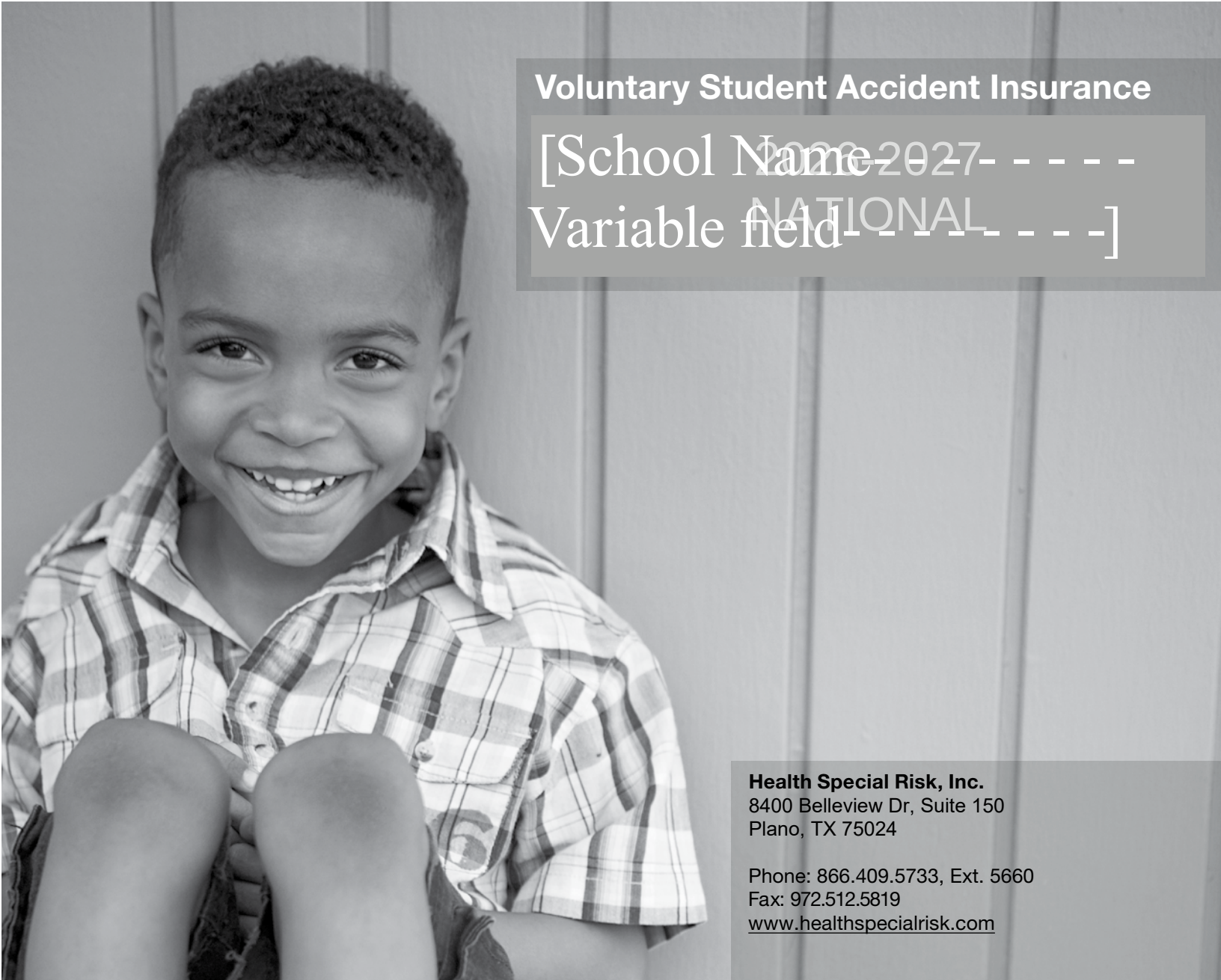




Voluntary Student Accident Insurance

[School Name-2027- - - - -
Variable field- - - - - NATIONAL- - - - -]

Health Special Risk, Inc.

8400 Belleview Dr, Suite 150
Plano, TX 75024

Phone: 866.409.5733, Ext. 5660

Fax: 972.512.5819

www.healthspecialrisk.com



HSR is an independent licensed insurance agency and is authorized to sell this student accident insurance on behalf of Mutual of Omaha Insurance Company.

Coverage underwritten by: Mutual of Omaha Insurance Company, Mutual of Omaha Plaza, Omaha, NE 68175.



