational benefits or while engaging in activity for monetary gain from sources other than the Policyholder; Injury caused by, contributed to or resulting from the Covered Person's use of alcohol, illegal drugs or medicines that are not taken in the dosage or for the purpose as prescribed by the Covered Person's Physician; Service or active duty in the armed forces, National Guard, military, naval or air service or organized reserve corps of any country or international organization; Services or treatment rendered by a Physician, nurse or any other person who is employed or retained by the Policyholder; or an Immediate Family member of the Covered Person; Treatment of a hernia, Osgood-Schlatter's disease, osteochondritis, appendicitis, osteomyelitis, cardiac disease or conditions, pathological fractures, congenital weakness, whether or not caused by a Covered Accident; Damage to or loss of dentures or bridges or damage to existing orthodontic equipment, except as specifically provided in this Policy; Eyeglasses, contact lenses, hearing aids; Travel or flight in or on any vehicle for aerial navigation, including boarding or alighting from: While riding as a passenger in any aircraft not intended or licensed for the transportation of passengers. The following will not be considered Covered Expenses unless coverage is specifically provided in the Schedule of Benefits: 1) Blood, blood plasma, or blood storage, except expenses by a Hospital for processing or administration of blood; 2) Cosmetic surgery, except for reconstructive surgery needed as the result of a Covered Loss; 3) Any elective or routine treatment, surgery, health treatment, or examination, including any service, treatment of supplies that: (a) are experimental or investigational; and (b) are not recognized and generally accepted medical practice in the United States 4) Examination or prescriptions for, or purchase, repair or replacement of, eyeglasses, contact lenses, hearing aids, wheelchairs, braces, appliances, orthopedic braces, or orthotic devices; 5) Treatment in any Veteran's Administration, Federal, or state facility, unless there is a legal obligation to pay; 6) Services or treatment provided by persons who do not normally charge for their services, unless there is a legal obligation to pay; 7) Rest cures or custodial care; 8) Repair or replacement of existing dentures, partial dentures, braces or bridgework; 9) Personal services such as television and telephone or transportation; 10) Orthopedic appliances used mainly to protect an Injury so that the Covered Person can take part in interscholastic and club sports; 11) Expenses payable by any automobile insurance policy without regard to fault; 12) Treatment of injuries that result over a period of time (such as blisters, tennis elbow, etc.), and that are a normal, foreseeable result of participation in the Covered Activity; 13) Repair or replacement of existing artificial limbs, eyes and larynx; 14) Charges for any article of clothing intended for use more than once; 15)Pre-Existing Conditions, as defined herein; 16) pregnancy, childbirth, miscarriage, abortion or any complications of any of these conditions unless required as a result of a Covered Accident; 17) expense incurred for treatment of temporomandibular or craniomandibular joint dysfunction and associated myofacial pain; 18) Injury or death to which a contributing cause is the Covered Person's violation or attempt to violate any duly-enacted law or the commission or attempt to commit an assault or a felony; 19) eyeglasses, contact lenses, hearing aids, wheelchairs, braces, appliances, examinations or prescriptions for them or repair or replacement of existing artificial limbs, orthopedic braces or orthotic devices; 20) treatment or service provided by a private duty nurse; 21) eye refractions or eye examinations for the purpose of prescribing corrective lenses or for the fitting thereof, unless caused by an Injury incurred while covered under the Policy; 22) Shots/Injections; 23) Mental and Nervous Disorders; 24) travel in or upon any off-road motorized vehicle not requiring licensing as a motor vehicle in the jurisdiction where operated; 25) injuries associated with activities or travel outside the United States.

RETAIN THIS DESCRIPTION FOR YOUR RECORDS. Retain this student accident insurance flyer, and your canceled check or money order receipt as your record of coverage. This flyer has been designed to illustrate the highlights of this insurance. All student accident insurance information is subject to the provisions of Policy Form AH-20001-FL.

STUDENT ACCIDENT INSURANCE SCHEDULE OF BENEFITS

INPATIENT:	BASIC PLAN No Medical Deductible	MIAMI DADE FOOTBALL PLAN $250 Medical Deductible*
Room & Board	100% of Usual & Customary Charges up to $1,000 per day	100% of Usual & Customary Charges up to $1,000 per day
Hospital Miscellaneous	100% of Usual & Customary Charges	Paid under Hospital Room & Board
Registered Nurse	100% of Usual & Customary Charges	100% of Usual & Customary Charges
Physician's Nonsurgical Visits	Up to $45 first day; $40 per day thereafter (limited to one visit per day)	Up to $45 first day; $40 per day thereafter (limited to one visit per day)
OUTPATIENT:		
Hospital Outpatient Surgery – Facility Charge	100% of Usual & Customary Charges	100% of Usual & Customary Charges

Physician's Nonsurgical Visits	Up to $45 first day; $40 per day thereafter (limited to one visit per day)	Up to $45 first day; $40 per day thereafter (limited to one visit per day)
Physiotherapy	Up to $30 per visit/10 visit maximum	Up to $30 per visit/20 visit maximum
Emergency Room	100% of Usual & Customary Charges up to AME Limit (treatment must be rendered within 72 hours from time of injury)	100% of Usual & Customary Charges up to AME Limit (treatment must be rendered within 72 hours from time of injury)
X-Ray Services (includes charges for reading)	100% of Usual & Customary Charges up to $75	100% of Usual & Customary Charges up to $75
Cat Scan (includes charges for reading)	100% of Usual & Customary Charges up to $375	100% of Usual & Customary Charges up to $375
MRI (includes charges for reading)	100% of Usual & Customary Charges up to $750	100% of Usual & Customary Charges up to $750
Laboratory	No Benefits	No Benefits
Injections	No Benefits	No Benefits
Prescription Drugs	No Benefits	100% of Usual & Customary Charges
Orthopedic Braces and Appliances	100% of Usual & Customary Charges up to $250	100% of Usual & Customary Charges
Home Health Care	40 non-surgical visits per policy year (Services must be rendered within 7 days after hospital stay or outpatient surgery. Physician must recommend treatment)	40 non-surgical visits per policy year (Services must be rendered within 7 days after hospital stay or outpatient surgery. Physician must recommend treatment)
Heart & Circulatory (Covered Condition: Heat Exhaustion)	100% of Usual & Customary Charges	100% of Usual & Customary Charges
INPATIENT AND/OR OUTPATIENT:		
Surgeon's Fees	100% of Usual & Customary Charges	100% of Usual & Customary Charges
Anesthetist	100% of Usual & Customary Charges	100% of Usual & Customary Charges
Assistant Surgeon	100% of Usual & Customary Charges	100% of Usual & Customary Charges
Ambulance (from accident site to hospital)	100% of Usual & Customary Charges up to $250	100% of Usual & Customary Charges up to $250
Consultant	Paid under Physician's visit	100% of Usual & Customary Charges
Dental (injury to sound, natural teeth only, including X-rays)	Up to $500 per tooth/$1,000 maximum	Up to $500 per tooth/$1,000 maximum
Replacement of Eyeglasses, Contact Lenses and Hearing Aids	100% of Usual & Customary Charges (When broken as a result of a covered injury)	100% of Usual & Customary Charges (When broken as a result of a covered injury)
Blood Borne Pathogen Exposure	100% of Usual & Customary Charges up to $500	100% of Usual & Customary Charges up to $500
Food Poisoning	Paid as any other Injury (Food Poisoning must be caused by school supplied food)	No Benefits

*The $250 Medical Deductible will be waived if: (1) necessary surgery is performed on an Outpatient basis; (2) diagnostic laboratory or X-Ray services are performed on an Outpatient basis for Pre-Admission Testing within 7 days prior to hospital admission; (3) a mandatory second surgical opinion is obtained for the necessity of non-emergency surgery (Note this waiver applies only to charges for second surgical opinion).

PLAN & RATE OPTIONS

COVERAGE PLANS	BASIC PLAN RATES	FOOTBALL PLAN
High School Football	Not Available	$71.00
Spring High School Football	Not Available	$20.00
At School including Interscholastic Athletics excluding Football (Middle & High School	$20.00	Not Available

Voluntary Student Accident Insurance

MIAMI DADE COUNTY

CHARTER VOLUNTARY

Plan Administrator:

Health Special Risk, Inc.
HSR Plaza II
4100 Medical Parkway, Suite 200
Carrollton, TX 75007 - 1517
Phone: 866.409.5733, Ext. 5660
Fax: 972.512.5819
www.healthspecialrisk.com

Offered Through:

Insurance for Students, Inc.
1690 South Congress Ave, Suite 101
Delray, FL 33445
Phone: 954.771.5883
Toll-free: 800.356.1235
Fax: 954.772.0872
ifs@insuranceforstudents.com

Underwritten By:

Starr Indemnity & Liability Company
New York, NY 10022

Policy Number: BAP 273188

HSR is an independent licensed insurance agency and is authorized to sell this student accident insurance on behalf of Starr Companies.
Coverage underwritten by: Starr Indemnity & Liability Co., Dallas, TX

2021-2022

MIAMI DADE COUNTY CHARTER SCHOOLS

K-12 Voluntary Student Accident Insurance Coverage

Coverage underwritten by: Starr Indemnity & Liability Company;
399 Park Avenue, 8th Floor, New York, NY 10022

This is only a brief description of the coverage(s) available under Policy Number BAP 273188. The policy will contain reductions, limitations, exclusions, and termination provisions. Full details of the coverage are contained in the policy. If there are any conflicts of discrepancies between this document and the policy or if any point is not covered in this document, the terms and conditions of the policy shall govern. Capitalized terms not defined herein are defined in the policy.

ELIGIBILITY:

All registered students grades PreK-12 of a participating school/district.

COVERAGE OPTIONS

24-HOUR COVERAGE: Benefits will be paid for injuries sustained 24-hours a day, 365 days a year; during School breaks, summer School and summer vacation. No coverage is provided while participating in the practice or play of High School Interscholastic Football.

AT SCHOOL COVERAGE: Benefits will be paid for injuries sustained: (a) during the regular School term; (b) on School premises during the hours when School is in session; (c) on School premises during the hours when School is not in session if participating in or attending any School sponsored event or activity; (d) away from School premises while participating in or attending any School sponsored event/activity (to include one day field trips); (e) traveling directly to or from the Insured's residence and the School premises on days when the Insured has regularly scheduled classes; if travel is by any mode of transportation other than School bus, covered travel time is one hour before the first class and one hour after the Insured is dismissed; and (e) traveling to, during or after a covered event/activity as a member of a group in transportation furnished or arranged by the Policyholder School/district. No coverage is provided while participating in the practice or play of High School Interscholastic Football.

COVERAGE PERIOD – Coverage under the At School and 24-Hour programs begins on the date of premium receipt but not before the start of the school year activities. At School Coverage ends at the close of the regular nine-month school term, except for events sponsored and supervised by the school during the summer. 24-Hour Coverage ends when school reopens for the following fall term. Coverage is available under both plans throughout the school year at the premiums quoted **(no pro rata premiums available).**

BENEFITS

ACCIDENT MEDICAL EXPENSE: When a covered injury to an Insured results in treatment by a physician or surgeon beginning within 60 days of the date of the accident; we will pay benefits as shown in the **Schedule of Benefits**, in excess of the Medical Deductible, if any. Only eligible medical expenses incurred by the Insured within 104 weeks from the date of the accident are covered. Benefits for any one accident shall not exceed the maximum Medical Benefit of $25,000 ($5,000 for Motor Vehicle Accidents, other than 2 or 3 wheeled). We will pay the Medical Expenses an Insured incurs for covered services that exceed amounts payable by any Other Insurance Plan, subject to the Deductible, Benefit Percentage, and Benefit Period.

ACCIDENTAL DEATH AND DISMEMBERMENT: If injury to the Insured in any of the Covered Losses shown below, within 180 days from the date of Injury, the Company will pay the amount indicated below for that Loss. If multiple losses occur, only one Benefit, the largest will be paid for all Losses due to the same Covered Accident.

Loss of Life	$1,500.00
Loss of both hands, both feet, sight in both eyes, speech and hearing	$7,500.00
Loss of one hand, one foot, sight in one eye, speech or hearing	$1,000.00
Loss of Thumb and Index Finger of the Same Hand	$500.00

DEFINITIONS

Usual and Customary Charges means the average amount charged by most providers for treatment, service or supplies in the geographic area where the treatment service or supply is provided.

Injury means bodily injury to a Covered Person that is the direct result, independent of all other causes, of a Covered Accident occurring while the Policy is in force as to the person whose injury is the basis of the claim.

Hospital means an institution that; 1) operates as a Hospital pursuant to law for the care, treatment and providing in-patient services for sick or injured persons; 2) provides 24-hour nursing service by registered nurses on duty or call; 3) has a staff of one or more licensed physicians available at all times; 4) provides organized facilities for diagnosis, treatment and surgery, either a) on its premises; or b) in facilities available to it, on a pre-arranged basis; 5) is not primarily a nursing care facility, rest home, convalescent home or similar establishment, or any separate ward, wing or section of a Hospital used as such; and 6) is not a place for drug addicts, alcoholics or the aged.

We will not deny a claim for services solely because the Hospital lacks major surgical facilities and is primarily of a rehabilitative nature, if such rehabilitation is specifically for the treatment of a physical disability, and the Hospital is accredited by any one of the following: 1) the Joint Commission of Accreditation of Hospitals; or 2) the American Osteopathic Association; or 3) the Commission on the Accreditation of Rehabilitative Facilities.

EXCLUSIONS AND LIMITATIONS

This Policy does not cover any loss resulting in whole or part from, or contributed to by, or as a natural or probable consequence of, any of the following even if the immediate cause of the loss is an accidental bodily injury: Suicide, self-destruction, attempted self-destruction or intentional self-inflicted injury while sane or insane; War or any act of war, declared or undeclared; Sickness, disease or any bacterial infection, except one that results from an accidental cut or wound or pyogenic infections that result from accidental ingestion of contaminated substances; Voluntarily taking any drug or narcotic unless the drug or narcotic is prescribed by a Physician; Covered Expenses for which the Covered Person would not be responsible in the absence of this Policy; Injuries paid under workers' compensation, employer's liability laws or similar occupational benefits or while engaging in activity for monetary gain from sources other than the Policyholder; Injury caused by, contributed to or resulting from the Covered Person's use of alcohol, illegal drugs or medicines that are not taken in the dosage or for the purpose as prescribed by the Covered Person's Physician; Service or active duty in the armed forces, National Guard, military, naval or air service or organized reserve corps of any country or international organization; Services or treatment rendered by a Physician, nurse or any other person who is employed or retained by the Policyholder; or an Immediate Family member of the Covered Person; Treatment of a hernia, Osgood-Schlatter's disease, osteochondritis, appendicitis, osteomyelitis, cardiac disease or conditions, pathological fractures, congenital weakness, whether or not caused by a Covered Accident; Damage to or loss of dentures or bridges or damage to existing orthodontic equipment, except as specifically provided in this Policy; Eyeglasses, contact lenses, hearing aids; Travel or flight in or on any vehicle for aerial navigation, including boarding or alighting from: While riding as a passenger in any aircraft not intended or licensed for the transportation of passengers.

