

2022–2023
Estudiante internacional
Lesión y enfermedad
Plan de seguro para
**ESCUELAS SECUNDARIAS DIRECTAS
PLAN BLANCO**



Elegibilidad

Todos los estudiantes internacionales que viajen fuera de su país de origen, se registren para cursos con créditos académicos en una escuela secundaria privada de la organización participante, en Estados Unidos, y asistan de manera activa a clases, o un campo o programa patrocinado por la escuela durante los primeros 31 días después de la fecha para la cual se compre la cobertura, son elegibles para participar en el plan. La Compañía preserva su derecho a investigar el estado del estudiante y el historial de asistencia para verificar que se cumple con los requisitos de elegibilidad de la póliza. Si la Compañía descubre que no se cumple con los requisitos de elegibilidad, su única obligación es reembolsar la prima.

Fecha de entrada en vigencia y vencimiento

Cada escuela secundaria privada participante puede tener una distinta fecha efectiva. La política permite una fecha efectiva no antes del 1 de julio de 2022 y no después del 30 de septiembre del 2022. La cobertura está disponible por 12 meses a partir de la fecha efectiva de la escuela. La Persona asegurada debe verificar con la escuela a la que asiste para las fechas específicas de cobertura.

¿Dónde puedo obtener más información sobre los beneficios disponibles?

El folleto del plan ofrece mayor detalle sobre la cobertura, incluidos los beneficios, exclusiones, reducciones o limitaciones y los términos bajo los cuales puede mantenerse la cobertura en vigor. Comuníquese con la escuela si desea obtener copias del folleto del plan.

¿Quién puede responder las preguntas que tengo sobre el plan?

Si tiene preguntas o quejas, comuníquese con el administrador del plan:

Gigi Warren
Clifford Allen Associates, Ltd.
PO Box 23615
Hilton Head Island, SC 29925
(888) 342-2224

Para presentar reclamos:

GBG Administrative Services
Apartado postal 211008
Eagan, MN 55121
(800) 730-2417

Este plan incluye una red de profesionales médicos, incluidos médicos y hospitales, conocida como Organización de proveedores preferidos (PPO). El Proveedor dentro de la red para este plan es UnitedHealthcare Options PPO.

GBG Assist

El Plan de asistencia en viaje es un servicio diseñado para proporcionar a las personas que viajan 100 millas o más desde su hogar o en un país extranjero que no es el país de residencia permanente, servicios de asistencia de emergencia las 24 horas en todo el mundo durante el período de cobertura. Los servicios del plan de asistencia son organizados por GBG Assist.

La disposición de los servicios clave incluye:

2417 Evacuación de emergencia

Repatriación médicamente necesaria

Para asistencia de emergencia llame al: 1 (800) 730-

GBG Assist está disponible las 24 horas del día.

Aspectos destacados de la cobertura

Esta lista no es integral. Lea el folleto para obtener una lista completa de los beneficios y los máximos, exclusiones o limitaciones de los beneficios individuales.

	Proveedor dentro de la red	Proveedor fuera de la red
Gasto médico máximo	\$100,000	
Deducible del plan	\$ 0	\$ 0
Coseguro <i>Todos los beneficios están sujetos a limitaciones, máximos y copagos específicos de beneficios, como se describe en el folleto del plan.</i>	100 % de la asignación preferida	80 % de los cargos normales, razonables y habituales (URC)
Beneficio de habitación y comida de hospital y gastos varios	100 % de la asignación preferida	80 % de los cargos de URC
Fisioterapia <i>Se realizará una revisión de la necesidad médica después de 12 visitas por lesión o enfermedad</i>	100 % de la asignación preferida	80 % de URC
Honorarios del cirujano <i>Si se realizan dos o más procedimientos a través de la misma incisión o en sucesión inmediata en la misma sesión operatoria, el monto máximo pagado no excederá el 50 % del segundo procedimiento y el 50 % de todos los procedimientos posteriores.</i>	100 % de la asignación preferida	80 % de URC
También se incluyen los siguientes beneficios: <i>Esta lista no es del todo inclusiva. Lea la Póliza para obtener una lista completa de los beneficios y los máximos, exclusiones o limitaciones de los beneficios individuales.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Consultas con el médico ▶ Tratamiento de la diabetes ▶ Atención urgente ▶ Sala de Emergencias ▶ Condiciones mentales y nerviosas para pacientes internos y externos ▶ Emergencia dental: solo lesiones en los dientes naturales ▶ Beneficio deportivo interescolar ▶ Laboratorio y rayos X ▶ Equipo médico duradero 	
Evacuación médica / Devolución de restos	100 % de los cargos reales	
Beneficio por gastos en medicamentos recetados de pacientes externos <i>\$700 máximo por año de póliza</i>	\$15 de copago por receta, limitado a suministro de 30 días (cuando se use una farmacia CVS/Caremark)	100% de los cargos: copago de \$15 por receta, limitado a un suministro de 30 días