MUGC9641

[Policy Form Variable Field - - - - -]
NAT'L Hi-Lo Policy Form SR2014

NATIONAL

2026-2027

K-12 Voluntary Student Accident Insurance Coverage

(Not Available in AR, FL, ID, KS, KY, MD, MT, NC, NH, NY, SD, TX, & WA)

Coverage underwritten by: Mutual of Omaha Insurance Company; 3300 Mutual of Omaha Plaza; Omaha, NE 68175

ELIGIBILITY:

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

COVERAGE OPTIONS

AT SCHOOL COVERAGE: Insurance coverage is provided during the hours and days when school is in session, while attending or participating in school sponsored and supervised activities on or off school premises (i.e. day field trips) and while participating in interscholastic athletics (except injuries incurred while participating in High School Football events/activities). Coverage is provided while traveling to, during or after such activities as a member of a group in transportation furnished or arranged by the Policyholder and traveling directly to or from the Insured's home premises and school premises when school is in session. If the Policyholder provides mandatory coverage for students under an At School, Interscholastic Athletic/Activity or Football program, benefits will be payable under those programs before being considered under an At School Voluntary program.

24-HOUR COVERAGE: Provides coverage for injuries incurred 24-Hours a day, 365 days a year, at home, at school and while participating in interscholastic athletics (except injuries incurred while participating in High School Football events/activities). If the Policyholder provides mandatory coverage for students under an Interscholastic Athletic/Activity, Football or At School program, benefits will be payable under those programs before being considered under a 24-Hour Voluntary program.

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. If the Policyholder provides mandatory coverage for Football athletes under an Interscholastic Athletic/Activity or Football program, benefits will be payable under those programs before being considered under a Voluntary Football Only program.

EXTENDED DENTAL COVERAGE: This is supplemental coverage for expenses resulting from covered accidental dental injuries. The dental benefits provided are: (a) 100% of Allowable Expense for examinations, X-Rays, endodontics and oral surgery to a maximum of \$10,000; or (b) dental expenses toward the cost of bridges, dentures or replacement of previous dental repairs to a maximum of \$250. No coverage is provided for orthodontics (braces) for any reason or damage or loss thereof. Extended Dental Coverage must be purchased in conjunction with a 24-Hour, At School or Football program; it cannot be purchased as stand alone coverage.

COVERAGE PERIOD – Coverage under the At School, 24-Hour and Football 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. 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 52 weeks from the date of the accident are covered. Benefits for any one accident shall not exceed in the aggregate the maximum Medical Benefit of \$25,000. 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 SPECIFIC LOSS: Benefits are paid for losses incurred within 180 days from the date of Injury. The following benefits (the largest applicable amount) are paid in addition to the medical benefit:

Loss of Life	\$10,000.00
Loss of both hands, both feet, sight in both eyes, speech and hearing	\$10,000.00
Loss of one hand, one foot, sight in one eye, speech or hearing	\$5,000.00
Loss of Thumb and Index Finger of the Same Hand.....	\$500.00

"Loss" means, with regard to hands and feet, actual severance above the wrist or ankle joint, with regard to sight, speech or hearing the total and irrevocable loss thereof. Loss means, with regard to thumb and index finger of the same hand, severance of two or more entire phalanges of both the thumb and index finger.

DEFINITIONS

Allowable Expense means a Medical Expense otherwise payable under the policy that is not in excess of the 80th percentile identified on Context4HealthCare (the "Database"). When there is, in Our determination, minimal data available from the Database for a Medical Expense, We will determine the amount to pay by calculating the unit cost for the applicable service category using the Database and multiplying that by the relative value of the Medical Expense based upon a commercially available relative value scale selected by Us. In the event of an unusually complex medical procedure, a Medical Expense for a new procedure or a Medical Expense that otherwise does not have a relative value that is in Our determination applicable, We will assign a relative value. The Medical Expenses We pay may not reflect the actual charges of a provider and does not take into account the provider's training, experience or category of licensure. A provider may charge the Insured the difference between what the provider charges and the amount We pay under the policy. The Database will be updated by us as information becomes available from the supplier, up to twice each year. We may modify the Database in Our discretion to reflect Our experience. We have the right, in Our discretion, to substitute or replace the Database with another database or databases of comparable purpose, with or without notice.

Injury means bodily harm which: (1) requires treatment by a Physician; (2) results in loss due to an Accident, independent of Sickness and all other causes; and (3) occurs within the Scope of Coverage.

Hospital means an institution which: (1) is operated pursuant to law; (2) is primarily and continuously engaged in providing medical care and treatment to sick and injured persons on an inpatient basis; (3) is under the supervision of a staff of Physicians; (4) provides 24-hour nursing service by or under the supervision of a graduate registered nurse (R.N.); and (5) has medical, diagnostic and treatment facilities, with major surgical facilities on its premises or available to it on a prearranged basis. Hospital does not include: (1) a clinic or facility for: (a) convalescent, custodial, educational or nursing care; (b) the aged, drug addicts or alcoholics; (c) rehabilitation; or (2) a military or veterans hospital or a hospital contracted for or operated by a national government or its agency unless: (a) the services are rendered on an emergency basis; and (b) the individual has a legal liability to pay for the services given in the absence of insurance.