The following will not be considered Covered Expenses unless coverage is specifically provided in the Schedule of Benefits:
1) Blood, blood plasma, or blood storage, except expenses by a Hospital for processing or administration of blood; 2) Cosmetic surgery, except for reconstructive surgery needed as the result of a Covered Loss; 3) Any elective or routine treatment, surgery, health treatment, or examination, including any service, treatment of supplies that: (a) are experimental or investigational; and (b) are not recognized and generally accepted medical practice in the United States 4) Examination or prescriptions for, or purchase, repair or replacement of, eyeglasses, contact lenses, hearing aids, wheelchairs, braces, appliances, orthopedic braces, or orthotic devices; 5) Treatment in any Veteran's Administration, Federal, or state facility, unless there is a legal obligation to pay; 6) Services or treatment provided by persons who do not normally charge for their services, unless there is a legal obligation to pay; 7) Rest cures or custodial care; 8) Repair or replacement of existing dentures, partial dentures, braces or bridgework; 9) Personal services such as television and telephone or transportation; 10) Orthopedic appliances used mainly to protect an Injury so that the Covered Person can take part in interscholastic and club sports; 11) Expenses payable by any automobile insurance policy without regard to fault; 12) Treatment of injuries that result over a period of time (such as blisters, tennis elbow, etc.), and that are a normal, foreseeable result of participation in the Covered Activity; 13) Repair or replacement of existing artificial limbs, eyes and larynx; 14) Charges for any article of clothing intended for use more than once; 15) Pre-Existing Conditions, as defined herein; 16) pregnancy, childbirth, miscarriage, abortion or any complications of any of these conditions unless required as a result of a Covered Accident; 17) expense incurred for treatment of temporomandibular or craniomandibular joint dysfunction and associated myofacial pain; 18) Injury or death to which a contributing cause is the Covered Person’s violation or attempt to violate any duly-enacted law or the commission or attempt to commit an assault or a felony; 19) eyeglasses, contact lenses, hearing aids, wheelchairs, braces, appliances, examinations or prescriptions for them or repair or replacement of existing artificial limbs, orthopedic braces or orthotic devices; 20) treatment or service provided by a private duty nurse; 21) eye refractions or eye examinations for the purpose of prescribing corrective lenses or for the fitting thereof, unless caused by an Injury incurred while covered under the Policy; 22) Shots/Injections; 23) Mental and Nervous Disorders; 24) travel in or upon any off-road motorized vehicle not requiring licensing as a motor vehicle in the jurisdiction where operated; 25) injuries associated with activities or travel outside the United States.

RETAIN THIS DESCRIPTION FOR YOUR RECORDS. Retain this student accident insurance flyer, and your canceled check or money order receipt as your record of coverage. This flyer has been designed to illustrate the highlights of this insurance. All student accident insurance information is subject to the provisions of Policy Form AH-20001-FL.

STUDENT ACCIDENT INSURANCE SCHEDULE OF BENEFITS

INPATIENT:	BASIC PLAN
Room & Board	100% of Usual & Customary Charges up to $1,000 per day
Hospital Miscellaneous	100% of Usual & Customary Charges up to AME Limit
Registered Nurse	100% of Usual & Customary Charges up to AME Limit
Physician's Nonsurgical Visits	Up to $45 first day; $40 per day thereafter (limited to one visit per day)
OUTPATIENT:	
Hospital Outpatient Surgery – Facility Charge	100% of Usual & Customary Charges up to AME Limit
Physician's Nonsurgical Visits	Up to $45 first day; $40 per day thereafter (limited to one visit per day)
Physiotherapy	Up to $30 per visit/10 visit maximum
Emergency Room	100% of Usual & Customary Charges up to AME Limit (treatment must be rendered within 72 hours from time of injury)
X-Ray Services (includes charges for reading)	100% of Usual & Customary Charges up to $75 maximum
Cat Scan (includes charges for reading)	100% of Usual & Customary Charges up to $375 maximum
MRI (includes charges for reading)	100% of Usual & Customary Charges up to $750 maximum
Laboratory	No Benefits
Injections	No Benefits
Prescription Drugs	No Benefits
Heart & Circulatory (Covered Condition: Heat Exhaustion)	100% of Usual & Customary Charges up to AME Limit
Orthopedic Braces and Appliances	100% of Usual & Customary Charges up to $250 maximum
INPATIENT AND/OR OUTPATIENT:	
Surgeon's Fees	100% of Usual & Customary Charges up to AME Limit
Anesthetist	100% of Usual & Customary Charges up to AME Limit
Assistant Surgeon	100% of Usual & Customary Charges up to AME Limit
Ambulance (from accident site to hospital)	100% of Usual & Customary Charges up to $250 maximum
Consultant	Paid under Physician's visit
Dental (injury to sound, natural teeth only, including X-rays)	Up to $500 per tooth/$1,000 maximum
Replacement of Eyeglasses, Contact Lenses and Hearing Aids	100% of Usual & Customary Charges up to AME Limit (When broken as a result of a covered injury)
Home Health Care	40 non-surgical visits per policy year (Services must be rendered within 7 days after hospital stay or outpatient surgery. Physician must recommend treatment)
Blood Borne Pathogen Exposure Expense Benefit	100% of Usual & Customary Charges up to $500 maximum
Food Poisoning	Paid as any other Injury (Food Poisoning must be caused by school supplied food)

PLAN & RATE OPTIONS

(Make your selection on the enrollment form attached).

COVERAGE PLANS	BASIC PLAN
24-Hour excluding High School Football (PK-12)	$70.00
At School excluding Athletics/Football (PK-6)	$14.00
At School (grades 7-12) excluding Senior High Interscholastic Athletics & Football	$15.00

2021-2022
MIAMI DADE COUNTY CHARTER SCHOOLS
K-12 VOLUNTARY STUDENT ACCIDENT INSURANCE
ENROLLMENT FORM

Student's Last Name: _____ Student's Date of Birth: _____

Student's First Name: _____ MI: _____ Telephone Number: _____

Student's Social Security Number: _____ Grade: _____ Student ID Number: _____

Address: _____
Street City State Zip

Name of School District: _____ Name of School Campus: _____
(**Required to Process**)

Signature of Parent or Guardian: _____ Date: _____ E-mail Address: _____

PLEASE CHECK YOUR SELECTION BELOW:	
COVERAGE PLANS	BASIC PLAN
24-Hour excluding High School Football (PK-12)	· $70.00
At School excluding Athletics/Activities/Football (PK-6)	· $14.00
At School (grades 7-12) excluding Senior High Interscholastic Athletics & Football	· $15.00
COMPANY USE ONLY: Check # Amount Rec'd	**Enclose check for total payment payable to: Health Special Risk** TOTAL All Selections HERE: $ _____

Once completed, mail this form to:

Health Special Risk, Inc.
P.O. Box 957824
St. Louis, MO 63195-7824

For more information or assistance regarding all Student Insurance, contact our Customer Service Department at **1-866-409-5733**

IF YOU WISH TO PAY WITH MASTERCARD OR VISA: Go to www.K12StudentInsurance.com**

*****A 5% administrative charge will be added for Credit Card Orders***

Accident Coverage underwritten by: Starr Indemnity & Liability Company, 399 Park Avenue, 8th Floor, New York, NY 10022

Voluntary Student Accident Insurance

MIAMI DADE COUNTY

CHARTER ATHLETIC

Plan Administrator:

HSR
Health Special Risk, Inc.

Health Special Risk, Inc.
HSR Plaza II
4100 Medical Parkway, Suite 200
Carrollton, TX 75007 - 1517
Phone: 866.409.5733, Ext. 5660
Fax: 972.512.5819
www.healthspecialrisk.com

Offered Through:

ifs

Insurance for Students, Inc.
1690 South Congress Ave, Suite 101
Delray, FL 33445
Phone: 954.771.5883
Toll-free: 800.356.1235
Fax: 954.772.0872
ifs@insuranceforstudents.com

Underwritten By:

STARR
INSURANCE COMPANIES

Starr Indemnity & Liability Company
New York, NY 10022

Policy Number: BAP 273188

HSR is an independent licensed insurance agency and is authorized to sell this student accident insurance on behalf of Starr Companies. Coverage underwritten by: Starr Indemnity & Liability Co., Dallas, TX

2021-2022

MIAMI DADE COUNTY CHARTER SCHOOLS

Required Student Athletic Accident Insurance Coverage

Coverage underwritten by: Starr Indemnity & Liability Company;
399 Park Avenue, 8th Floor, New York, NY 10022

This is only a brief description of the coverage(s) available under Policy Number BAP 273188. The policy will contain reductions, limitations, exclusions, and termination provisions. Full details of the coverage are contained in the policy. If there are any conflicts of discrepancies between this document and the policy or if any point is not covered in this document, the terms and conditions of the policy shall govern. Capitalized terms not defined herein are defined in the policy.

ELIGIBILITY:

Participating school/district High School athletes, student participants, student managers & student trainers of the following teams / events: Badminton, Baseball, Basketball, Bowling, Boxing, Cheerleaders, Cross Country, Equestrian, Football, Golf, Gymnastics, Hockey, Lacrosse, Rifle, Rugby, Skating, Soccer, Softball, Swimming, Tennis, Track & Field, Volleyball, Water Polo, and Wrestling.

COVERAGE OPTIONS

AT SCHOOL COVERAGE: Benefits will be paid for injuries sustained: (a) during the regular School term; (b) on School premises during the hours when School is in session; (c) on School premises during the hours when School is not in session if participating in or attending any School sponsored event or activity; (d) away from School premises while participating in or attending any School sponsored event/activity (to include one day field trips); (e) traveling directly to or from the Insured's residence and the School premises on days when the Insured has regularly scheduled classes; if travel is by any mode of transportation other than School bus, covered travel time is one hour before the first class and one hour after the Insured is dismissed; and (e) traveling to, during or after a covered event/activity as a member of a group in transportation furnished or arranged by the Policyholder School/district. No coverage is provided while participating in the practice or play of High School Interscholastic Football.

HIGH SCHOOL FOOTBALL ONLY: Insurance coverage is provided for High School Football athletes during athletic tryouts, preseason play, practice, state interscholastic governing body approved conditioning, regular and post season play and for travel to, during or after covered athletic activities as a member of a group in transportation furnished and arranged by the School.

COVERAGE PERIOD – Coverage under the At School program begins on the date of premium receipt but not before the start of the school year activities. At School Coverage ends at the close of the regular nine-month school term, except for events sponsored and supervised by the school during the summer. Coverage for interscholastic athletics begins on the date specified by the state interscholastic governing body as the first official day of practice for each fall interscholastic sport and/or activity. Coverage for winter and spring interscholastic sports begins on the date of premium receipt but not before the start of the school year activities.

BENEFITS

ACCIDENT MEDICAL EXPENSE: When a covered injury to an Insured results in treatment by a physician or surgeon beginning within 60 days of the date of the accident; we will pay benefits as shown in the Schedule of Benefits, in excess of the Medical Deductible, if any. Only eligible medical expenses incurred by the Insured within 104 weeks from the date of the accident are covered. Benefits for any one accident shall not exceed the maximum Medical Benefit of $25,000 ($5,000 for Motor Vehicle Accidents, other than 2 or 3 wheeled). We will pay the Medical Expenses an Insured incurs for covered services that exceed amounts payable by any Other Insurance Plan, subject to the Deductible, Benefit Percentage, and Benefit Period.

ACCIDENTAL DEATH AND DISMEMBERMENT: If injury to the Insured in any of the Covered Losses shown below, within 180 days from the date of Injury, the Company will pay the amount indicated below for that Loss. If multiple losses occur, only one Benefit, the largest will be paid for all Losses due to the same Covered Accident.

	Basic Plan	Football Plan
Loss of Life	$1,500.00	$1,000.00
Loss of both hands, both feet, sight in both eyes, speech and hearing	$7,500.00	$1,000.00
Loss of one hand, one foot, sight in one eye, speech or hearing	$1,000.00	$ 500.00
Loss of Thumb and Index Finger of the Same Hand	$ 500.00	$ 500.00

DEFINITIONS

Usual and Customary Charges means the average amount charged by most providers for treatment, service or supplies in the geographic area where the treatment service or supply is provided.

Injury means bodily injury to a Covered Person that is the direct result, independent of all other causes, of a Covered Accident occurring while the Policy is in force as to the person whose injury is the basis of the claim.

Hospital means an institution that; 1) operates as a Hospital pursuant to law for the care, treatment and providing in-patient services for sick or injured persons; 2) provides 24-hour nursing service by registered nurses on duty or call; 3) has a staff of one or more licensed physicians

available at all times; 4) provides organized facilities for diagnosis, treatment and surgery, either a) on its premises; or b) in facilities available to it, on a pre-arranged basis; 5) is not primarily a nursing care facility, rest home, convalescent home or similar establishment, or any separate ward, wing or section of a Hospital used as such; and 6) is not a place for drug addicts, alcoholics or the aged.

We will not deny a claim for services solely because the Hospital lacks major surgical facilities and is primarily of a rehabilitative nature, if such rehabilitation is specifically for the treatment of a physical disability, and the Hospital is accredited by any one of the following: 1) the Joint Commission of Accreditation of Hospitals; or 2) the American Osteopathic Association; or 3) the Commission on the Accreditation of Rehabilitative Facilities.