Exclusiones y limitaciones:

El plan no cubre la pérdida resultante de cualquiera de las siguientes condiciones, a menos que se cubra de otra forma bajo la Política mediante Beneficios adicionales

- 1) Guerra o cualquier acto de guerra, se declare o no, cualquier acto terrorista;
- 2) Cualquier pérdida cubierta que incurra al estar en servicio de las fuerzas armadas de cualquier país. Cuando el Participante del plan entre a las fuerzas armadas de cualquier país, reembolsaremos la prima a prorrata no devengada de ser solicitada;
- 3) Participación voluntaria activa en un disturbio o insurrección;
- 4) Tratamiento médico relacionado con trasplantes de órganos, ya sea como donante o receptor; esto incluye los gastos incurridos por el proceso de evaluación, la cirugía de trasplante, el tratamiento postoperatorio y los gastos incurridos en la obtención, almacenamiento o transporte de un órgano donado. En relación con el trasplante de médula ósea o de células madre, esta exclusión incluye los cargos por recolección y movilización;
- 5) Cometer o tratar de cometer un asalto o delito, o que ocurra mientras se participa en una ocupación ilegal;
- 6) Gastos elegibles por los que el Participante del plan no sería responsable en la ausencia de la Póliza;
- 7) Cargos que excedan los cargos usuales, razonables y acostumbrados;
- 8) Cargos que no sean médicamente necesarios;
- 9) Cargos que se proporcionen sin costo al Participante del plan;

- 10) Gastos incurridos por tratamiento al estar en su país de origen
- 11) Revisiones médicas regulares, exámenes físicos de rutina, vacunas o algún otro examen en donde no haya indicaciones objetivas o deterioro de la salud normal;
- 12) Cualquier Pérdida cubierta que se pague bajo leyes de Compensación de trabajadores, responsabilidad del empleador o beneficios ocupacionales similares, o al participar en una ocupación por ganancia monetaria de fuentes distintas al Asegurado;
- 13) Condiciones preexistentes; sin embargo, una condición preexistente se cubrirá después de que el Participante del plan haya estado asegurado de manera continua por 6 meses bajo la misma Organización participante;
- 14) aborto electivo;
- 15) Medicamento, tratamiento o procedimiento que promueva o prevenga la concepción, o evite el parto, incluyendo, sin limitarse a: inseminación artificial, tratamiento por infertilidad o impotencia, esterilización o anulación de la misma
- 16) Cargos incurridos por Cirugía o tratamientos que sean Experimentales/Exploratorios, o para fines de investigación;
- 17) Gastos incurridos por tratamiento de desórdenes de la articulación temporomandibular (TMJ) o disfunción de la articulación craneomandibular y dolor miofacial asociado;
- 18) Cuidado o tratamiento dental distinto al cuidado de los dientes y encías sanos y naturales, que se requiera debido a una lesión provocada por un accidente
- 19) Anteojos, lentes de contacto, aparatos para la sordera, dispositivos o exámenes o recetas de lo anterior;
- 20) Pies débiles, torcidos o planos, durezas, callos o uñas enterradas;
- 21) Gastos incurridos durante una visita a la sala de emergencias de un hospital, que no trate de una emergencia
- 22) Práctica o participación en algún concurso o competencia deportiva entre universidades, profesional o semiprofesional;
- 23) Programas de reducción de peso o tratamiento quirúrgico de obesidad o tratamiento de enfermedad venérea
- 24) Cirugía electiva o cosmética y Tratamiento electivo o tratamiento de anomalías congénitas (excepto lo que se indique específicamente), excepto la cirugía reconstructiva en una parte enferma o dañada del cuerpo (la corrección de un tabique nasal desviado se considera cirugía cosmética, a menos que resulte de una Lesión o Enfermedad cubierta);
- 25) Radiación ionizante o contaminación por radioactividad de cualquier combustible o residuo nuclear, de la combustión de combustible nuclear, las propiedades radioactivas, tóxicas, explosivas o de cualquier otra índole peligrosa de un equipo nuclear o componente nuclear de dicho equipo.
- 26) Exposición del Participante del plan al uso de armas nucleares, químicas o biológicas de destrucción masiva.
- 27) Tratamiento de infección por VIH, enfermedad relacionada con VIH y SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida que pase del máximo de por vida de \$7,500;
- 28) Servicios o tratamiento por acupuntura; pruebas de alergia, deficiencias de aprendizaje, biorretroalimentación, adicción a la nicotina, desórdenes del sueño, terapia del habla, alopecia y circuncisión;
- 29) Servicios por Honorarios de cirujano asistente.