EXCLUSIONS AND LIMITATIONS

We will not pay benefits for a loss due to or expenses incurred for:

(1) intentionally self-inflicted injury, suicide while sane or insane; (2) voluntary self-administration of any drug or chemical substance not prescribed by or not taken according to the directions of the Insured's Physician; (3) Injury caused by, attributable to, or resulting from the Insured's Intoxication; (4) Injury caused by, attributable to, or resulting from the Insured's use of a Controlled Substance unless administered on the advice of a Physician and taking the prescribed dosage; (5) operating a motor vehicle under the influence of a Controlled Substance unless administered on the advice of a Physician and taking the prescribed dosage; (6) operating a motor vehicle while having a blood alcohol level that equals or exceeds the legal limit for operating a motor vehicle in the state or jurisdiction where the Injury occurred; (7) commitment of or an attempt to commit a felony, or engagement in an illegal activity; (8) participation in a riot or insurrection; (9) any Injury that results from fighting, brawling, assault or battery; (10) an act of declared or undeclared war; (11) active duty service in any Armed Forces; (12) operating, learning to operate, or serving as a pilot or crew member of any aircraft unless specified in the INSURED RISKS section of this policy; (13) mountaineering (engaging in the sport of scaling mountains generally requiring the use of picks, ropes, or other special equipment); (14) parachuting, except for self-preservation; (15) snow skiing, scuba diving, bob-sledding, bungee jumping, ballooning, flight in an ultralight aircraft, sky diving, hang-gliding, glider flying, sailplaning, or parasailing; (16) participation in professional or amateur racing; (17) injuries associated with activities or travel outside the United States; (18) sickness, disease, bodily or mental infirmity or medical or surgical treatment thereof, bacterial or viral infection, regardless of how contracted. This does not exclude bacterial infection that is the natural and foreseeable result of an Injury or accidental food poisoning; (19) dental treatment or dental X-rays, except as otherwise provided, and only when Injury occurs to sound natural teeth; (20) orthodontic braces or appliances; (21) any loss for which benefits are paid under state or federal worker's compensation, employers' liability, or occupational disease law; (22) charges which the Insured would not have to pay if the Insured did not have insurance; (23) a charge which is in excess of the Allowable Expense; (24) cosmetic surgery, except reconstructive surgery due to a covered Injury; (25) participation in semi-professional and professional sports, play or practice, or any related travel; (26) participation in practice or play of any sports activity, including travel to and from games and practice, unless specified in this policy; (27) assistant surgeon services, unless specified in this policy; (28) elective treatment or surgery that is not prescribed by a Physician and is not Medically Necessary, health treatment, or examination where no Injury is involved; (29) Pre-existing Conditions; (30) any Heart or Circulatory Malfunction; (31) loss caused by or resulting from nuclear radiation or the release of nuclear energy; (32) services or treatment incurred to the extent that they are paid or payable under any Other Insurance Plan; (33) services or treatment incurred to the extent that they are paid or payable under any automobile insurance policy without regard to fault. This exclusion does not apply in any state where it is prohibited; (34) travel in or upon: (a) a snowmobile; (b) any two or three wheeled motor vehicle; (c) any off-road motorized vehicle not requiring licensing as a motor vehicle in the jurisdiction where operated; (35) any Accident in which the Insured is operating a motor vehicle without a current and valid motor vehicle operator's license (except in a driver's education program); (36) treatment of temporomandibular joint (TMJ) disorders involving the installation of crowns, pontics, bridges or abutments or the installation, maintenance or removal of orthodontic or occlusal appliances or equilibration therapy.

**NATIONAL
VOLUNTARY STUDENT ACCIDENT INSURANCE
SCHEDULE OF BENEFITS**

INPATIENT:	LOW OPTION	HIGH OPTION
Room & Board	Semi-Private Room Rate/\$150 per day maximum	80% of Allowable Expense/Semi-Private Room Rate
Hospital Miscellaneous	Up to \$600 per day maximum	Up to \$1,200 per day maximum
Registered Nurse	75% of Allowable Expense	100% of Allowable Expense
Physician's Nonsurgical Visits	Up to \$40 first day; \$25 per day thereafter	Up to \$60 first day; \$40 per day thereafter
(Benefits are limited to one visit per day and do not apply when related to surgery)		
OUTPATIENT:		
Hospital Outpatient Surgery – Facility Charge	Up to \$1,000 maximum	Up to \$1,200 per day maximum
Physician's Nonsurgical Visits (includes Telemedicine)	Up to \$40 first day; \$25 per day thereafter	Up to \$60 first day; \$40 per day thereafter
(Benefits are limited to one visit per day and do not apply when related to surgery or physiotherapy)		
Physiotherapy	Up to \$30 first day; \$20 per day thereafter/5 day maximum	Up to \$60 first day; \$40 per day thereafter/5 day maximum
Emergency Room	Up to \$150 maximum	Up to \$300 maximum
(Use of room and supplies; treatment must be rendered within 72 hours from time of injury)		
X-Ray Services (Includes charges for reading)	\$200 maximum	\$600 maximum
Diagnostic Imaging - Cat Scan/MRI (includes charges for reading)	\$300 maximum	\$600 maximum
Laboratory	\$50 maximum	\$300 maximum
Injections	Up to \$25/injury	Up to \$25/injury
Prescription Drugs	\$75 maximum	\$200 maximum
Orthopedic Braces and Appliances	\$75 maximum	\$140 maximum
INPATIENT AND/OR OUTPATIENT:		
Surgeon's Fees	\$1,000 maximum. (No more than one procedure through the same incision will be paid)	\$1,200 maximum. (No more than one procedure through the same incision will be paid)
Anesthetist/Assistant Surgeon	20% of surgeon's allowance	25% of surgeon's allowance
Ambulance	\$300 maximum	\$800 maximum
Consultant	\$200 maximum	\$400 maximum
Treatment of Heat Exhaustion	100% of Allowable Expense	100% of Allowable Expense
Dental	Up to \$200 per tooth (Benefits are paid on sound natural teeth only)	Up to \$500 per tooth (Benefits are paid on sound natural teeth only)
Replacement of Eyeglasses, Contact Lenses and Hearing Aids	\$200 maximum (When broken as a result of a covered injury)	\$300 maximum (When broken as a result of a covered injury)