EXCLUSIONS AND LIMITATIONS

This Policy does not cover any loss resulting in whole or part from, or contributed to by, or as a natural or probable consequence of, any of the following even if the immediate cause of the loss is an accidental bodily injury: Suicide, self-destruction, attempted self-destruction or intentional self-inflicted injury while sane or insane; War or any act of war, declared or undeclared; Sickness, disease or any bacterial infection, except one that results from an accidental cut or wound or pyogenic infections that result from accidental ingestion of contaminated substances; Voluntarily taking any drug or narcotic unless the drug or narcotic is prescribed by a Physician; Covered Expenses for which the Covered Person would not be responsible in the absence of this Policy; Injuries paid under workers' compensation, employer's liability laws or similar occupational benefits or while engaging in activity for monetary gain from sources other than the Policyholder; Injury caused by, contributed to or resulting from the Covered Person's use of alcohol, illegal drugs or medicines that are not taken in the dosage or for the purpose as prescribed by the Covered Person's Physician; Service or active duty in the armed forces, National Guard, military, naval or air service or organized reserve corps of any country or international organization; Services or treatment rendered by a Physician, nurse or any other person who is employed or retained by the Policyholder; or an Immediate Family member of the Covered Person; Treatment of a hernia, Osgood-Schlatter's disease, osteochondritis, appendicitis, osteomyelitis, cardiac disease or conditions, pathological fractures, congenital weakness, whether or not caused by a Covered Accident; Damage to or loss of dentures or bridges or damage to existing orthodontic equipment, except as specifically provided in this Policy; Eyeglasses, contact lenses, hearing aids; Travel or flight in or on any vehicle for aerial navigation, including boarding or alighting from: While riding as a passenger in any aircraft not intended or licensed for the transportation of passengers. The following will not be considered Covered Expenses unless coverage is specifically provided in the Schedule of Benefits: Blood, blood plasma, or blood storage, except expenses by a Hospital for processing or administration of blood; 2) Cosmetic surgery, except for reconstructive surgery needed as the result of a Covered Loss; 3) Any elective or routine treatment, surgery, health treatment, or examination, including any service, treatment of supplies that: (a) are experimental or investigational; and (b) are not recognized and generally accepted medical practice in the United States 4) Examination or prescriptions for, or purchase, repair or replacement of, eyeglasses, contact lenses, hearing aids, wheelchairs, braces, appliances, orthopedic braces, or orthotic devices; 5) Treatment in any Veteran's Administration, Federal, or state facility, unless there is a legal obligation to pay; 6) Services or treatment provided by persons who do not normally charge for their services, unless there is a legal obligation to pay; 7) Rest cures or custodial care; 8) Repair or replacement of existing dentures, partial dentures, braces or bridgework; 9)Personal services such as television and telephone or transportation; 10)Orthopedic appliances used mainly to protect an Injury so that the Covered Person can take part in interscholastic and club sports; 11) Expenses payable by any automobile insurance policy without regard to fault; 12) Treatment of injuries that result over a period of time (such as blisters, tennis elbow, etc.), and that are a normal, foreseeable result of participation in the Covered Activity; 13) Repair or replacement of existing artificial limbs, eyes and larynx; 14) Charges for any article of clothing intended for use more than once; 15)Pre-Existing Conditions, as defined herein; 16) pregnancy, childbirth, miscarriage, abortion or any complications of any of these conditions unless required as a result of a Covered Accident; 17) expense incurred for treatment of temporomandibular or craniomandibular joint dysfunction and associated myofacial pain; 18) Injury or death to which a contributing cause is the Covered Person's violation or attempt to violate any duly-enacted law or the commission or attempt to commit an assault or a felony; 19) eyeglasses, contact lenses, hearing aids, wheelchairs, braces, appliances, examinations or prescriptions for them or repair or replacement of existing artificial limbs, orthopedic braces or orthotic devices; 20) treatment or service provided by a private duty nurse; 21) eye refractions or eye examinations for the purpose of prescribing corrective lenses or for the fitting thereof, unless caused by an Injury incurred while covered under the Policy; 22) Shots/Injections; 23) Mental and Nervous Disorders; 24) travel in or upon any off-road motorized vehicle not requiring licensing as a motor vehicle in the jurisdiction where operated; 25) injuries associated with activities or travel outside the United States.

RETAIN THIS DESCRIPTION FOR YOUR RECORDS. Retain this student accident insurance flyer, and your canceled check or money order receipt as your record of coverage. This flyer has been designed to illustrate the highlights of this insurance. All student accident insurance information is subject to the provisions of Policy Form AH-20001-FL. Exclusions and Limitations will apply. Should there be any discrepancy between the policy and this student accident information, policy provisions will prevail.

STUDENT ACCIDENT INSURANCE SCHEDULE OF BENEFITS

INPATIENT:	BASIC PLAN No Medical Deductible	MIAMI DADE FOOTBALL PLAN $250 Medical Deductible*
Room & Board	100% of Usual & Customary Charges up to $1,000 per day	100% of Usual & Customary Charges up to $1,000 per day
Hospital Miscellaneous	100% of Usual & Customary Charges	Paid under Hospital Room & Board
Registered Nurse	100% of Usual & Customary	100% of Usual & Customary
Physician's Nonsurgical Visits	Up to $45 first day; $40 per day thereafter (limited to one visit per day)	Up to $45 first day; $40 per day thereafter (limited to one visit per day)

OUTPATIENT:		
Hospital Outpatient Surgery – Facility Charge	100% of Usual & Customary Charges	100% of Usual & Customary Charges
Physician's Nonsurgical Visits	Up to $45 first day; $40 per day thereafter (limited to one visit per day)	Up to $45 first day; $40 per day thereafter (limited to one visit per day)
Physiotherapy	Up to $30 per visit/10 visit maximum	Up to $30 per visit/20 visit maximum
Emergency Room	100% of Usual & Customary Charges up to AME Limit (treatment must be rendered within 72 hours from time of injury)	100% of Usual & Customary Charges up to AME Limit (treatment must be rendered within 72 hours from time of injury)
X-Ray Services (includes charges for reading)	100% of Usual & Customary Charges up to $75	100% of Usual & Customary Charges up to $75
Cat Scan (includes charges for reading)	100% of Usual & Customary Charges up to $375	100% of Usual & Customary Charges up to $375
MRI (includes charges for reading)	100% of Usual & Customary Charges up to $750	100% of Usual & Customary Charges up to $750
Laboratory	No Benefits	No Benefits
Injections	No Benefits	No Benefits
Prescription Drugs	No Benefits	100% of Usual & Customary Charges
Orthopedic Braces and Appliances	100% of Usual & Customary Charges up to $250	100% of Usual & Customary Charges
Home Health Care	40 non-surgical visits per policy year (Services must be rendered within 7 days after hospital stay or outpatient surgery. Physician must recommend treatment)	40 non-surgical visits per policy year (Services must be rendered within 7 days after hospital stay or outpatient surgery. Physician must recommend treatment)
Heart & Circulatory (Covered Condition: heat Exhaustion	100% of Usual & Customary Charges	100% of Usual & Customary Charges
INPATIENT AND/OR OUTPATIENT:		
Surgeon's Fees	100% of Usual & Customary Charges	100% of Usual & Customary Charges
Anesthetist	100% of Usual & Customary Charges	100% of Usual & Customary Charges
Assistant Surgeon	100% of Usual & Customary Charges	100% of Usual & Customary Charges
Ambulance (from accident site to hospital)	100% of Usual & Customary Charges up to $250	100% of Usual & Customary Charges up to $250
Consultant	Paid under Physician's visit	100% of Usual & Customary Charges
Dental (injury to sound, natural teeth only, including X-rays)	Up to $500 per tooth/$1,000 maximum	Up to $500 per tooth/$1,000 maximum
Replacement of Eyeglasses, Contact Lenses and Hearing Aids	100% of Usual & Customary Charges (When broken as a result of a covered injury)	100% of Usual & Customary Charges (When broken as a result of a covered injury)
Blood Borne Pathogen Exposure	100% of Usual & Customary Charges up to $500	100% of Usual & Customary Charges up to $500
Food Poisoning	Paid as any other Injury (Food Poisoning must be caused by school supplied food)	No Benefits

*The $250 Medical Deductible will be waived if: (1) necessary surgery is performed on an Outpatient basis; (2) diagnostic laboratory or X-Ray services are performed on an Outpatient basis for Pre-Admission Testing within 7 days prior to hospital admission; (3) a mandatory second surgical opinion is obtained for the necessity of non-emergency surgery (note this waiver applies only to charges for second surgical opinion).

PLAN & RATE OPTIONS

COVERAGE PLANS	BASIC PLAN	FOOTBALL PLAN
High School Football	Not Available	$242.00
Spring High School Football	Not Available	$52.00
At School including Interscholastic Athletics excluding Football (Middle & High School	$40.00	Not Available

2021-2022
MIAMI DADE COUNTY CHARTER SCHOOLS
STUDENT ATHLETIC/ACTIVITY
ACCIDENT INSURANCE ENROLLMENT FORM

Student's Last Name: _____ Student's Date of Birth:_____

Student's First Name: _____ MI: _____ Telephone Number:_____

Student's Social Security Number: _____ Grade: _____ Student ID Number: _____

Address: _____
Street City State Zip

Name of School District:_____ Name of School Campus: _____
(Required to Process)

Signature of Parent or Guardian:_____ Date:_____ E-mail Address:_____

	PLEASE CHECK YOUR SELECTION BELOW	
COVERAGE PLANS	**BASIC PLAN RATES**	**MIAMI DADE FOOTBALL PLAN RATES**
High School Football	Not Available	$242.00
Spring High School Football	Not Available	$52.00
At School including Interscholastic Athletics excluding Football (Middle & High School	$40.00	Not Available

COMPANY USE ONLY: Check # _____ Amount Rec'd _____	**Enclose check for total payment payable to: Health Special Risk** TOTAL All Selections HERE: $ _____

Once completed, return this form and the premium check to your child's: **SENIOR HIGH SCHOOL ATHLETIC DEPARTMENT**

For more information or assistance regarding all Student Insurance, contact our Customer Service Department at **1-866-409-5733**

IF YOU WISH TO PAY WITH MASTERCARD OR VISA: Go to www.K12StudentInsurance.com**

*****A 5% administrative charge will be added for Credit Card Orders***

Accident Coverage underwritten by: Starr Indemnity & Liability Company, 399 Park Avenue, 8th Floor, New York, NY 10022

Seguro Voluntario de Accidentes para Estudiantes

MIAMI DADE COUNTY

PÚBLICO VOLUNTARIO

Plan Administrator:

HSR
Health Special Risk, Inc.

Health Special Risk, Inc.
HSR Plaza II
4100 Medical Parkway, Suite 200
Carrollton, TX 75007 - 1517
Phone: 866.409.5733, Ext. 5660
Fax: 972.512.5819
www.healthspecialrisk.com

Offered Through:

ifs

Insurance for Students, Inc.
1690 South Congress Ave, Suite 101
Delray, FL 33445
Phone: 954.771.5883
Toll-free: 800.356.1235
Fax: 954.772.0872
ifs@insuranceforstudents.com

Underwritten By:

STARR
INSURANCE COMPANIES

Starr Indemnity & Liability Company
New York, NY 10022

Policy Number: BAP 273187

HSR es una agencia de seguros con licencia independiente y está autorizada para vender este seguro de accidente estudiantil en nombre de Starr Companies. Cobertura suscrita por: Starr Indemnity & Liability Co., Dallas, TX

2021-2022

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE MIAMI DADE

Cobertura de seguro voluntario contra accidentes para alumnos K-12

Cobertura asegurada por: Starr Indemnity & Liability Company;
399 Park Avenue, 8th Floor, New York, NY 10022

La siguiente es solo una breve descripción de la(s) cobertura(s) disponibles conforme a la póliza BAP 273187. La póliza incluirá reducciones, limitaciones, exclusiones y disposiciones de finalización. Los detalles completos de la cobertura están incluidos en la póliza. En caso de que exista alguna discrepancia entre este documento y la póliza, o si algún punto no está cubierto en el presente documento, los términos y condiciones de la póliza prevalecerán. Los términos en mayúscula que no están definidos en este documento se encuentran definidos en la póliza."

ELEGIBILIDAD:

Todos los alumnos registrados de los grados preK-12 de la escuela o distrito participante.

OPCIONES DE COBERTURA

COBERTURA LAS 24 HORAS: Los beneficios se pagarán por lesiones ocurridas en las 24 horas al día, los 365 días del año; durante los recesos escolares, la escuela de verano y las vacaciones de verano. Durante la participación en la práctica o el partido de fútbol interescolar de escuelas secundarias no se brinda ningún tipo de cobertura.

COBERTURA ESCOLAR: Los beneficios se pagarán por lesiones ocurridas: (a) durante el ciclo escolar regular; (b) en las instalaciones escolares durante el horario lectivo de la escuela; (c) en las instalaciones escolares fuera del horario lectivo de la escuela si participa en un evento o actividad patrocinado por la escuela o asiste a él; (d) fuera de las instalaciones de la escuela durante la asistencia o participación en un evento/actividad patrocinada por la escuela (se incluyen las excursiones escolares de un día); (e) el traslado directo de/hacia el hogar del asegurado y las instalaciones escolares los días en los que el asegurado tiene clases del calendario regular; si el traslado se realiza en otro medio de transporte distinto al autobús escolar, el tiempo de traslado cubierto es de una hora antes de la primera clase y una hora después de que el asegurado se haya retirado; y (e) el traslado hacia, durante o después de un evento/actividad con cobertura, como miembro de un grupo en el transporte provisto u organizado por el distrito/la escuela titular de la póliza. Durante la participación en la práctica o el partido de fútbol interescolar de escuelas secundarias no se brinda ningún tipo de cobertura.

PERÍODO DE COBERTURA: La cobertura conforme al programa At School (Escolar) y de 24 horas comienza en la fecha de recepción de la prima, pero no antes del inicio de las actividades del ciclo lectivo. La cobertura escolar finaliza al momento de cierre del ciclo lectivo regular de nueve meses, excepto en el caso de eventos patrocinados y supervisados por la escuela durante el verano. La cobertura de 24 horas finaliza cuando la escuela reabre para el siguiente ciclo lectivo de otoño. La cobertura está disponible en ambos planes durante todo el año escolar con las primas cotizadas **(no hay primas prorrateadas disponibles).**

BENEFICIOS

GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE: Cuando una lesión cubierta en un asegurado da lugar al tratamiento a cargo de un médico o cirujano en un plazo de 60 días a partir de la fecha del accidente, los beneficios se pagarán del modo que se muestra en el **programa de beneficios**, superior al deducible médico, si corresponde. Solo tendrán cobertura los gastos médicos elegibles que contraiga el asegurado en un plazo de 104 semanas a partir de la fecha del accidente. Los beneficios en caso de accidente no superarán el beneficio médico máximo de $25,000 ($5,000 para accidentes automovilísticos, a excepción de 2 o 3 ruedas). Se pagarán los Gastos médicos que contraiga el asegurado por los servicios cubiertos que superen los montos máximos pagaderos por otro plan de seguro, sujeto al deducible, al porcentaje de beneficio y al período de beneficios.

MUERTE O DESMEMBRAMIENTO POR ACCIDENTE: En caso de lesión del asegurado en cualquiera de las pérdidas cubiertas que se muestran a continuación, en el plazo de 180 días a partir de la fecha de la lesión, la compañía pagará el monto indicado a continuación para dicha pérdida. Si se producen varias pérdidas, solo se pagará un beneficio, el beneficio superior, para todas las pérdidas que sean consecuencia del mismo accidente cubierto.

Pérdida de vida	$1,500.00
Pérdida de ambas manos, ambos pies, la vista en ambos ojos, el habla y la audición	$7,500.00
Pérdida de una mano, un pie, la vista en un ojo, el habla o la audición	$1,000.00
Pérdida del dedo pulgar e índice de la misma mano	$500.00

DEFINICIONES

Cargos usuales y habituales hace referencia al monto promedio que cobra la mayoría de los proveedores por el tratamiento, el servicio o los suministros en la región geográfica en la que se proporciona el suministro o servicio de tratamiento.

