

2023-2024

Lesiones y enfermedades de los estudiantes internacionales Plan de seguro para **escuelas secundarias privadas – Plan**

Quién es elegible: cualquier estudiante que tenga la visa F1 o J1, o aquel cuyo lugar de residencia permanente no es los Estados Unidos y que está afiliado a una escuela secundaria privada de la organización que participa en los Estados Unidos, es elegible para comprar el Plan y participar en él.

Para ser elegible, un estudiante debe estar: Inscrito en cursos con créditos y asistiendo de forma activa a clases o a un campo patrocinado por la escuela o programa de la institución que participa.

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

Este Plan de seguro entra en vigencia a las 12:01 a. m. del 1 de julio de 2023

Este Plan de seguro vence a las 11:59 p. m. del 30 de septiembre de 2023

Opciones de inscripción previa y posterior La cobertura está disponible para la compra por parte de estudiantes recién inscritos que llegan a los Estados Unidos antes del comienzo del primer periodo de estudios en su escuela secundaria privada, o Personas aseguradas que han completado su último periodo de estudios en su escuela secundaria privada y están preparándose para regresar al país de origen o asistir a un colegio o universidad en los Estados Unidos. Esta opción proporciona hasta 60 días de cobertura previa o posterior.

¿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:

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



Para presentar reclamaciones:

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

GBG Assist

El Plan de asistencia en viaje sin seguro 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 los organiza GBG Assist.

La disposición de los servicios clave incluye:

- Evacuación de emergencia
- Repatriación médicamente necesaria
- Repatriación de los restos

Para asistencia de emergencia llamar al: 1 (800) 730-2417
GBG Assist está disponible las 24 horas del día.

Aspectos destacados de la cobertura

	Beneficio de proveedores dentro de la red	Beneficio de proveedores fuera de la red
Máximo de gastos médicos	\$100 000	\$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 URC
Beneficio de habitación y comida de hospital y gastos varios	100 % de la asignación preferida	80 % de URC

Fisioterapia (Paciente externo) <i>Máximo de 60 visitas (por año de póliza: revisión médica después de 30 visitas)</i>	100 % de la asignación preferida	80 % de URC
--	----------------------------------	-------------

Beneficio de cirujano <i>Cuando se realizan 2 o más procedimientos a través de la misma incisión, el Beneficio Máximo no excederá el 50 % del segundo procedimiento y el 50 % de todos los procedimientos posteriores.</i>	100 % de la asignación preferida	80 % de URC
--	----------------------------------	-------------

Beneficio de gastos de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios <i>\$700 como máximo por año de póliza</i>	Copago de \$15 por receta, limitado a un suministro de 30 días (al utilizar una farmacia de CVS-Caremark)	100 % de los cargos: copago de \$15 por receta, limitado a un suministro de 30 días
--	--	---

Evacuación médica / Devolución de restos	100 % de los cargos reales	
---	----------------------------	--

También se incluyen los siguientes beneficios: <i>Esta lista no es integral. 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 ▶ Equipo médico duradero ▶ Atención urgente ▶ Sala de Emergencias ▶ Condiciones mentales y nerviosas para pacientes internos y externos ▶ Emergencia dental: solo lesiones en los dientes naturales <ul style="list-style-type: none"> ▶ Beneficio deportivo interescolar ▶ Laboratorio y rayos X 	
--	--	--

Muerte accidental y desmembramiento	Suma principal: \$10,000; Periodo de tiempo para la pérdida: 365 días	
--	---	--

Exclusiones

La póliza no cubre ninguna pérdida que resulte de los siguiente:

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 y activa en disturbios o insurrecciones;
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 proporcionados sin costo para el Participante del Plan;
10. Gastos incurridos por tratamiento mientras se encuentra 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. Atención o tratamiento dental que no sea el cuidado de dientes y encías sanos y naturales necesarios a causa de una lesión resultante de 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 tenga carácter de urgencia;

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 se refiere a la 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. No incluye a un participante del plan ni a la familia inmediata de un participante del plan.

Enfermedad significa enfermedad o dolencia que requiere tratamiento por parte de un médico mientras está cubierto por la Póliza. Todas las afecciones relacionadas y los síntomas recurrentes de la misma afección o una afección similar se considerarán la misma Enfermedad.

El Plan está respaldado por: Crum & Forster SPC en representación de ITI SP, bajo la jurisdicción de las Islas Caimán, con sede comercial principal en Suite 4210, 2nd Floor Canella Court, 48 Market St., Camana Bay, Grand Cayman KY1-1208, Islas Caimán.

Al comprar este seguro, se convierte en miembro de Fairmont Specialty Trust

Los beneficios se proporcionan a las personas aseguradas elegibles. Este plan incluye beneficios tanto de seguro como de otro tipo. Este resumen de cobertura es una breve descripción de las características importantes del plan de seguro. No es un contrato de seguro. Las disposiciones completas relativas a este seguro están contenidas en la póliza. En caso de conflicto entre este resumen de cobertura y la póliza, prevalecerá la póliza. 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 y no proporciona ciertos beneficios de seguro requeridos por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible de los Estados Unidos ("PPACA"). La PPACA requiere que ciertos ciudadanos de EE. UU. 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 a sus empleados una cobertura de seguro que cumpla con la PPACA. Se pueden imponer sanciones fiscales a los residentes o ciudadanos de los EE. UU. que no mantengan una cobertura esencial mínima, y a ciertos empleadores que no ofrecen a sus empleados una cobertura de seguro que cumpla con la PPACA. En algunos casos, se puede considerar que ciertas personas tienen una cobertura esencial mínima bajo PPACA incluso si su cobertura de seguro no proporciona todos los beneficios requeridos por PPACA. Debe consultar a su abogado o asesor fiscal para determinar si esta política cumple con las obligaciones que pueda tener según la PPACA.

N.º de póliza