PLAN & RATE OPTIONS

(Make your selection on the enrollment form attached).

COVERAGE PLANS	LOW OPTION RATES	HIGH OPTION RATES
24-Hour	\$ 86.65	\$132.65
24-Hour Summer Only	\$ 22.45	\$ 35.30
At School	\$ 21.40	\$ 31.00
High School Football	\$147.65	\$230.05
Spring High School Football	\$ 58.85	\$ 92.00
Extended Dental	\$ 9.65	\$ 9.65

RETAIN THIS DESCRIPTION FOR YOUR RECORDS. Retain this student accident insurance flyer, and your canceled check, money order receipt or credit card 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 SR2014 and state special versions. Exclusions and Limitations will apply. Should there be any discrepancy between the policy and this student accident information, policy provisions will prevail.



**2026-2027
VOLUNTARY
STUDENT ACCIDENT INSURANCE
ENROLLMENT FORM**

(Not Available in AR, FL, ID, KS, KY, MD, MT, NC, NH, NY, SD, TX, & WA)

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	LOW OPTION	HIGH OPTION
24-Hour	☐ \$ 86.65*	☐ \$132.65*
24-Hour Summer Only	☐ \$ 22.45*	☐ \$ 35.30*
At School	☐ \$ 21.40*	☐ \$ 31.00*
High School Football	☐ \$147.65*	☐ \$230.05*
Spring High School Football	☐ \$ 58.85*	☐ \$ 92.00*
Extended Dental	☐ \$ 9.65*	☐ \$ 9.65*
COMPANY USE ONLY: Check # _____ Amount Rec'd _____		Enclose check for total amount payable to: Health Special Risk TOTAL All Selections HERE: \$ _____

***There is a \$1.00 administration fee due with each paper enrollment form submission.**

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: Mutual of Omaha Insurance Company, 3300 Mutual of Omaha Plaza, Omaha, NE 68175



Seguro Voluntario de Accidentes para Estudiantes

NATIONAL 2026-2027

Health Special Risk, Inc.
8400 Belleview Dr, Suite 150
Plano, TX 75024

Teléfono: 866.409.5733, ext. 5660
Fax: 972.512.5819



HSR es una agencia con licencia de seguros independiente y está autorizada para vender seguro de accidentes para estudiantes a nombre de la Compañía de Seguros Mutual of Omaha.

Cobertura suscrita por: Mutual of Omaha Insurance Company, Mutual of Omaha Plaza, Omaha, NE 68175.



A NIVEL NACIONAL

2026-2027

Cobertura de Seguro Voluntario de Accidente para Estudiantes de K-12

(No esta disponible en los siguientes estados: AR, FL, ID, KS, KY, MD, MT, NC, NH, NY, SD, TX, y WA)

Cobertura Suscrita por: Mutual of Omaha Insurance Company; 3300 Mutual of Omaha Plaza; Omaha, NE 68175

ELEGIBILIDAD:

Todos los alumnos matriculados en una escuela/distrito participante en los grados de Pre-kínder hasta el grado 12

OPCIONES DE COBERTURA

COBERTURA EN LA ESCUELA: Se proveerá la cobertura del seguro durante las horas y días en que la escuela está en sesión, mientras este asistiendo a la escuela o participando en actividades patrocinadas y supervisadas dentro o fuera de las instalaciones de la escuela (por ejemplo, viajes a excursiones "field days") y mientras participa actividades deportivas inter-escolares (con la excepción de lesiones sufridas durante su participación en eventos/actividades de Fútbol Americano de escuela secundaria). Se proporciona cobertura mientras viaje a, durante o después de tales actividades como miembro de un grupo de transporte proporcionado u organizado por el Tenedor de la Póliza y viajando directamente hacia o desde los predios de su residencia o los predios de la escuela cuando la escuela está en sesión. Si el Tenedor de Póliza proporciona cobertura obligatoria para los estudiantes bajo el Programa de Actividades Atléticas o Programa de Fútbol Americano Inter-escolares, los beneficios se pagarán primero bajo tales programas antes de ser considerados bajo un Programa Voluntario de En La Escuela.