Lesión hace referencia a una lesión corporal en una persona cubierta que resulte de manera directa, independientemente de las demás causas, de un accidente cubierto que se produzca durante la vigencia de la póliza con respecto a la persona cuya lesión es la base de la reclamación.

Hospital hace referencia a una institución que 1) funcione como un hospital, conforme a la legislación sobre la atención, el tratamiento y la prestación de servicios a pacientes internados que sufran alguna enfermedad o lesión; 2) preste servicios de enfermería las 24 horas a cargo de enfermeras registradas por turno o de guardia; 3) tenga un personal de uno o más médicos matriculados disponibles en todo momento; 4) proporcione centros organizados para el diagnóstico, el tratamiento y la cirugía, ya sea a) en sus instalaciones o b) en centros disponibles de manera acordada previamente; 5) no sea principalmente un centro de atención de enfermería, un asilo, hogar de convalecencia o establecimiento similar, o cualquier planta, ala o sección independiente de un hospital que se utilice como tal; y 6) no sea un lugar destinado a personas mayores, drogadictos o alcohólicos.

No se negará una reclamación por servicios únicamente porque el hospital carezca de centros quirúrgicos especializados y sea básicamente para rehabilitación, si dicha rehabilitación está específicamente orientada al tratamiento de una discapacidad física y el hospital cuenta con una acreditación otorgada por alguna de las siguientes entidades: 1) la Comisión Conjunta para la Acreditación de Hospitales; 2) la Asociación Osteopática Estadounidense o 3) la Comisión para la Acreditación de Centros de Rehabilitación.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Esta póliza no cubre ninguna pérdida que resulte, total o parcialmente, o sea consecuencia natural o probable de alguna de las siguientes circunstancias, o a la que esta haya contribuido, incluso si la causa inmediata de la pérdida es una lesión corporal accidental: suicidio, autodestrucción, intento de autodestrucción o lesión autoinfligida intencionalmente en posesión o no de las facultades mentales; guerra o cualquier acto bélico, declarado o no declarado; enfermedad, afección o cualquier infección bacteriana, excepto las que deriven de un corte o herida accidental o de infecciones piógenas que se deban a la ingestión accidental de sustancias contaminadas; consumo voluntario de drogas o narcóticos, a menos que hayan sido recetados por un médico; gastos cubiertos sobre los cuales la persona cubierta no sería responsable en caso de ausencia de esta póliza; lesiones pagadas de acuerdo con la compensación para trabajadores, las leyes de responsabilidad patronal o cualquier otro beneficio laboral similar, o bien durante la participación en actividades destinadas a la ganancia monetaria proveniente de fuentes distintas al titular de la póliza; lesiones causadas por, o a las que haya contribuido o sean provocadas por el consumo de alcohol, drogas ilegales o fármacos, por parte de la persona cubierta, que no cumplan con la dosis o la indicación conformes a la receta del médico de la Persona cubierta; servicios o tareas activas en las fuerzas armadas, la Guardia Nacional, los cuerpos de oficiales reservistas organizados o de las fuerzas militares, navales o aéreas de cualquier país u organización internacional, servicios o tratamiento provistos por un médico, enfermera/o o cualquier otra persona que esté empleada o contratada por el titular de la póliza; o un miembro cercano de la familia de la persona cubierta; tratamiento de una hernia, enfermedad de Osgood-Schlatter, osteocondritis, apendicitis, osteomielitis, afecciones o enfermedad cardíaca, fracturas patológicas, debilidad congénita, sean consecuencia o no de un accidente cubierto; daños o pérdida de dentadura o puentes, o bien daños en la ortodoncia existente, excepto en los casos específicamente previstos en esta póliza; anteojos, lentes de contacto, audífonos; el traslado o transporte aéreo en cualquier vehículo de navegación aérea, incluido el embarque o el descenso en los siguientes casos: En el transcurso del viaje como pasajero en cualquier aeronave que no esté destinada al transporte de pasajeros o carezca de la licencia correspondiente.

Los siguientes puntos no se considerarán gastos cubiertos, a menos que su cobertura esté específicamente prevista en el programa de beneficios: 1) sangre, plasma sanguíneo o almacenamiento de sangre, excepto los gastos de un Hospital para el procesamiento o la administración de la sangre; 2) cirugía cosmética, excepto la cirugía reconstructiva necesaria como consecuencia de una pérdida cubierta; 3) todo tratamiento, cirugía, terapia médica o examen, ya sea optativo o de rutina, incluidos los servicios, el tratamiento y los suministros que: (a) son experimentales o están en fase de investigación; y (b) no constituyen una práctica médica reconocida y de aceptación generalizada en los Estados Unidos; 4) exámenes o recetas, o la compra, la reparación o el reemplazo, de anteojos, lentes de contacto, audífonos, sillas de rueda, ortodoncia, dispositivos, soportes ortopédicos o dispositivos ortóticos; 5) tratamiento en cualquier administración de asuntos de los veteranos, organismo federal o estatal, a menos que exista la obligación legal de pagar; 6) servicios o tratamiento provistos por personas que no suelen cobrar por sus servicios, a menos que exista la obligación legal de pagar; 7) curas de descanso o atención de custodia; 8) reparación o reemplazo de dentaduras completas o parciales existentes, ortodoncia o puente; 9) servicios personales, como televisión y teléfono o traslado; 10) aparatos ortopédicos utilizados principalmente para cuidar una Lesión de modo tal que la persona cubierta pueda participar de deportes interescolares o de clubes; 11) gastos pagaderos por una póliza de seguro automotor sin consideración de la culpa; 12) tratamiento de lesiones que surgen después de un determinado período de tiempo (por ejemplo, ampollas, codo de tenista, etc.) y son consecuencia normal y previsible de la participación en la actividad cubierta; 13) reparación o reemplazo de extremidades artificiales existentes, ojos y laringe; 14) cargos por cualquier artículo de vestir previsto para usarse más de una vez; 15) afecciones preexistentes, tal como se definen en este documento; 16) embarazo, parto, aborto espontáneo, aborto o cualquier complicación de alguna de estas afecciones excepto que el tratamiento se requiera como consecuencia de un Accidente cubierto; 17) gastos incurridos para el tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular o craneomandibular y el dolor miofacial asociado; 18) Lesión o muerte en la que una de las causas es la violación o el intento de violación, por parte de la persona cubierta, de cualquier ley debidamente promulgada o la perpetración o el intento de perpetrar una agresión o delito grave; 19) anteojos, lentes de contacto, audífonos, sillas de rueda, ortodoncia, dispositivos, exámenes o recetas para ellos, o la reparación o el reemplazo de extremidades artificiales existentes, aparatos ortopédicos o dispositivos ortóticos; 20) tratamiento o servicio provisto por un(a) enfermero(a) particular; 21) refracción ocular o exámenes oculares con el fin de recetar lentes correctivos o aplicar un ajuste en ellos, a menos que resulten de una lesión sufrida durante la cobertura conforme a esta póliza; 22) vacunas/inyecciones; 23) trastornos mentales y nerviosos; 24) traslado en cualquier vehículo motorizado todo terreno que no requiera licencia como vehículo motorizado en la jurisdicción en la que opere; 25) lesiones asociadas con actividades o viajes fuera de los Estados Unidos.

CONSERVE ESTA DESCRIPCIÓN PARA SU REGISTRO. Conserve este folleto de seguro contra accidentes para alumnos y su comprobante de giro bancario o cheque cancelado como registro de cobertura. Este folleto se ha diseñado para ilustrar los aspectos destacados de este seguro. Toda información sobre el seguro contra accidentes para alumnos está sujeta a las disposiciones del Formulario de la póliza AH-20001-FL. Se aplicarán exclusiones y limitaciones. En caso de que exista alguna discrepancia entre esta póliza y la información sobre accidentes de alumnos, las disposiciones de la póliza prevalecerán.

PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL SEGURO CONTRA ACCIDENTES DE ALUMNOS

PACIENTE INTERNADO:	PLAN BÁSICO
Habitación y comidas	100% de los cargos usuales y habituales hasta $1,000 por día
Varios hospitalarios	100% de los cargos usuales y habituales hasta el límite de gastos médicos por accidente (AME*)
Enfermero(a) registrado(a)	100% de los cargos usuales y habituales hasta el límite de gastos médicos por accidente (AME*)
Visitas no quirúrgicas del médico	Hasta $45 el primer día; luego $40 por día (se limita a una visita por día)
PACIENTES AMBULATORIOS:	
Cirugía para pacientes ambulatorios en el hospital - Cargos del centro	100% de los cargos usuales y habituales hasta el límite de gastos médicos por accidente (AME*)
Visitas no quirúrgicas del médico	Hasta $45 el primer día; luego $40 por día (se limita a una visita por día)
Fisioterapia	Hasta $30 por visita/10 visitas como máximo
Sala de emergencias	100% de los cargos usuales y habituales hasta alcanzar el límite de gastos médicos por accidente (AME*) (el tratamiento debe proporcionarse en el plazo de 72 horas a partir del momento de la lesión)
Servicios de radiografías (incluye los cargos por lectura)	100% de los cargos usuales y habituales hasta $75 como máximo
Tomografía axial computarizada (TAC) (incluye los cargos por lectura)	100% de los cargos usuales y habituales hasta $375 como máximo
Resonancia magnética (MRI)(incluye los cargos por lectura)	100% de los cargos usuales y habituales hasta $750 como máximo
Laboratorio	Sin beneficios
Inyecciones	Sin beneficios
Medicamentos recetados	Sin beneficios
Corazón y sistema circulatorio (afección cubierta: agotamiento por calor)	100% de los cargos usuales y habituales hasta el límite de gastos médicos por accidente (AME*)
Dispositivos y aparatos ortopédicos	100% de los cargos usuales y habituales hasta el límite de gastos médicos por accidente (AME*)
PACIENTES INTERNADOS Y/O AMBULATORIOS:	
Tarifas del cirujano	100% de los cargos usuales y habituales hasta el límite de gastos médicos por accidente (AME*)
Anestesista	100% de los cargos usuales y habituales hasta el límite de gastos médicos por accidente (AME*)
Cirujano asistente	100% de los cargos usuales y habituales hasta el límite de gastos médicos por accidente (AME*)
Ambulancia (del lugar del accidente al hospital)	100% de los cargos usuales y habituales hasta $250 como máximo
Consultor	Se paga con la visita del médico
Dental (lesiones en dientes sanos naturales únicamente, incluidas las radiografías)	Hasta $500 por diente/$1,000 como máximo
Reemplazo de anteojos, lentes de contacto y audífonos	100% de los cargos usuales y habituales hasta el límite de gastos médicos por accidente (AME*) (cuando se rompen como consecuencia de una lesión cubierta)
Atención médica a domicilio	40 visitas no quirúrgicas por año de la póliza (los servicios deben prestarse en el plazo de 7 días después de la hospitalización o cirugía para pacientes ambulatorios. El médico debe recomendar el tratamiento)
Beneficio de gastos por exposición a patógenos de transmisión sanguínea	100% de los cargos usuales y habituales hasta $500 como máximo
Intoxicación	Se paga como cualquier otra lesión (la intoxicación debe ser consecuencia de alimentos suministrados por la escuela)

OPCIONES DEL PLAN Y TARIFAS

(Realice su selección en el formulario de inscripción adjunto).

PLANES DE COBERTURA	TARIFAS DEL PLAN BÁSICO
24 horas, excepto el fútbol de escuela secundaria (PK-12)	$70.00
En la escuela, excepto deportes/fútbol (PK-6)	$14.00
En la escuela (grados 7-12), excepto los deportes y el fútbol interescolares del último año de secundaria	$15.00

*Accident Medical Expense

2021-2022
ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE MIAMI DADE
SEGURO VOLUNTARIO CONTRA ACCIDENTES PARA ALUMNOS K-12
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Apellido del alumno: _____ Fecha de nacimiento del alumno: _____

Nombre del alumno: _____ Inicial del segundo nombre:_____ Número de teléfono: _____

Número del seguro social del alumno: _____ Grado:_____ Número de Id. del alumno: _____

Domicilio:_____
Calle Ciudad Estado Código postal

Nombre del distrito escolar:_____ Nombre del campus escolar: _____
(**obligatorio para el procesamiento**)

Firma del padre/madre o tutor: _____ Fecha: _____ Correo electrónico Domicilio:_____

VERIFIQUE SUS SELECCIONES A CONTINUACIÓN:	
PLANES DE COBERTURA	PLAN BÁSICO
24 horas, excepto el fútbol de escuela secundaria (PK-12)	· $70.00
En la escuela, excepto deportes/fútbol/actividades (PK-6)	· $14.00
En la escuela (grados 7-12), excepto los deportes y el fútbol interescolares del último año de secundaria	· $15.00
SOLO PARA USO DE LA COMPAÑÍA: Nro. de cheque _____ Monto recibido	**Adjuntar cheque para el pago total pagadero a: Health Special Risk** TOTAL todas las selecciones AQUÍ: $____

Una vez finalizado, envíe este formulario a la siguiente dirección:

Health Special Risk, Inc.
P.O. Box 957824
St. Louis, MO 63195-7824

Para obtener más información o asistencia sobre el seguro para todos los alumnos, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente al **1-866-409-5733**

SI DESEA PAGAR CON TARJETA MASTERCARD O VISA: Visite www.K12StudentInsurance.com**

*****Se agregará un cargo administrativo del 5% para los pedidos con tarjeta de crédito***

Cobertura contra accidentes asegurada por:
Starr Indemnity & Liability Company, 399 Park Avenue, 8th Floor, New York, NY 10022

Seguro Voluntario de Accidentes para Estudiantes

MIAMI DADE COUNTY

PÚBLICO ATLÉTICO

Plan Administrator:

HSR
Health Special Risk, Inc.

Health Special Risk, Inc.
HSR Plaza II
4100 Medical Parkway, Suite 200
Carrollton, TX 75007 - 1517
Phone: 866.409.5733, Ext. 5660
Fax: 972.512.5819
www.healthspecialrisk.com

Offered Through:

ifs

Insurance for Students, Inc.
1690 South Congress Ave, Suite 101
Delray, FL 33445
Phone: 954.771.5883
Toll-free: 800.356.1235
Fax: 954.772.0872
ifs@insuranceforstudents.com

Underwritten By:

STARR
INSURANCE COMPANIES

Starr Indemnity & Liability Company
New York, NY 10022

Policy Number: BAP 273187

HSR es una agencia de seguros con licencia independiente y está autorizada para vender este seguro de accidente estudiantil en nombre de Starr Companies. Cobertura suscrita por: Starr Indemnity & Liability Co., Dallas, TX

2021-2022

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE MIAMI DADE

Cobertura de seguro contra accidentes deportivos obligatoria para alumnos

Cobertura asegurada por: Starr Indemnity & Liability Company; 399 Park Avenue, 8th Floor, New York, NY 10022

La siguiente es solo una breve descripción de la(s) cobertura(s) disponibles conforme a la póliza BAP 273187. La póliza incluirá reducciones, limitaciones, exclusiones y disposiciones de finalización. Los detalles completos de la cobertura están incluidos en la póliza. En caso de que exista alguna discrepancia entre este documento y la póliza, o si algún punto no está cubierto en el presente documento, los términos y condiciones de la póliza prevalecerán. Los términos en mayúscula que no están definidos en este documento se encuentran definidos en la póliza."