DEFINICIONES

Las siguientes definiciones aplican al Plan. Esto es solo un resumen, para obtener una lista completa de definiciones, consulte la Póliza archivada en la escuela.

Accidente se refiere a un evento impredecible que provoque una Lesión a uno o más Participantes del plan

País de residencia: se refiere al país donde el Participante del plan tiene su residencia real, fija y permanente, en el que se encuentra establecido principalmente.

Médico significa una persona calificada para la práctica de la medicina. Como tal, debe actuar dentro del alcance de su licencia conforme a las leyes del estado donde ejerce y solo debe proporcionar los servicios médicos que se encuentran dentro del alcance de su licencia o certificado. El término no incluye al Participante del plan, ni a su cónyuge, hijo, hija, padre, madre, hermano, hermana u otro familiar.

Enfermedad significa lesión o patología que requiera un tratamiento por parte de un Médico mientras se está cubierto por esta Póliza. Todas las afecciones relacionadas y los síntomas recurrentes de la misma afección o una afección similar se considerarán la misma Enfermedad.

DIVULGACIONES

Los asegurados tendrán la opción de llamar al sistema local de servicios médicos de emergencia prehospitalarios marcando el número de acceso telefónico de emergencia 911, o su equivalente local, siempre que un asegurado se enfrente a una condición médica de emergencia que, a juicio de una persona laica prudente, requeriría servicios de emergencia prehospitalarios. En ninguna forma podremos disuadirlos a que usen servicios de emergencia ni podremos negar gastos médicos o de transporte por condiciones médicas de emergencia.

El Plan respaldado por: Crum and Forster SPC y en representación de ITI SP. con su domicilio comercial en Suite 4210, 2^{do} Piso Canella Court, 48 Market St., Camana Bay, Gran Caimán KY1-1208, Islas Caimán.

Los beneficios se proporcionan para personas Aseguradas elegibles. Este resumen de cobertura es una descripción breve de las características importantes del plan de seguro. No es un contrato de seguro. Las provisiones completas pertinentes a este seguro se incluyen en la póliza. En caso de algún conflicto entre este resumen de cobertura y la póliza, esta última regirá. La póliza, que fue emitida por la compañía de seguros a Fairmont Specialty Trust, es renovable solo a opción de la aseguradora. Este plan no está destinado a brindar cobertura a residentes y ciudadanos de EE. UU. Esta póliza no está sujeta a emisiones o renovaciones garantizadas.

Este seguro no está sujeto a, ni proporciona ciertos beneficios de cobertura requeridos por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible ("PPACA") de Estados Unidos. La PPACA requiere que ciertos ciudadanos o residentes de EE. UU. obtengan un seguro médico que cumpla con la PPACA, o una "cobertura esencial mínima". La PPACA también requiere que ciertos empleadores ofrezcan una cobertura de seguros que cumpla con la PPACA a sus empleados. Pueden imponerse sanciones tributarias a los residentes o ciudadanos de EE. UU. que no mantengan una cobertura esencial mínima, y a ciertos empleadores que no ofrezcan una cobertura de seguros que cumpla con la PPACA a sus empleados. En algunos casos, puede considerarse que ciertos individuos tienen una cobertura esencial mínima según la PPACA, incluso aunque su cobertura de seguros no proporcione todos los beneficios requeridos por la PPACA. Usted debe consultar con su abogado o asesor fiscal para determinar si esta póliza cumple con las obligaciones que pueda tener según la PPACA.

N.º de Póliza CC005643