COBERTURA LAS 24 HORAS: Proporciona cobertura por lesiones sufridas las 24 horas del día, los 365 días del año, en casa, en la escuela y durante su participación en actividades deportivas inter-escolares (con la excepción de lesiones sufridas durante su participación en eventos/actividades de Fútbol Americano de escuela secundaria). Si el Tenedor de la Póliza proporciona cobertura obligatoria para los estudiantes bajo un programa de Fútbol Americano, programa Atlético/Actividad Inter-escolar, o un Programa de en la Escuela, los beneficios se pagarán bajo tales programas antes de ser considerados bajo el programa Voluntario de 24 horas.

SOLO PARA FÚTBOL AMERICANO : Se proporcionará cobertura de seguro a los atletas de Fútbol Americano de escuela secundaria ya sea para las actividades aprobado por los gobernantes inter escolares del estado tales como pruebas de selección ("tryouts"), juego de pretemporada, práctica, acondicionamiento físico, juego de temporada regular, juegos de post temporada, así como los viajes a, durante o después de las actividades atléticas como miembro del equipo cuando la transportación es proporcionado y organizado por la escuela. Si el Tenedor de la Póliza proporciona cobertura obligatoria para los atletas de fútbol americano bajo un programa Atlético/Actividad Inter-escolar de Fútbol Americano, se pagarán beneficios bajo esos programas antes de ser consideradas bajo un programa Voluntario de Fútbol Americano. **COBERTURA DENTAL EXTENDIDA:** Esta es una cobertura adicional para los gastos incurridos por accidentes dentales que estén cubiertos. Los beneficios dentales proporcionados son: (a) el 100% de los cargos permitidos para exámenes, radiografías, endodoncia y cirugía oral hasta un máximo de \$10,000; O (b) los gastos dentales que sean para puentes, dentaduras postizas o el reemplazo de las reparaciones dentales anteriores a un máximo de \$250. No se proporcionará cobertura para frenillos ortodonticos (braces) por ninguna razón o daño o pérdida de los mismos. Cobertura dental extendida se debe comprar junto con uno de los siguientes programas, coberturas de 24 Horas, En La Escuela o de Fútbol Americano; no podrá ser adquirido como una cobertura independiente.

PERIODO DE COBERTURA - La cobertura bajo los programas tales como En La Escuela, Las 24 Horas y de Fútbol Americano comienzan a partir de la fecha que se recibe la prima, pero no antes del inicio de las actividades del año escolar. La cobertura de En La Escuela termina al cierre del período regular de nueve meses de la escuela. La cobertura de Las 24 Horas termina cuando la escuela abre nuevamente en otoño. La cobertura está disponible para ambos planes a través de todo el año escolar de acuerdo a las primas cotizadas (**no hay primas pro rata disponibles**).

BENEFICIOS

GASTOS MÉDICOS DE ACCIDENTES: Cuando le sucede una lesión cubierta a un asegurado y esa lesión resulta en tratamiento ya sea por un médico o cirujano dentro de los 60 días de la fecha del accidente; nosotros pagaremos los beneficios como se muestra en la Tabla de Beneficios, después del deducible médico, si los hubiere. Sólo aquellos gastos médicos elegibles incurridos por el Asegurado dentro de las 52 semanas desde la fecha del accidente están cubiertos. Los beneficios para un accidente singular no podrán exceder el beneficio médico máximo de \$25,000 en su totalidad.

MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDA ESPECÍFICA: Se pagaran beneficios por las pérdidas sufridas dentro de los 180 días desde el día lesión. Los siguientes beneficios (la mayor cantidad que aplique) se pagaran además del beneficio médico:

Pérdida de la Vida.....	\$10,000.00
Pérdida de ambas manos, ambos pies, la vista en ambos ojos, el habla y la audición	\$10,000.00
Pérdida de una mano, un pie, la vista en un ojo, el habla o la audición.....	\$5,000.00
Pérdida del dedo pulgar e índice de la misma mano	\$500.00

"Pérdida" significa, en relación con las manos y los pies, la desmembración por más allá de la muñeca o el tobillo, con respecto a la vista, el habla o la audición la pérdida total e irrevocable de los mismos. Con respecto al pulgar y el dedo índice de la misma mano, pérdida también significa, la ruptura o el desprendimiento de dos o más falanges enteras de tanto el pulgar y el dedo índice.