ELEGIBILIDAD:

Deportistas, alumnos participantes, encargados de alumnos y entrenadores de alumnos de escuelas secundarias del distrito/escuelas participantes de los siguientes equipos/eventos: Bádminton, béisbol, baloncesto, bolos, boxeo, cheerleading, cross country, equitación, fútbol, golf, gimnasia, hockey, lacrosse, tiro, rugby, patinaje, *soccer*, softbol, natación, tenis, track & field, vóleibol, waterpolo y lucha libre.

OPCIONES DE COBERTURA

COBERTURA ESCOLAR: Los beneficios se pagarán por lesiones ocurridas: (a) durante el ciclo escolar regular; (b) en las instalaciones escolares durante el horario lectivo de la escuela; (c) en las instalaciones escolares fuera del horario lectivo de la escuela si participa en un evento o actividad patrocinado por la escuela o asiste a él; (d) fuera de las instalaciones de la escuela durante la asistencia o participación en un evento/actividad patrocinada por la escuela (se incluyen las excursiones escolares de un día); (e) el traslado directo de/hacia el hogar del asegurado y las instalaciones escolares los días en los que el asegurado tiene clases del calendario regular; si el traslado se realiza en otro medio de transporte distinto al autobús escolar, el tiempo de traslado cubierto es de una hora antes de la primera clase y una hora después de que el asegurado se haya retirado; y (e) el traslado hacia, durante o después de un evento/actividad con cobertura, como miembro de un grupo en el transporte provisto u organizado por el distrito/la escuela titular de la póliza. Durante la participación en la práctica o el partido de fútbol interescolar de escuelas secundarias no se brinda ningún tipo de cobertura.

SOLO FÚTBOL DE ESCUELA SECUNDARIA: Se brinda cobertura de seguro para los futbolistas de escuela secundaria durante las pruebas deportivas, los partidos de pretemporada, la práctica, la preparación aprobada por el órgano directivo interescolar estatal, los partidos regulares y de postemporada, además del traslado hacia, durante o después de las actividades deportivas con cobertura como miembro de un grupo en el transporte provisto y organizado por la escuela.

PERÍODO DE COBERTURA: La cobertura conforme al programa At School (Escolar) comienza en la fecha de recepción de la prima, pero no antes del inicio de las actividades del ciclo lectivo. La cobertura escolar finaliza al momento de cierre del ciclo lectivo regular de nueve meses, excepto en el caso de eventos patrocinados y supervisados por la escuela durante el verano. La cobertura de deportes interescolares comienza en la fecha que especifica el órgano directivo interescolar estatal como el primer día oficial de práctica para cada deporte o actividad interescolar durante el otoño. La cobertura de los deportes interescolares durante el invierno y la primavera comienza en la fecha de recepción de la prima, pero no antes del inicio de las actividades del ciclo lectivo.

BENEFICIOS

GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE: Cuando una lesión cubierta en un asegurado da lugar al tratamiento a cargo de un médico o cirujano en un plazo de 60 días a partir de la fecha del accidente, los beneficios se pagarán del modo que se muestra en el programa de beneficios, superior al deducible médico, si corresponde. Solo tendrán cobertura los gastos médicos elegibles que contraiga el asegurado en un plazo de 104 semanas a partir de la fecha del accidente. Los beneficios en caso de accidente no superarán el beneficio médico máximo de $25,000 ($5,000 para accidentes automovilísticos, a excepción de 2 o 3 ruedas). Se pagarán los gastos médicos que contraiga el asegurado por los servicios cubiertos que superen los montos máximos pagaderos por otro plan de seguro, sujeto al deducible, al porcentaje de beneficio y al período de beneficios.

MUERTE O DESMEMBRAMIENTO POR ACCIDENTE: En caso de lesión del asegurado en cualquiera de las pérdidas cubiertas que se muestran a continuación, en el plazo de 180 días a partir de la fecha de la lesión, la compañía pagará el monto indicado a continuación para dicha pérdida. Si se producen varias pérdidas, solo se pagará un beneficio, el beneficio superior, para todas las pérdidas que sean consecuencia del mismo accidente cubierto.

	Plan básico	Plan de fútbol
Pérdida de vida	$1,500.00	$1,000.00
Pérdida de ambas manos, ambos pies, la vista en ambos ojos, el habla y la audición	$7,500.00	$1,000.00
Pérdida de una mano, un pie, la vista en un ojo, el habla o la audición	$1,000.00	$ 500.00
Pérdida del dedo pulgar e índice de la misma mano	$ 500.00	$ 500.00

DEFINICIONES

Cargos usuales y habituales hace referencia al monto promedio que cobra la mayoría de los proveedores por el tratamiento, el servicio o los suministros en la región geográfica en la que se proporciona el suministro o servicio de tratamiento.

Lesión hace referencia a una lesión corporal en una persona cubierta que resulte de manera directa, independientemente de las demás causas, de un accidente cubierto que se produzca durante la vigencia de la póliza con respecto a la persona cuya lesión es la base de la reclamación.

Hospital hace referencia a una institución que 1) funcione como un hospital, conforme a la legislación sobre la atención, el tratamiento y la prestación de servicios a pacientes internados que sufran alguna enfermedad o lesión; 2) preste servicios de enfermería las 24 horas a cargo de enfermeras registradas por turno o de guardia; 3) tenga un personal de uno o más médicos matriculados disponibles en todo momento; 4) proporcione centros organizados para el diagnóstico, el tratamiento y la cirugía, ya sea a) en sus instalaciones o b) en centros disponibles de manera acordada previamente; 5) no sea principalmente un centro de atención de enfermería, un asilo, hogar de convalecencia o establecimiento similar, o cualquier planta, ala o sección independiente de un hospital que se utilice como tal; y 6) no sea un lugar destinado a personas mayores, drogadictos o alcohólicos.

No se negará una reclamación por servicios únicamente porque el hospital carezca de centros quirúrgicos especializados y sea básicamente para rehabilitación, si dicha rehabilitación está específicamente orientada al tratamiento de una discapacidad física y el hospital cuenta con una acreditación otorgada por alguna de las siguientes entidades: 1) la Comisión Conjunta para la Acreditación de hospitales; 2) la Asociación Osteopática Estadounidense o 3) la Comisión para la Acreditación de Centros de Rehabilitación.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Esta póliza no cubre ninguna pérdida que resulte, total o parcialmente, o sea consecuencia natural o probable de alguna de las siguientes circunstancias, o a la que esta haya contribuido, incluso si la causa inmediata de la pérdida es una lesión corporal accidental: suicidio, autodestrucción, intento de autodestrucción o lesión autoinfligida intencionalmente en posesión o no de las facultades mentales; guerra o cualquier acto bélico, declarado o no declarado; enfermedad, afección o cualquier infección bacteriana, excepto las que deriven de un corte o herida accidental o de infecciones piógenas que se deban a la ingestión accidental de sustancias contaminadas; consumo voluntario de drogas o narcóticos, a menos que hayan sido recetados por un médico; gastos cubiertos sobre los cuales la persona cubierta no sería responsable en caso de ausencia de esta póliza; lesiones pagadas de acuerdo con la compensación para trabajadores, las leyes de responsabilidad patronal o cualquier otro beneficio laboral similar, o bien durante la participación en actividades destinadas a la ganancia monetaria proveniente de fuentes distintas al titular de la póliza; lesiones causadas por, o a las que haya contribuido o sean provocadas por el consumo de alcohol, drogas ilegales o fármacos, por parte de la persona cubierta, que no cumplan con la dosis o la indicación conformes a la receta del médico de la Persona cubierta; servicios o tareas activas en las fuerzas armadas, la Guardia Nacional, los cuerpos de oficiales reservistas organizados o de las fuerzas militares, navales o aéreas de cualquier país u organización internacional, servicios o tratamiento provistos por un médico, enfermera/o o cualquier otra persona que esté empleada o contratada por el titular de la póliza; o un miembro cercano de la familia de la persona cubierta; tratamiento de una hernia, enfermedad de Osgood-Schlatter, osteocondritis, apendicitis, osteomielitis, afecciones o enfermedad cardíaca, fracturas patológicas, debilidad congénita, sean consecuencia o no de un accidente cubierto; daños o pérdida de dentadura o puentes, o bien daños en la ortodoncia existente, excepto en los casos específicamente previstos en esta póliza; anteojos, lentes de contacto, audífonos; el traslado o transporte aéreo en cualquier vehículo de navegación aérea, incluido el embarque o el descenso en los siguientes casos: En el transcurso del viaje como pasajero en cualquier aeronave que no esté destinada al transporte de pasajeros o carezca de la licencia correspondiente. Los siguientes puntos no se considerarán gastos cubiertos, a menos que su cobertura esté específicamente prevista en el programa de beneficios: sangre, plasma sanguíneo o almacenamiento de sangre, excepto los gastos de un Hospital para el procesamiento o la administración de la sangre; 2) cirugía cosmética, excepto la cirugía reconstructiva necesaria como consecuencia de una pérdida cubierta; 3) todo tratamiento, cirugía, terapia médica o examen, ya sea optativo o de rutina, incluidos los servicios, el tratamiento y los suministros que: (a) son experimentales o están en fase de investigación; y (b) no constituyen una práctica médica reconocida y de aceptación generalizada en los Estados Unidos; 4) exámenes o recetas, o la compra, la reparación o el reemplazo de anteojos, lentes de contacto, audífonos, sillas de rueda, ortodoncia, dispositivos, soportes ortopédicos o dispositivos ortóticos; 5) tratamiento en cualquier administración de asuntos de los veteranos, organismo federal o estatal, a menos que exista la obligación legal de pagar; 6) servicios o tratamiento provistos por personas que no suelen cobrar por sus servicios, a menos que exista la obligación legal de pagar; 7) curas de descanso o atención de custodia; 8) reparación o reemplazo de dentaduras completas o parciales existentes, ortodoncia o puente; 9) servicios personales, como televisión y teléfono o traslado; 10) aparatos ortopédicos utilizados principalmente para cuidar una Lesión de modo tal que la persona cubierta pueda participar de deportes interescolares o de clubes; 11) gastos pagaderos por una póliza de seguro automotor sin consideración de la culpa; 12) tratamiento de lesiones que surgen después de un determinado período de tiempo (por ejemplo, ampollas, codo de tenista, etc.) y son consecuencia normal y previsible de la participación en la actividad cubierta; 13) reparación o reemplazo de extremidades artificiales existentes, ojos y laringe; 14) cargos por cualquier artículo de vestir previsto para usarse más de una vez; 15) afecciones preexistentes, tal como se definen en este documento; 16) embarazo, parto, aborto espontáneo, aborto o cualquier complicación de alguna de estas afecciones excepto que el tratamiento se requiera como consecuencia de un Accidente cubierto; 17) gastos incurridos para el tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular o craneomandibular y el dolor miofacial asociado; 18) Lesión o muerte en la que una de las causas es la violación o el intento de violación, por parte de la persona cubierta, de cualquier ley debidamente promulgada o la perpetración o el intento de perpetrar una agresión o delito grave; 19) anteojos, lentes de contacto, audífonos, sillas de rueda, ortodoncia, dispositivos, exámenes o recetas para ellos, o la reparación o el reemplazo de extremidades artificiales existentes, aparatos ortopédicos o dispositivos ortóticos; 20) tratamiento o servicio provisto por un(a) enfermero(a) particular; 21) refracción ocular o exámenes oculares con el fin de recetar lentes correctivos o aplicar un ajuste en ellos, a menos que resulten de una lesión sufrida durante la cobertura conforme a esta póliza; 22) vacunas/inyecciones; 23) trastornos mentales y nerviosos; 24) traslado en cualquier vehículo motorizado todo terreno que no requiera licencia como vehículo motorizado en la jurisdicción en la que opere; 25) lesiones asociadas con actividades o viajes fuera de los Estados Unidos.

CONSERVE ESTA DESCRIPCIÓN PARA SU REGISTRO. Conserve este folleto de seguro contra accidentes para alumnos y su comprobante de giro bancario o cheque cancelado como registro de cobertura. Este folleto se ha diseñado para ilustrar los aspectos destacados de este seguro. Toda información sobre el seguro contra accidentes para alumnos está sujeta a las disposiciones del Formulario de la póliza AH-20001-FL. Se aplicarán exclusiones y limitaciones. En caso de que exista alguna discrepancia entre esta póliza y la información sobre accidentes de alumnos, las disposiciones de la póliza prevalecerán.

PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL SEGURO CONTRA ACCIDENTES DE ALUMNOS

PACIENTE INTERNADO:	PLAN BÁSICO Sin deducible médico	PLAN DE FÚTBOL DE MIAMI DADE Deducible médico de $250*
Habitación y comidas	100% de los cargos usuales y habituales hasta $1,000 por día	100% de los cargos usuales y habituales hasta $1,000 por día
Varios hospitalarios	100% de los cargos usuales y habituales	Se pagan como Habitación y comidas del hospital
Enfermero(a) registrado(a)	100% de los cargos usuales y habituales	100% de los cargos usuales y habituales
Visitas no quirúrgicas del médico	Hasta $45 el primer día; luego $40 por día (se limita a una visita por día)	Hasta $45 el primer día; luego $40 por día (se limita a una visita por día)

PACIENTES AMBULATORIOS:		
Cirugía para pacientes ambulatorios en el hospital - Cargos del centro	100% de los cargos usuales y habituales	100% de los cargos usuales y habituales
Visitas no quirúrgicas del médico	Hasta $45 el primer día; luego $40 por día (se limita a una visita por día)	Hasta $45 el primer día; luego $40 por día (se limita a una visita por día)
Fisioterapia	Hasta $30 por visita/10 visitas como máximo	Hasta $30 por visita/20 visitas como máximo
Sala de emergencias	100% de los cargos usuales y habituales hasta alcanzar el límite de gastos médicos por accidente (AME, Accident Medical Expense) (el tratamiento debe proporcionarse en el plazo de 72 horas a partir del momento de la lesión)	100% de los cargos usuales y habituales hasta alcanzar el límite de gastos médicos por accidente (AME, Accident Medical Expense) (el tratamiento debe proporcionarse en el plazo de 72 horas a partir del momento de la lesión)
Servicios de radiografías (incluye los cargos por lectura)	100% de los cargos usuales y habituales hasta $75	100% de los cargos usuales y habituales hasta $75
Tomografía axial computarizada (TAC) (incluye los cargos por lectura)	100% de los cargos usuales y habituales hasta $375	100% de los cargos usuales y habituales hasta $375
Resonancia magnética (MRI, Magnetic Resonance Imaging) (incluye los cargos por lectura)	100% de los cargos usuales y habituales hasta $750	100% de los cargos usuales y habituales hasta $750
Laboratorio	Sin beneficios	Sin beneficios
Inyecciones	Sin beneficios	Sin beneficios
Medicamentos recetados	Sin beneficios	100% de los cargos usuales y habituales
Dispositivos y aparatos ortopédicos	100% de los cargos usuales y habituales hasta $250 como máximo	100% de los cargos usuales y habituales
Atención médica a domicilio	40 visitas no quirúrgicas por año de la póliza (los servicios deben prestarse en el plazo de 7 días después de la hospitalización o cirugía para pacientes ambulatorios. El médico debe recomendar el tratamiento)	40 visitas no quirúrgicas por año de la póliza (los servicios deben prestarse en el plazo de 7 días después de la hospitalización o cirugía para pacientes ambulatorios. El médico debe recomendar el tratamiento)
Corazón y sistema circulatorio (afección cubierta: agotamiento por calor)	100% de los cargos usuales y habituales	100% de los cargos usuales y habituales
PACIENTES INTERNADOS Y/O AMBULATORIOS:		
Tarifas del cirujano	100% de los cargos usuales y habituales	100% de los cargos usuales y habituales
Anestesista	100% de los cargos usuales y habituales	100% de los cargos usuales y habituales
Cirujano asistente	100% de los cargos usuales y habituales	100% de los cargos usuales y habituales
Ambulancia (del lugar del accidente al hospital)	100% de los cargos usuales y habituales hasta $250	100% de los cargos usuales y habituales hasta $250
Consultor	Se paga con la visita del médico	100% de los cargos usuales y habituales

Dental (lesiones en dientes sanos naturales únicamente, incluidas las radiografías)	Hasta $500 por diente/$1,000 como máximo	Hasta $500 por diente/$1,000 como máximo
Reemplazo de anteojos, lentes de contacto y audífonos	100% de los cargos usuales y habituales (cuando se rompen como consecuencia de una lesión cubierta)	100% de los cargos usuales y habituales (cuando se rompen como consecuencia de una lesión cubierta)
Exposición a patógenos de transmisión sanguínea	100% de los cargos usuales y habituales hasta $500	100% de los cargos usuales y habituales hasta $500
Intoxicación	Se paga como cualquier otra lesión (la intoxicación debe ser consecuencia de alimentos suministrados por la escuela)	Sin beneficios

*Se cancela el Deducible médico de $250 en los siguientes casos: (1) se realiza una cirugía necesaria como paciente ambulatorio; (2) se prestan servicios de radiografías o laboratorio de diagnóstico como paciente ambulatorio para las pruebas de preadmisión en el plazo de 7 días antes del ingreso al hospital; (3) se obtiene una segunda opinión quirúrgica obligatoria para confirmar la necesidad de una cirugía que no es de emergencia [tenga en cuenta que esta exención solo se aplica a cargos para la segunda opinión quirúrgica].

OPCIONES DEL PLAN Y TARIFAS

PLANES DE COBERTURA	TARIFAS DEL PLAN BÁSICO	TARIFAS DEL PLAN DE FÚTBOL
Fútbol de escuela secundaria	No disponible	$71.00
Fútbol de Spring High School	No disponible	$20.00
En la escuela, incluidos los deportes interescolares, excepto el fútbol (escuela media y secundaria)	$20.00	No disponible

Seguro Voluntario de Accidentes para Estudiantes

MIAMI DADE COUNTY

ESCUELA AUTÓNOMA VOLUNTARIO

Plan Administrator:

HSR
Health Special Risk, Inc.

Health Special Risk, Inc.
HSR Plaza II
4100 Medical Parkway, Suite 200
Carrollton, TX 75007 - 1517
Phone: 866.409.5733, Ext. 5660
Fax: 972.512.5819
www.healthspecialrisk.com

Offered Through:

ifs

Insurance for Students, Inc.
1690 South Congress Ave, Suite 101
Delray, FL 33445
Phone: 954.771.5883
Toll-free: 800.356.1235
Fax: 954.772.0872
ifs@insuranceforstudents.com

Underwritten By:

STARR
INSURANCE COMPANIES

Starr Indemnity & Liability Company
New York, NY 10022

Policy Number: BAP 273188

HSR es una agencia de seguros con licencia independiente y está autorizada para vender este seguro de accidente estudiantil en nombre de Starr Companies. Cobertura suscrita por: Starr Indemnity & Liability Co., Dallas, TX

2021-2022

ESCUELAS CHARTER DEL CONDADO DE MIAMI DADE

Cobertura de seguro voluntario contra accidentes para alumnos K-12

Cobertura asegurada por: Starr Indemnity & Liability Company; 399 Park Avenue, 8th Floor, New York, NY 10022

La siguiente es solo una breve descripción de la(s) cobertura(s) disponibles conforme a la póliza BAP 273188. La póliza incluirá reducciones, limitaciones, exclusiones y disposiciones de finalización. Los detalles completos de la cobertura están incluidos en la póliza. En caso de que exista alguna discrepancia entre este documento y la póliza, o si algún punto no está cubierto en el presente documento, los términos y condiciones de la póliza prevalecerán. Los términos en mayúscula que no están definidos en este documento se encuentran definidos en la póliza."

ELEGIBILIDAD:

Todos los alumnos registrados de los grados preK-12 de la escuela o distrito participante.

OPCIONES DE COBERTURA

COBERTURA LAS 24 HORAS: Los beneficios se pagarán por lesiones ocurridas en las 24 horas al día, los 365 días del año; durante los recesos escolares, la escuela de verano y las vacaciones de verano. Durante la participación en la práctica o el partido de fútbol interescolar de escuelas secundarias no se brinda ningún tipo de cobertura.

COBERTURA ESCOLAR: Los beneficios se pagarán por lesiones ocurridas: (a) durante el ciclo escolar regular; (b) en las instalaciones escolares durante el horario lectivo de la escuela; (c) en las instalaciones escolares fuera del horario lectivo de la escuela si participa en un evento o actividad patrocinado por la escuela o asiste a él; (d) fuera de las instalaciones de la escuela durante la asistencia o participación en un evento/actividad patrocinada por la escuela (se incluyen las excursiones escolares de un día); (e) el traslado directo de/hacia el hogar del asegurado y las instalaciones escolares los días en los que el asegurado tiene clases del calendario regular; si el traslado se realiza en otro medio de transporte distinto al autobús escolar, el tiempo de traslado cubierto es de una hora antes de la primera clase y una hora después de que el asegurado se haya retirado; y (e) el traslado hacia, durante o después de un evento/actividad con cobertura, como miembro de un grupo en el transporte provisto u organizado por el distrito/la escuela titular de la póliza. Durante la participación en la práctica o el partido de fútbol interescolar de escuelas secundarias no se brinda ningún tipo de cobertura.

PERÍODO DE COBERTURA: La cobertura conforme al programa At School (Escolar) y de 24 horas comienza en la fecha de recepción de la prima, pero no antes del inicio de las actividades del ciclo lectivo. La cobertura escolar finaliza al momento de cierre del ciclo lectivo regular de nueve meses, excepto en el caso de eventos patrocinados y supervisados por la escuela durante el verano. La cobertura de 24 horas finaliza cuando la escuela reabre para el siguiente ciclo lectivo de otoño. La cobertura está disponible en ambos planes durante todo el año escolar con las primas cotizadas **(no hay primas prorrateadas disponibles).**

BENEFICIOS

GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE: Cuando una lesión cubierta en un asegurado da lugar al tratamiento a cargo de un médico o cirujano en un plazo de 60 días a partir de la fecha del accidente, los beneficios se pagarán del modo que se muestra en el **programa de beneficios**, superior al deducible médico, si corresponde. Solo tendrán cobertura los gastos médicos elegibles que contraiga el asegurado en un plazo de 104 semanas a partir de la fecha del accidente. Los beneficios en caso de accidente no superarán el beneficio médico máximo de $25,000 ($5,000 para accidentes automovilísticos, a excepción de 2 o 3 ruedas). Se pagarán los gastos médicos que contraiga el asegurado por los servicios cubiertos que superen los montos máximos pagaderos por otro plan de seguro, sujeto al deducible, al porcentaje de beneficio y al período de beneficios.

MUERTE O DESMEMBRAMIENTO POR ACCIDENTE: En caso de lesión del asegurado en cualquiera de las pérdidas cubiertas que se muestran a continuación, en el plazo de 180 días a partir de la fecha de la lesión, la compañía pagará el monto indicado a continuación para dicha pérdida. Si se producen varias pérdidas, solo se pagará un beneficio, el beneficio superior, para todas las pérdidas que sean consecuencia del mismo accidente cubierto.

Pérdida de vida	$1,500.00
Pérdida de ambas manos, ambos pies, la vista en ambos ojos, el habla y la audición	$7,500.00
Pérdida de una mano, un pie, la vista en un ojo, el habla o la audición	$1,000.00
Pérdida del dedo pulgar e índice de la misma mano	$500.00

DEFINICIONES

Cargos usuales y habituales hace referencia al monto promedio que cobra la mayoría de los proveedores por el tratamiento, el servicio o los suministros en la región geográfica en la que se proporciona el suministro o servicio de tratamiento.

Lesión hace referencia a una lesión corporal en una persona cubierta que resulte de manera directa, independientemente de las demás causas, de un accidente cubierto que se produzca durante la vigencia de la póliza con respecto a la persona cuya lesión es la base de la reclamación.

Hospital hace referencia a una institución que 1) funcione como un hospital, conforme a la legislación sobre la atención, el tratamiento y la prestación de servicios a pacientes internados que sufran alguna enfermedad o lesión; 2) preste servicios de enfermería las 24 horas a cargo de enfermeras registradas por turno o de guardia; 3) tenga un personal de uno o más médicos matriculados disponibles en todo momento; 4) proporcione centros organizados para el diagnóstico, el tratamiento y la cirugía, ya sea a) en sus instalaciones o b) en centros disponibles de manera acordada previamente; 5) no sea principalmente un centro de atención de enfermería, un asilo, hogar de convalecencia o establecimiento similar, o cualquier planta, ala o sección independiente de un Hospital que se utilice como tal; y 6) no sea un lugar destinado a personas mayores, drogadictos o alcohólicos.

No se negará una reclamación por servicios únicamente porque el hospital carezca de centros quirúrgicos especializados y sea básicamente para rehabilitación, si dicha rehabilitación está específicamente orientada al tratamiento de una discapacidad física y el hospital cuenta con una acreditación otorgada por alguna de las siguientes entidades: 1) la Comisión Conjunta para la Acreditación de Hospitales; 2) la Asociación Osteopática Estadounidense o 3) la Comisión para la Acreditación de Centros de Rehabilitación.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Esta póliza no cubre ninguna pérdida que resulte, total o parcialmente, o sea consecuencia natural o probable de alguna de las siguientes circunstancias, o a la que esta haya contribuido, incluso si la causa inmediata de la pérdida es una lesión corporal accidental: suicidio, autodestrucción, intento de autodestrucción o lesión autoinfligida intencionalmente en posesión o no de las facultades mentales; guerra o cualquier acto bélico, declarado o no declarado; enfermedad, afección o cualquier infección bacteriana, excepto las que deriven de un corte o herida accidental o de infecciones piógenas que se deban a la ingestión accidental de sustancias contaminadas; consumo voluntario de drogas o narcóticos, a menos que hayan sido recetados por un médico; gastos cubiertos sobre los cuales la persona cubierta no sería responsable en caso de ausencia de esta póliza; lesiones pagadas de acuerdo con la compensación para trabajadores, las leyes de responsabilidad patronal o cualquier otro beneficio laboral similar, o bien durante la participación en actividades destinadas a la ganancia monetaria proveniente de fuentes distintas al titular de la póliza; lesiones causadas por, o a las que haya contribuido o sean provocadas por el consumo de alcohol, drogas ilegales o fármacos, por parte de la persona cubierta, que no cumplan con la dosis o la indicación conformes a la receta del médico de la persona cubierta; servicios o tareas activas en las fuerzas armadas, la Guardia Nacional, los cuerpos de oficiales reservistas organizados o de las fuerzas militares, navales o aéreas de cualquier país u organización internacional, servicios o tratamiento provistos por un médico, enfermera/o o cualquier otra persona que esté empleada o contratada por el titular de la póliza; o un miembro cercano de la familia de la persona cubierta; tratamiento de una hernia, enfermedad de Osgood-Schlatter, osteocondritis, apendicitis, osteomielitis, afecciones o enfermedad cardíaca, fracturas patológicas, debilidad congénita, sean consecuencia o no de un accidente cubierto; daños o pérdida de dentadura o puentes, o bien daños en la ortodoncia existente, excepto en los casos específicamente previstos en esta póliza; anteojos, lentes de contacto, audífonos; el traslado o transporte aéreo en cualquier vehículo de navegación aérea, incluido el embarque o el descenso en los siguientes casos: En el transcurso del viaje como pasajero en cualquier aeronave que no esté destinada al transporte de pasajeros o carezca de la licencia correspondiente.

Los siguientes puntos no se considerarán gastos cubiertos, a menos que su cobertura esté específicamente prevista en el programa de beneficios: 1) sangre, plasma sanguíneo o almacenamiento de sangre, excepto los gastos de un Hospital para el procesamiento o la administración de la sangre; 2) cirugía cosmética, excepto la cirugía reconstructiva necesaria como consecuencia de una pérdida cubierta; 3) todo tratamiento, cirugía, terapia médica o examen, ya sea optativo o de rutina, incluidos los servicios, el tratamiento y los suministros que: (a) son experimentales o están en fase de investigación; y (b) no constituyen una práctica médica reconocida y de aceptación generalizada en los Estados Unidos; 4) exámenes o recetas, o la compra, la reparación o el reemplazo, de anteojos, lentes de contacto, audífonos, sillas de rueda, ortodoncia, dispositivos, soportes ortopédicos o dispositivos ortóticos; 5) tratamiento en cualquier administración de asuntos de los veteranos, organismo federal o estatal, a menos que exista la obligación legal de pagar; 6) servicios o tratamiento provistos por personas que no suelen cobrar por sus servicios, a menos que exista la obligación legal de pagar; 7) curas de descanso o atención de custodia; 8) reparación o reemplazo de dentaduras completas o parciales existentes, ortodoncia o puente; 9) servicios personales, como televisión y teléfono o traslado; 10) aparatos ortopédicos utilizados principalmente para cuidar una Lesión de modo tal que la persona cubierta pueda participar de deportes interescolares o de clubes; 11) gastos pagaderos por una póliza de seguro automotor sin consideración de la culpa; 12) tratamiento de lesiones que surgen después de un determinado período de tiempo (por ejemplo, ampollas, codo de tenista, etc.) y son consecuencia normal y previsible de la participación en la actividad cubierta; 13) reparación o reemplazo de extremidades artificiales existentes, ojos y laringe; 14) cargos por cualquier artículo de vestir previsto para usarse más de una vez; 15) afecciones preexistentes, tal como se definen en este documento; 16) embarazo, parto, aborto espontáneo, aborto o cualquier complicación de alguna de estas afecciones excepto que el tratamiento se requiera como consecuencia de un Accidente cubierto; 17) gastos incurridos para el tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular o craneomandibular y el dolor miofacial asociado; 18) Lesión o muerte en la que una de las causas es la violación o el intento de violación, por parte de la persona cubierta, de cualquier ley debidamente promulgada o la perpetración o el intento de perpetrar una agresión o delito grave; 19) anteojos, lentes de contacto, audífonos, sillas de rueda, ortodoncia, dispositivos, exámenes o recetas para ellos, o la reparación o el reemplazo de extremidades artificiales existentes, aparatos ortopédicos o dispositivos ortóticos; 20) tratamiento o servicio provisto por un(a) enfermero(a) particular; 21) refracción ocular o exámenes oculares con el fin de recetar lentes correctivos o aplicar un ajuste en ellos, a menos que resulten de una lesión sufrida durante la cobertura conforme a esta póliza; 22) vacunas/inyecciones; 23) trastornos mentales y nerviosos; 24) traslado en cualquier vehículo motorizado todo terreno que no requiera licencia como vehículo motorizado en la jurisdicción en la que opere; 25) lesiones asociadas con actividades o viajes fuera de los Estados Unidos.

CONSERVE ESTA DESCRIPCIÓN PARA SU REGISTRO. Conserve este folleto de seguro contra accidentes para alumnos y su comprobante de giro bancario o cheque cancelado como registro de cobertura. Este folleto se ha diseñado para ilustrar los aspectos destacados de este seguro. Toda información sobre el seguro contra accidentes para alumnos está sujeta a las disposiciones del Formulario de la póliza AH-20001-FL. Se aplicarán exclusiones y limitaciones. En caso de que exista alguna discrepancia entre esta póliza y la información sobre accidentes de alumnos, las disposiciones de la póliza prevalecerán.

PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL SEGURO CONTRA ACCIDENTES DE ALUMNOS

PACIENTE INTERNADO:	PLAN BÁSICO
Habitación y comidas	100% de los cargos usuales y habituales hasta $1,000 por día
Varios hospitalarios	100% de los cargos usuales y habituales hasta el límite de gastos médicos por accidente (AME*)
Enfermero(a) registrado(a)	100% de los cargos usuales y habituales hasta el límite de gastos médicos por accidente (AME*)
Visitas no quirúrgicas del médico	Hasta $45 el primer día; luego $40 por día (se limita a una visita por día)
PACIENTES AMBULATORIOS:	
Cirugía para pacientes ambulatorios en el hospital - Cargos del centro	100% de los cargos usuales y habituales hasta el límite de gastos médicos por accidente (AME*)
Visitas no quirúrgicas del médico	Hasta $45 el primer día; luego $40 por día (se limita a una visita por día)
Fisioterapia	Hasta $30 por visita/10 visitas como máximo
Sala de emergencias	100% de los cargos usuales y habituales hasta alcanzar el límite de gastos médicos por accidente (AME*) (el tratamiento debe proporcionarse en el plazo de 72 horas a partir del momento de la lesión)
Servicios de radiografías (incluye los cargos por lectura)	100% de los cargos usuales y habituales hasta $75 como máximo
Tomografía axial computarizada (TAC) (incluye los cargos por lectura)	100% de los cargos usuales y habituales hasta $375 como máximo
Resonancia magnética (MRI, Magnetic Resonance Imaging) (incluye los cargos por lectura)	100% de los cargos usuales y habituales hasta $750 como máximo
Laboratorio	Sin beneficios
Inyecciones	Sin beneficios
Medicamentos recetados	Sin beneficios
Corazón y sistema circulatorio (afección cubierta: agotamiento por calor)	100% de los cargos usuales y habituales hasta el límite de gastos médicos por accidente (AME*)
Dispositivos y aparatos ortopédicos	100% de los cargos usuales y habituales hasta el límite de gastos médicos por accidente (AME*)
PACIENTES INTERNADOS Y/O AMBULATORIOS:	
Tarifas del cirujano	100% de los cargos usuales y habituales hasta el límite de gastos médicos por accidente (AME*)
Anestesista	100% de los cargos usuales y habituales hasta el límite de gastos médicos por accidente (AME*)
Cirujano asistente	100% de los cargos usuales y habituales hasta el límite de gastos médicos por accidente (AME*)
Ambulancia (del lugar del accidente al hospital)	100% de los cargos usuales y habituales hasta $250 como máximo
Consultor	Se paga con la visita del médico
Dental (lesiones en dientes sanos naturales únicamente, incluidas las radiografías)	Hasta $500 por diente/$1,000 como máximo
Reemplazo de anteojos, lentes de contacto y audífonos	100% de los cargos usuales y habituales hasta el límite de gastos médicos por accidente (AME*) (cuando se rompen como consecuencia de una lesión cubierta)
Atención médica a domicilio	40 visitas no quirúrgicas por año de la póliza (los servicios deben prestarse en el plazo de 7 días después de la hospitalización o cirugía para pacientes ambulatorios. El médico debe recomendar el tratamiento)
Beneficio de gastos por exposición a patógenos de transmisión sanguínea	100% de los cargos usuales y habituales hasta $500 como máximo
Intoxicación	Se paga como cualquier otra lesión (la intoxicación debe ser consecuencia de alimentos suministrados por la escuela)

OPCIONES DEL PLAN Y TARIFAS

(Realice su selección en el formulario de inscripción adjunto).

PLANES DE COBERTURA	TARIFAS DEL PLAN
24 horas, excepto el fútbol de escuela secundaria (PK-12)	$70.00
En la escuela, excepto deportes/fútbol (PK-6)	$14.00
En la escuela (grados 7-12), excepto los deportes y el fútbol interescolares del último año de secundaria	$15.00

*Accident Medical Expense

2021-2022
ESCUELAS CHARTER DEL CONDADO DE MIAMI DADE
SEGURO VOLUNTARIO CONTRA ACCIDENTES PARA ALUMNOS K-12
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Apellido del alumno: _____ Fecha de nacimiento del alumno: _____

Nombre del alumno: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Número de teléfono: _____

Número del seguro social del alumno: _____ Grado: _____ Número de Id. del alumno: _____

Domicilio: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Nombre del distrito escolar: _____ Nombre del campus escolar: _____
(**obligatorio para el procesamiento**)

Firma del padre/madre o tutor: _____ Fecha: _____ Correo electrónico Domicilio: _____

VERIFIQUE SUS SELECCIONES A CONTINUACIÓN:	
PLANES DE COBERTURA	PLAN BÁSICO
24 horas, excepto el fútbol de escuela secundaria (PK-12)	· $70.00
En la escuela, excepto deportes/fútbol/actividades (PK-6)	· $14.00
En la escuela (grados 7-12), excepto los deportes y el fútbol interescolares del último año de secundaria	· $15.00
SOLO PARA USO DE LA COMPAÑÍA: Nro. de cheque _____ Monto recibido	**Adjuntar cheque para el pago total pagadero a: Health Special Risk** TOTAL todas las selecciones AQUÍ: $ ___

Una vez finalizado, envíe este formulario a la siguiente dirección:

Health Special Risk, Inc.
P.O. Box 957824
St. Louis, MO 63195-7824

Para obtener más información o asistencia sobre el seguro para todos los alumnos, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente al **1-866-409-5733**

SI DESEA PAGAR CON TARJETA MASTERCARD O VISA: Visite www.K12StudentInsurance.com**

*****Se agregará un cargo administrativo del 5% para los pedidos con tarjeta de crédito***

Cobertura contra accidentes asegurada por:
Starr Indemnity & Liability Company, 399 Park Avenue, 8th Floor, New York, NY 10022

Seguro Voluntario de Accidentes para Estudiantes

MIAMI DADE COUNTY

ESCUELA AUTÓNOMA ATLÉTICO

Plan Administrator:

HSR
Health Special Risk, Inc.

Health Special Risk, Inc.
HSR Plaza II
4100 Medical Parkway, Suite 200
Carrollton, TX 75007 - 1517
Phone: 866.409.5733, Ext. 5660
Fax: 972.512.5819
www.healthspecialrisk.com

Offered Through:

ifs

Insurance for Students, Inc.
1690 South Congress Ave, Suite 101
Delray, FL 33445
Phone: 954.771.5883
Toll-free: 800.356.1235
Fax: 954.772.0872
ifs@insuranceforstudents.com

Underwritten By:

STARR
INSURANCE COMPANIES

Starr Indemnity & Liability Company
New York, NY 10022

Policy Number: BAP 273188

HSR es una agencia de seguros con licencia independiente y está autorizada para vender este seguro de accidente estudiantil en nombre de Starr Companies. Cobertura suscrita por: Starr Indemnity & Liability Co., Dallas, TX

2021-2022

ESCUELAS CHARTER DEL CONDADO DE MIAMI DADE

Cobertura de seguro contra accidentes deportivos obligatoria para alumnos

Cobertura asegurada por: Starr Indemnity & Liability Company; 399 Park Avenue, 8th Floor, New York, NY 10022

La siguiente es solo una breve descripción de la(s) cobertura(s) disponibles conforme a la póliza BAP 273188. La póliza incluirá reducciones, limitaciones, exclusiones y disposiciones de finalización. Los detalles completos de la cobertura están incluidos en la póliza. En caso de que exista alguna discrepancia entre este documento y la póliza, o si algún punto no está cubierto en el presente documento, los términos y condiciones de la póliza prevalecerán. Los términos en mayúscula que no están definidos en este documento se encuentran definidos en la póliza."

ELEGIBILIDAD:

Deportistas, alumnos participantes, encargados de alumnos y entrenadores de alumnos de escuelas secundarias del distrito/escuelas participantes de los siguientes equipos/eventos: Bádminton, béisbol, baloncesto, bolos, boxeo, cheerleading, cross country, equitación, fútbol, golf, gimnasia, hockey, lacrosse, tiro, rugby, patinaje, *soccer*, softbol, natación, tenis, track & field, vóleibol, waterpolo y lucha libre.

OPCIONES DE COBERTURA

COBERTURA ESCOLAR: Los beneficios se pagarán por lesiones ocurridas: (a) durante el ciclo escolar regular; (b) en las instalaciones escolares durante el horario lectivo de la escuela; (c) en las instalaciones escolares fuera del horario lectivo de la escuela si participa en un evento o actividad patrocinado por la escuela o asiste a él; (d) fuera de las instalaciones de la escuela durante la asistencia o participación en un evento/actividad patrocinada por la escuela (se incluyen las excursiones escolares de un día); (e) el traslado directo de/hacia el hogar del asegurado y las instalaciones escolares los días en los que el asegurado tiene clases del calendario regular; si el traslado se realiza en otro medio de transporte distinto al autobús escolar, el tiempo de traslado cubierto es de una hora antes de la primera clase y una hora después de que el asegurado se haya retirado; y (e) el traslado hacia, durante o después de un evento/actividad con cobertura, como miembro de un grupo en el transporte provisto u organizado por el distrito/la escuela titular de la póliza. Durante la participación en la práctica o el partido de fútbol interescolar de escuelas secundarias no se brinda ningún tipo de cobertura.

SOLO FÚTBOL DE ESCUELA SECUNDARIA: Se brinda cobertura de seguro para los futbolistas de escuela secundaria durante las pruebas deportivas, los partidos de pretemporada, la práctica, la preparación aprobada por el órgano directivo interescolar estatal, los partidos regulares y de postemporada, además del traslado hacia, durante o después de las actividades deportivas con cobertura como miembro de un grupo en el transporte provisto y organizado por la escuela.

PERÍODO DE COBERTURA: La cobertura conforme al programa At School (Escolar) comienza en la fecha de recepción de la prima, pero no antes del inicio de las actividades del ciclo lectivo. La cobertura escolar finaliza al momento de cierre del ciclo lectivo regular de nueve meses, excepto en el caso de eventos patrocinados y supervisados por la escuela durante el verano. La cobertura de deportes interescolares comienza en la fecha que especifica el órgano directivo interescolar estatal como el primer día oficial de práctica para cada deporte o actividad interescolar durante el otoño. La cobertura de los deportes interescolares durante el invierno y la primavera comienza en la fecha de recepción de la prima, pero no antes del inicio de las actividades del ciclo lectivo.

BENEFICIOS

GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE: Cuando una lesión cubierta en un asegurado da lugar al tratamiento a cargo de un médico o cirujano en un plazo de 60 días a partir de la fecha del accidente, los beneficios se pagarán del modo que se muestra en el programa de beneficios, superior al deducible médico, si corresponde. Solo tendrán cobertura los gastos médicos elegibles que contraiga el asegurado en un plazo de 104 semanas a partir de la fecha del accidente. Los beneficios en caso de accidente no superarán el beneficio médico máximo de $25,000 ($5,000 para accidentes automovilísticos, a excepción de 2 o 3 ruedas). Se pagarán los gastos médicos que contraiga el asegurado por los servicios cubiertos que superen los montos máximos pagaderos por otro plan de seguro, sujeto al deducible, al porcentaje de beneficio y al período de beneficios.

MUERTE O DESMEMBRAMIENTO POR ACCIDENTE: En caso de lesión del asegurado en cualquiera de las pérdidas cubiertas que se muestran a continuación, en el plazo de 180 días a partir de la fecha de la lesión, la compañía pagará el monto indicado a continuación para dicha pérdida. Si se producen varias pérdidas, solo se pagará un beneficio, el beneficio superior, para todas las pérdidas que sean consecuencia del mismo accidente cubierto.

	Plan básico	Plan de fútbol
Pérdida de vida	$1,500.00	$1,000.00
Pérdida de ambas manos, ambos pies, la vista en ambos ojos, el habla y la audición	$7,500.00	$1,000.00
Pérdida de una mano, un pie, la vista en un ojo, el habla o la audición	$1,000.00	$ 500.00
Pérdida del dedo pulgar e índice de la misma mano	$ 500.00	$ 500.00

DEFINICIONES

Cargos usuales y habituales hace referencia al monto promedio que cobra la mayoría de los proveedores por el tratamiento, el servicio o los suministros en la región geográfica en la que se proporciona el suministro o servicio de tratamiento.

Lesión hace referencia a una lesión corporal en una persona cubierta que resulte de manera directa, independientemente de las demás causas, de un accidente cubierto que se produzca durante la vigencia de la póliza con respecto a la persona cuya lesión es la base de la reclamación.