DEFINICIONES

Gastos Permitidos significa un gasto médico que de otra manera es pagado bajo la póliza que no está en exceso del 85 por ciento identificado en Context4HealthCare (la " Base de datos"). Cuando exista, a nuestra determinación, un mínimo de datos disponibles en la base de datos para un gasto médico, determinaremos la cantidad a pagar calculando el costo unitario de la categoría de servicios aplicable utilizando la Base de Datos y multiplicándolo por el valor determinado de la gastos Médicos basado en una escala de valor comercial determinado disponibles que nosotros seleccionemos. En caso de un procedimiento médico inusualmente complejo, el costo de un nuevo procedimiento médico o el Gasto de un Servicio Médico que no tenga un valor determinado que tengamos que hacer una determinación, nosotros le asignaremos un valor fijo. Los Gastos Médicos que nosotros paguemos pueden que no reflejen los cargos reales de un proveedor y no tiene en cuenta la capacitación de los proveedores, la experiencia o la categoría de la licencia. Un proveedor puede cobrarle al Asegurado la diferencia entre lo que cobra el proveedor y la cantidad que nosotros paguemos bajo la póliza. Nosotros actualizaremos la base de datos tal como la información sea proveída por el médico, hasta dos veces al año. Podremos modificar la base de datos a Nuestra discreción para reflejar nuestras experiencias anteriores. Tenemos el derecho, a nuestra discreción, de sustituir o reemplazar la base de datos con otra(s) base(s) de datos que sean similarmente comparativos, con o sin previo aviso.

Lesión es el daño corporal o físico que (1) requiere tratamiento de un médico; (2) resulte en una pérdida debido a un accidente, independientemente de la enfermedad y otras causas; y (3) pase en el periodo de tiempo que este asegurado bajo la cobertura.

Hospital significa una institución que: (1) es operada de acuerdo a la ley; (2) la responsabilidad primaria este vinculada con el cuidado, atención medica, y el tratamiento de personas enfermas y lesionadas como pacientes hospitalizados; (3) está bajo la supervisión de un equipo de Médicos; (4) dispone de servicio de enfermería las 24 horas por o bajo la supervisión de una enfermera(o) graduada(o) registrada(o) (RN siglas en inglés); y (5) cuenta con instalaciones médicas, de diagnóstico y tratamiento, con facilidades de quirófanos en sus localidades o que disponga de forma preestablecida. El Hospital no incluye: (1) una clínica o facilidad de: (a) convalecencia, custodia, educación o cuidado de enfermería; (b) los mayores de edad, adictos a drogas o alcohólicos; (c) rehabilitación; o (2) un hospital militar o de veteranos o un hospital contratado o administrado por el gobierno o sus agencias a menos que: (a) los servicios sean prestados en casos de emergencia; y (b) la persona sea responsable legalmente de pagar por los servicios prestados en la ausencia de un seguro.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