Hospital hace referencia a una institución que 1) funcione como un hospital, conforme a la legislación sobre la atención, el tratamiento y la prestación de servicios a pacientes internados que sufran alguna enfermedad o lesión; 2) preste servicios de enfermería las 24 horas a cargo de enfermeras registradas por turno o de guardia; 3) tenga un personal de uno o más médicos matriculados disponibles en todo momento; 4) proporcione centros organizados para el diagnóstico, el tratamiento y la cirugía, ya sea a) en sus instalaciones o b) en centros disponibles de manera acordada previamente; 5) no sea principalmente un centro de atención de enfermería, un asilo, hogar de convalecencia o establecimiento similar, o cualquier planta, ala o sección independiente de un hospital que se utilice como tal; y 6) no sea un lugar destinado a personas mayores, drogadictos o alcohólicos.

No se negará una reclamación por servicios únicamente porque el hospital carezca de centros quirúrgicos especializados y sea básicamente para rehabilitación, si dicha rehabilitación está específicamente orientada al tratamiento de una discapacidad física y el hospital cuenta con una acreditación otorgada por alguna de las siguientes entidades: 1) la Comisión Conjunta para la Acreditación de Hospitales; 2) la Asociación Osteopática Estadounidense o 3) la Comisión para la Acreditación de Centros de Rehabilitación.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Esta póliza no cubre ninguna pérdida que resulte, total o parcialmente, o sea consecuencia natural o probable de alguna de las siguientes circunstancias, o a la que esta haya contribuido, incluso si la causa inmediata de la pérdida es una lesión corporal accidental: suicidio, autodestrucción, intento de autodestrucción o lesión autoinfligida intencionalmente en posesión o no de las facultades mentales; guerra o cualquier acto bélico, declarado o no declarado; enfermedad, afección o cualquier infección bacteriana, excepto las que deriven de un corte o herida accidental o de infecciones piógenas que se deban a la ingestión accidental de sustancias contaminadas; consumo voluntario de drogas o narcóticos, a menos que hayan sido recetados por un médico; gastos cubiertos sobre los cuales la persona cubierta no sería responsable en caso de ausencia de esta póliza; lesiones pagadas de acuerdo con la compensación para trabajadores, las leyes de responsabilidad patronal o cualquier otro beneficio laboral similar, o bien durante la participación en actividades destinadas a la ganancia monetaria proveniente de fuentes distintas al titular de la póliza; lesiones causadas por, o a las que haya contribuido o sean provocadas por el consumo de alcohol, drogas ilegales o fármacos, por parte de la persona cubierta, que no cumplan con la dosis o la indicación conformes a la receta del médico de la Persona cubierta; servicios o tareas activas en las fuerzas armadas, la Guardia Nacional, los cuerpos de oficiales reservistas organizados o de las fuerzas militares, navales o aéreas de cualquier país u organización internacional, servicios o tratamiento provistos por un médico, enfermera/o o cualquier otra persona que esté empleada o contratada por el titular de la póliza; o un miembro cercano de la familia de la persona cubierta; tratamiento de una hernia, enfermedad de Osgood-Schlatter, osteocondritis, apendicitis, osteomielitis, afecciones o enfermedad cardíaca, fracturas patológicas, debilidad congénita, sean consecuencia o no de un accidente cubierto; daños o pérdida de dentadura o puentes, o bien daños en la ortodoncia existente, excepto en los casos específicamente previstos en esta póliza; anteojos, lentes de contacto, audífonos; el traslado o transporte aéreo en cualquier vehículo de navegación aérea, incluido el embarque o el descenso en los siguientes casos: En el transcurso del viaje como pasajero en cualquier aeronave que no esté destinada al transporte de pasajeros o carezca de la licencia correspondiente. Los siguientes puntos no se considerarán gastos cubiertos, a menos que su cobertura esté específicamente prevista en el programa de beneficios: sangre, plasma sanguíneo o almacenamiento de sangre, excepto los gastos de un Hospital para el procesamiento o la administración de la sangre; 2) cirugía cosmética, excepto la cirugía reconstructiva necesaria como consecuencia de una pérdida cubierta; 3) todo tratamiento, cirugía, terapia médica o examen, ya sea optativo o de rutina, incluidos los servicios, el tratamiento y los suministros que: (a) son experimentales o están en fase de investigación; y (b) no constituyen una práctica médica reconocida y de aceptación generalizada en los Estados Unidos; 4) exámenes o recetas, o la compra, la reparación o el reemplazo de anteojos, lentes de contacto, audífonos, sillas de rueda, ortodoncia, dispositivos, soportes ortopédicos o dispositivos ortóticos; 5) tratamiento en cualquier administración de asuntos de los veteranos, organismo federal o estatal, a menos que exista la obligación legal de pagar; 6) servicios o tratamiento provistos por personas que no suelen cobrar por sus servicios, a menos que exista la obligación legal de pagar; 7) curas de descanso o atención de custodia; 8) reparación o reemplazo de dentaduras completas o parciales existentes, ortodoncia o puente; 9) servicios personales, como televisión y teléfono o traslado; 10) aparatos ortopédicos utilizados principalmente para cuidar una Lesión de modo tal que la persona cubierta pueda participar de deportes interescolares o de clubes; 11) gastos pagaderos por una póliza de seguro automotor sin consideración de la culpa; 12) tratamiento de lesiones que surgen después de un determinado período de tiempo (por ejemplo, ampollas, codo de tenista, etc.) y son consecuencia normal y previsible de la participación en la actividad cubierta; 13) reparación o reemplazo de extremidades artificiales existentes, ojos y laringe; 14) cargos por cualquier artículo de vestir previsto para usarse más de una vez; 15) afecciones preexistentes, tal como se definen en este documento; 16) embarazo, parto, aborto espontáneo, aborto o cualquier complicación de alguna de estas afecciones excepto que el tratamiento se requiera como consecuencia de un Accidente cubierto; 17) gastos incurridos para el tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular o craneomandibular y el dolor miofacial asociado; 18) Lesión o muerte en la que una de las causas es la violación o el intento de violación, por parte de la persona cubierta, de cualquier ley debidamente promulgada o la perpetración o el intento de perpetrar una agresión o delito grave; 19) anteojos, lentes de contacto, audífonos, sillas de rueda, ortodoncia, dispositivos, exámenes o recetas para ellos, o la reparación o el reemplazo de extremidades artificiales existentes, aparatos ortopédicos o dispositivos ortóticos; 20) tratamiento o servicio provisto por un(a) enfermero(a) particular; 21) refracción ocular o exámenes oculares con el fin de recetar lentes correctivos o aplicar un ajuste en ellos, a menos que resulten de una lesión sufrida durante la cobertura conforme a esta póliza; 22) vacunas/inyecciones; 23) trastornos mentales y nerviosos; 24) traslado en cualquier vehículo motorizado todo terreno que no requiera licencia como vehículo motorizado en la jurisdicción en la que opere; 25) lesiones asociadas con actividades o viajes fuera de los Estados Unidos.

CONSERVE ESTA DESCRIPCIÓN PARA SU REGISTRO. Conserve este folleto de seguro contra accidentes para alumnos y su comprobante de giro bancario o cheque cancelado como registro de cobertura. Este folleto se ha diseñado para ilustrar los aspectos destacados de este seguro. Toda información sobre el seguro contra accidentes para alumnos está sujeta a las disposiciones del Formulario de la póliza AH-20001-FL. Se aplicarán exclusiones y limitaciones. En caso de que exista alguna discrepancia entre esta póliza y la información sobre accidentes de alumnos, las disposiciones de la póliza prevalecerán.

PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL SEGURO CONTRA ACCIDENTES DE ALUMNOS

PACIENTE INTERNADO:	PLAN BÁSICO Sin deducible médico	PLAN DE FÚTBOL DE MIAMI DADE Deducible médico de $250*
Habitación y comidas	100% de los cargos usuales y habituales hasta $1,000 por día	100% de los cargos usuales y habituales hasta $1,000 por día
Varios hospitalarios	100% de los cargos usuales y habituales	Se pagan como Habitación y comidas del hospital
Enfermero(a) registrado(a)	100% de los cargos usuales y habituales	100% de los cargos usuales y habituales
Visitas no quirúrgicas del médico	Hasta $45 el primer día; luego $40 por día (se limita a una visita por día)	Hasta $45 el primer día; luego $40 por día (se limita a una visita por día)

PACIENTES AMBULATORIOS:		
Cirugía para pacientes ambulatorios en el hospital - Cargos del centro	100% de los cargos usuales y habituales	100% de los cargos usuales y habituales
Visitas no quirúrgicas del médico	Hasta $45 el primer día; luego $40 por día (se limita a una visita por día)	Hasta $45 el primer día; luego $40 por día (se limita a una visita por día)
Fisioterapia	Hasta $30 por visita/10 visitas como máximo	Hasta $30 por visita/20 visitas como máximo
Sala de emergencias	100% de los cargos usuales y habituales hasta alcanzar el límite de gastos médicos por accidente (AME, Accident Medical Expense) (el tratamiento debe proporcionarse en el plazo de 72 horas a partir del momento de la lesión)	100% de los cargos usuales y habituales hasta alcanzar el límite de gastos médicos por accidente (AME, Accident Medical Expense) (el tratamiento debe proporcionarse en el plazo de 72 horas a partir del momento de la lesión)
Servicios de radiografías (incluye los cargos por lectura)	100% de los cargos usuales y habituales hasta $75	100% de los cargos usuales y habituales hasta $75
Tomografía axial computarizada (TAC) (incluye los cargos por lectura)	100% de los cargos usuales y habituales hasta $375	100% de los cargos usuales y habituales hasta $375
Resonancia magnética (MRI, Magnetic Resonance Imaging) (incluye los cargos por lectura)	100% de los cargos usuales y habituales hasta $750	100% de los cargos usuales y habituales hasta $750
Laboratorio	Sin beneficios	Sin beneficios
Inyecciones	Sin beneficios	Sin beneficios
Medicamentos recetados	Sin beneficios	100% de los cargos usuales y habituales
Dispositivos y aparatos ortopédicos	100% de los cargos usuales y habituales hasta $250 como máximo	100% de los cargos usuales y habituales
Atención médica a domicilio	40 visitas no quirúrgicas por año de la póliza (los servicios deben prestarse en el plazo de 7 días después de la hospitalización o cirugía para pacientes ambulatorios. El médico debe recomendar el tratamiento)	40 visitas no quirúrgicas por año de la póliza (los servicios deben prestarse en el plazo de 7 días después de la hospitalización o cirugía para pacientes ambulatorios. El médico debe recomendar el tratamiento)
Corazón y sistema circulatorio (afección cubierta: agotamiento por calor)	100% de los cargos usuales y habituales	100% de los cargos usuales y habituales
PACIENTES INTERNADOS Y/O AMBULATORIOS:		
Tarifas del cirujano	100% de los cargos usuales y habituales	100% de los cargos usuales y habituales
Anestesista	100% de los cargos usuales y	100% de los cargos usuales y habituales
Cirujano asistente	100% de los cargos usuales y	100% de los cargos usuales y habituales
Ambulancia (del lugar del accidente al hospital)	100% de los cargos usuales y habituales hasta $250	100% de los cargos usuales y habituales hasta $250
Consultor	Se paga con la visita del médico	100% de los cargos usuales y habituales
Dental (lesiones en dientes sanos naturales únicamente, incluidas las radiografías)	Hasta $500 por diente/$1,000 como máximo	Hasta $500 por diente/$1,000 como máximo
Reemplazo de anteojos, lentes de contacto y audífonos	100% de los cargos usuales y habituales (cuando se rompen como consecuencia de una lesión cubierta)	100% de los cargos usuales y habituales (cuando se rompen como consecuencia de una lesión cubierta)
Exposición a patógenos de transmisión sanguínea	100% de los cargos usuales y habituales hasta $500	100% de los cargos usuales y habituales hasta $500
Intoxicación	Se paga como cualquier otra lesión (la intoxicación debe ser consecuencia de alimentos suministrados por la escuela)	Sin beneficios

*Se cancela el Deducible médico de $250 en los siguientes casos: (1) se realiza una cirugía necesaria como paciente ambulatorio; (2) se prestan servicios de radiografías o laboratorio de diagnóstico como paciente ambulatorio para las pruebas de preadmisión en el plazo de 7 días antes del ingreso al hospital; (3) se obtiene una segunda opinión quirúrgica obligatoria para confirmar la necesidad de una cirugía que no es de emergencia [tenga en cuenta que esta exención solo se aplica a cargos para la segunda opinión quirúrgica].

OPCIONES DEL PLAN Y TARIFAS

PLANES DE COBERTURA	TARIFAS DEL PLAN BÁSICO	TARIFAS DEL PLAN DE FÚTBOL
Fútbol de escuela secundaria	No disponible	$242.00
Fútbol de Spring High School	No disponible	$52.00
En la escuela, incluidos los deportes interescolares, excepto el fútbol (escuela media y secundaria)	$40.00	No disponible

2021-2022
ESCUELAS CHARTER DEL CONDADO DE MIAMI DADE
ACTIVIDADES DEPORTIVAS DE ALUMNOS
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL SEGURO CONTRA ACCIDENTES

Apellido del alumno:_____ Fecha de nacimiento del alumno:_____

Nombre del alumno:_____ Inicial del segundo nombre:_____ Número de teléfono:_____

Número del seguro social del alumno: _____ Grado:_____ Número de Id. del alumno:_____

Domicilio:_____
Calle Ciudad Estado Código postal

Nombre del distrito escolar:_____ Nombre del campus escolar: _____
(obligatorio para el procesamiento)

Firma del padre/madre o tutor: _____ Fecha:_____ Correo electrónico Domicilio: _____

	VERIFIQUE SUS SELECCIONES A CONTINUACIÓN	
PLANES DE COBERTURA	**TARIFAS DEL PLAN BÁSICO**	**TARIFAS DEL PLAN DE FÚTBOL DE MIAMI DADE**
Fútbol de escuela secundaria	No disponible	$242.00
Fútbol de Spring High School	No disponible	$52.00
En la escuela, incluidos los deportes interescolares, excepto el fútbol (escuela media y secundaria)	$40.00	No disponible

SOLO PARA USO DE LA COMPAÑÍA: Nro. de cheque _____	**Adjuntar cheque para el pago total pagadero a: Health Special Risk**
Monto recibido	TOTAL todas las selecciones AQUÍ: $ ___

Una vez finalizado, vuelva a enviar este formulario y el cheque de la prima para su hijo/a: **SENIOR HIGH SCHOOL ATHLETIC DEPARTMENT**

Para obtener más información o asistencia sobre el seguro para todos los alumnos, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente al **1-866-409-5733**

SI DESEA PAGAR CON TARJETA MASTERCARD O VISA: Visite www.K12StudentInsurance.com**

*****Se agregará un cargo administrativo del 5% para los pedidos con tarjeta de crédito***

Cobertura contra accidentes asegurada por: Starr Indemnity & Liability Company, 399 Park Avenue, 8th Floor, New York, NY 10022