No pagaremos los beneficios de una pérdida causada por o para gastos incurridos de lo siguiente: (1) Lesiones auto infligidas intencionalmente, suicidio mientras esté cuerdo o demente; (2) Administración auto voluntaria de cualquier droga o sustancia no prescrita o no tomadas según las instrucciones del médico del Asegurado; (3) Daño causado por, atribuible a, o como resultado de la intoxicación del Asegurado; (4) Daños causado por, atribuible a, o como resultado de su uso del Asegurado de una sustancia controlada a menos que se administre por consejo de un médico y tomando la dosis prescrita; (5) Manejar un vehículo de motor bajo la influencia de una sustancia controlada a menos que se administra en el consejo de un médico y tomando la dosis prescrita; (6) Manejar un vehículo de motor mientras tenga un nivel de alcohol en sangre igual o superior al límite legal para operar un vehículo de motor en el estado o jurisdicción donde ocurrió la lesión; (7) El compromiso o un intento de cometer un delito grave, o la participación en una actividad ilegal; (8) La participación en una disturbio o insurrección; (9) Cualquier daño que resulte de peleas, asalto o agresión; (10) Un acto de guerra declarada o no; (11) El servicio activo en las Fuerzas Armadas; (12) Volar, aprendiendo a volar o servir como piloto o miembro de la tripulación de cualquier aeronave a menos que se especifique en la sección de RIESGOS DEL ASEGURADO de esta póliza; (13) Alpinismo (la participación en el deporte de escalar montañas generalmente requiere el uso de picos, cuerdas y otros equipos especiales); (14) Paracaidismo, excepto para instinto de sobrevivencia; (15) Esquiar en la nieve, buceo, bobsledding (trineo de carreras), puentismo, vuelo en globo, vuelo en un avión ultraligero, paracaidismo, hang-gliding (parapente), vuelo en planeador, sailplaning (planeador ligero) o paravela; (16) La participación en las carreras profesionales o aficionados; (17) Lesiones relacionadas con actividades o viajes fuera de los Estados Unidos; (18) Enfermedad, dolencia, corporal o trastorno mental o el tratamiento médico o quirúrgico de la misma, una infección bacteriana o viral, independientemente de cómo sea contraído. Esto no excluye la infección bacteriana que es el resultado natural y previsible de una lesión o envenenamiento accidental de los alimentos; (19) Tratamiento dental o rayos-X dentales, salvo estipulado de otra manera y sólo cuando se produce una lesión a dientes naturales que estén sanos; (20) Cualquier pérdida por la cual los beneficios se pagan bajo las leyes estatales o federales de compensación del trabajador, de responsabilidad del empleador o de enfermedades ocupacionales; (21) Los cargos por los que el asegurado no tendrían que pagar si el asegurado no tuviese un seguro; (22) Un costo más allá del costo admisible; (23) Cirugía cosmética, con la excepción de la cirugía reconstructiva debido a una lesión que este bajo la cobertura; (24) Participación en los deportes semi-profesionales y profesionales, el juego o práctica, o cualquier viaje relacionado a ello; (25) La participación en la práctica o el juego de cualquier actividad deportiva, incluyendo los viajes hacia y desde los juegos y las prácticas, a menos que se especifique en esta póliza; (26) Servicios de cirujano auxiliar, a menos que se especifican en esta póliza; (27) Tratamiento electivo o cirugía que no sean aconsejado por un médico y que no sea médicamente necesario, también tratamiento médico o exanimación donde no este envuelta la lesión; (28) Condiciones pre-existentes; (29) Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o complejo relacionado con SIDA (ARC siglas en inglés); (30) Cualquier mal funcionamiento del corazón o sistema circulatorio; (31) Pérdida causada por o como resultado de radiación nuclear o fuga de energía nuclear; (32) Servicios o tratamientos efectuados que son pagados o pagaderos bajo cualquier otro plan de seguro; (33) Servicios o tratamientos efectuados que son pagados o pagaderos bajo cualquier póliza de seguro de automóvil, sin admitir responsabilidad. Esta exclusión no aplica a aquellos estados donde este prohibido; (34) Viajar en o sobre: (a) Una moto de nieve; (b) Cualquier vehículo de motor de dos o tres ruedas; (c) Cualquier vehículo todo terreno motorizado que no requiera licencia para manejar vehículo de motor en la jurisdicción donde opera; (35) Cualquier accidente en el que el asegurado está operando un vehículo de motor sin licencia de operador de vehículo de motor vigente y válido (excepto en el programa de educación de conducir); (36) Anteojos, lentes de contacto, aparatos auditivos, o exámenes o prescripciones relacionadas; (37) Tratamiento por trauma debido a articulación temporo-andibular (ATM) que involucra la instalación de coronas, pónicos, puentes o pilares o la instalación, el mantenimiento o la eliminación de los aparatos de ortodoncia u oclusores o terapia de equilibrio.

GUARDE ESTA DESCRIPCIÓN EN SUS RECORDS. Conserve este folleto de seguro accidental con su cheque cancelado, recibo de giro postal o recibo de tarjeta de crédito como acuse de recibo de la cobertura. Este folleto ha sido diseñado para ilustrar los aspectos más destacados de este seguro. Toda la información del seguro accidental para el estudiante está sujeta a las disposiciones de la Póliza SR2014. Las exclusiones y limitaciones serán aplicadas. Si hubiera alguna discrepancia entre la póliza y esta información de accidente para el estudiante, las disposiciones de la póliza prevalecerán.

La póliza o certificado de seguro que tienen que ver con la cobertura y los servicios descritos en este anuncio serán proveídos en inglés solamente. Toda documentación, avisos y comunicaciones de apoyo que estén relacionado también se proporcionarán solamente en inglés. Le recomendamos que busque asistencia de un traductor y/o interprete. No obstante, las pólizas y certificados de seguro están disponibles en español para los residentes de Puerto Rico que lo soliciten.

COBERTURA DE SEGURO VOLUNTARIO DE ACCIDENTES PARA LOS ESTUDIANTES DE EL RESTO DE LA NACION PROGRAMA DE BENEFICIOS

PACIENTES HOSPITALIZADOS:	OPCIÓN – BAJA	OPCIÓN – ALTA
Alojamiento y Comida / Misceláneos de Hospital	Tarifa de habitación semi - privada / máximo de \$150 por día	80% de la Tarifa Usual y Acostumbrada por Una Habitación Semi - privada
Misceláneos de Hospital	Hasta un máximo de \$600 por día	Hasta un máximo de \$1,200 por Día
Enfermera Registrada o Graduada	75% de los habituales	100% de los habituales
Visitas del Médico No Quirúrgicas	Hasta \$40 el primer día; \$25 por día a partir de entonces	Hasta \$60 el primer día; \$40 por día a partir de entonces
(Los beneficios se limitan a una visita por día y no se aplican cuando se relaciona con una cirugía)		
PACIENTES AMBULATORIOS:		
Costo de Cirugía Ambulatoria-Cargos por Instalación Médica	Hasta un Máximo de \$1,000	Hasta un Máximo de \$1,200
Visitas del Médico No Quirúrgicas (incluye Telemedicina)	Hasta \$40 el primer día; \$25 por día a partir de entonces	Hasta \$60 el primer día; \$40 por día a partir de entonces
(Los beneficios se limitan a una visita por día y no se aplican cuando se relaciona con la cirugía o fisioterapia)		
Fisioterapia	Hasta \$30 el primer día; \$20 por día a partir de entonces / 5 días máximos	Hasta \$60 el primer día; \$40 por día a partir de entonces /5 días máximos
Sala de Emergencia	Hasta un Máximo de \$150	Hasta un Máximo de \$300
(Uso de la sala y materiales, el tratamiento debe ser dado dentro de 72 horas desde el momento de la lesión)		
Servicios de Rayos X - (Incluye cargos por lectura)	Máximo de \$200	Máximo de \$600
Cat Scan /MRI	Máximo de \$300	Máximo de \$600
Laboratorio	Máximo de \$50	Máximo de \$300
Inyecciones	Hasta \$25, lesión	Hasta \$25, lesión
Medicamentos con Receta	Máximo de \$75	Máximo de \$200
Aparatos y Accesorios Ortopédicos	Máximo de \$75	Máximo de \$140
PACIENTES HOSPITALIZADOS Y/O AMBULATORIOS:		
Honorarios del cirujano	Máximo de \$1,000 (No se pagaran procedimientos adicionales por la misma incisión)	Máximo de \$1,200 (No se pagaran procedimientos adicionales por la misma incisión)
Anestesista	20% del gasto permitido para el cirujano	25% del gasto permitido para el cirujano
Ambulancia	Máximo de \$300	Máximo de \$800
Consultor	Máximo de \$200	Máximo de \$400
Tratamiento del agotamiento por calor	100% de los habituales	100% de los habituales
Dental	Hasta \$200 por diente (Los beneficios se pagan en los dientes naturales y sanos solamente)	Hasta \$ 500 por diente (Los beneficios se pagan en los dientes naturales y sanos solamente)
El reemplazo de anteojos, lentes de contacto y audífonos	Máximo de \$200 (Al romperse como resultado de una lesión en la cubierta)	Máximo de \$300 (Al romperse como resultado de una lesión en la cubierta)

TIPOS DE OPCIONES

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

PLANES DE COBERTURA	OPCIÓN – TARIFA BAJA	OPCIÓN – TARIFA ALTA
24 Horas	\$ 86.65	\$132.65
24 Horas Veranos Solamente	\$ 22.45	\$ 35.30
En La Escuela	\$ 21.40	\$ 31.00
Fútbol Americano Escuela Secundaria	\$147.65	\$230.05
Fútbol Americano Primavera Escuela Secundaria	\$ 58.85	\$ 92.00
Dental Extendido	\$ 9.65	\$ 9.65



2026-2027
SEGURO VOLUNTARIO
DE ACCIDENTE PARA ESTUDIANTES
FORMULARIO DE SUSCRIPCIÓN

(No esta disponible en los siguientes estados: AR, FL, ID, KS, KY, MD, MT, NC, NH, NY, SD, TX, & WA)

Apellido del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento del Estudiante: _____

Nombre del Estudiante: _____ Inicial: _____ Numero de Teléfono: _____

Número de Seguro Social del Estudiante: _____ Grado: _____ Número de Identificación del Estudiante: _____

Número de la Calle: _____ Dirección Ciudad Estado Código Postal

Nombre del Distrito Escolar: _____ Nombre de la Escuela/Campus: _____
(Requerido para Procesar)

Firma del Padre o Guardián: _____ Fecha: _____ E-mail Address: _____

POR FAVOR SELECCIONE SU PLAN A CONTINUACION:		
PLANES DE COBERTURA	OPCIÓN BAJA	OPCIÓN ALTA
24-Hour (24 Horas)	☐ \$ 86.65*	☐ \$132.65*
24-Hour (24 Horas, Solamente en Verano)	☐ \$ 22.45*	☐ \$ 35.30*
At School (En la Escuela)	☐ \$ 21.40*	☐ \$ 31.00*
High School Football (Fútbol Americano a Nivel de Secundaria)	☐ \$147.65*	☐ \$230.05*
Spring High School Football (Fútbol Americano en Primavera a Nivel de Secundaria)	☐ \$ 58.85*	☐ \$ 92.00*
Extended Dental (Seguro Dental Extendido)	☐ \$ 9.65*	☐ \$ 9.65*
SOLAMENTE PARA USO DE LA COMPAÑÍA: Número de cheque _____ Cantidad Recibida _____		Adjuntado se encuentra el cheque de pago total pagadero a: Health Special Risk TOTAL de todas las elecciones AQUI: \$ _____

* Existe un cargo adicional de proceso de \$1.00 por cobertura comprada para procesar el papeleo.

Una vez completado, envíe este formulario a:

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

Para más información referente a Seguro de Estudiantes, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente al **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

Cobertura de Accidente Suscrita por: Mutual of Omaha Insurance Company, 3300 Mutual of Omaha Plaza, Omaha, NE 68175