

2021-2022
Plan de seguro de lesiones y enfermedades para estudiantes internacionales de escuelas secundarias privadas



Elegibilidad

Todos los estudiantes internacionales que viajen fuera de su país de origen, que estén inscritos en cursos con créditos en una escuela secundaria privada de la organización participante, en Estados Unidos, y que estén asistiendo a clases, o a un campamento o programa patrocinado por la escuela durante los primeros 31 días después de la fecha para la que se adquiere la cobertura, tienen derecho a participar en el plan. La compañía se reserva el derecho de investigar la situación de los estudiantes y los registros de asistencia a fin de verificar que se hayan cumplido los requisitos de elegibilidad de la póliza. Si la compañía descubre que no se han cumplido los requisitos de elegibilidad, su única obligación será reembolsar la prima.

Fecha de vigencia y fecha de terminación

Cada escuela secundaria privada participante tiene su propia fecha de vigencia y fecha de terminación. La persona asegurada debe verificar con la escuela a la que asiste para conocer las fechas específicas de cobertura.

¿Dónde puedo obtener más información sobre los beneficios disponibles?

El folleto del plan proporciona información más detallada sobre la cobertura, incluidos los beneficios, las exclusiones, las reducciones o limitaciones, y las condiciones en las que la cobertura puede continuar en vigor. Póngase en contacto con la escuela para solicitar copias del folleto del plan.

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

Si tiene preguntas o quejas, póngase en contacto con el administrador del plan:

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

Para enviar reclamaciones:

GBG Administrative Services
7600 Corporate Center Drive, Suite 500
Miami, FL 33126
(800) 730-2417

Este plan cuenta con una red de profesionales médicos, incluidos médicos y hospitales, que recibe el nombre de Organización de proveedores preferidos (*PPO, Preferred Provider Organization*). La red de proveedores para este plan es PPO UnitedHealthcare Options.

GBG Assist

El plan Assist para viajes 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 internacionales de asistencia de emergencia las 24 horas durante el término de la cobertura. GBG Assist se encarga de organizar los servicios del plan de asistencia.

La disposición de los servicios importantes incluye:

- Evacuación por emergencia
- Repatriación necesaria por razones médicas
- Repatriación de restos mortales

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

Lo más destacado de la cobertura

Esta lista no incluye todo. Lea el folleto para conocer la lista completa de beneficios y las limitaciones, exclusiones o máximos de beneficio.

	Proveedor de la red	Proveedor fuera de la red
Máximo de gastos médicos	Ilimitado	
Deducible del plan	\$0	\$0
Coaseguro <i>Todos los beneficios están sujetos a ciertos copagos, máximos y limitaciones de beneficios según se describe en el folleto del plan.</i>	100% de asignación preferida	80% de cargos usuales, razonables y acostumbrados
Beneficio de gastos varios y alojamiento y comida en hospital	100% de asignación preferida	80% de cargos usuales, razonables y acostumbrados
Fisioterapia <i>60 visitas como máximo (por año de la póliza)</i>	100% de asignación preferida	80% de cargos usuales, razonables y acostumbrados
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 quirúrgica, la cantidad máxima pagada no superará el 50% del segundo procedimiento y 50% de los procedimientos posteriores.</i>	100% de asignación preferida	80% de cargos usuales, razonables y acostumbrados
Cirujano asistente	100% de la asignación preferida hasta 30% de la asignación de cirujano	80% de los cargos usuales, razonables y acostumbrados hasta 30% de la asignación de cirujano
Beneficio de bienestar: <i>El beneficio de bienestar incluye, entre otros, exámenes físicos anuales, exámenes ginecológicos, exámenes de detección e inmunizaciones (consulte la póliza en el archivo de la escuela para conocer todos los detalles)</i>	100% de asignación preferida	80% de cargos usuales, razonables y acostumbrados
También se incluyen los siguientes beneficios: <i>Esta lista no incluye todo. Lea la póliza para conocer la lista completa de beneficios y las limitaciones, exclusiones o máximos de beneficio.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Consultas médicas ▶ Tratamiento para la diabetes ▶ Cuidado de urgencia ▶ Sala de emergencias ▶ Servicios hospitalarios y ambulatorios para enfermedades mentales y nerviosas ▶ Servicios dentales de emergencia: lesiones en piezas dentales naturales únicamente ▶ Beneficio para deportes interuniversitarios ▶ Laboratorio y radiografías ▶ Equipo médico duradero 	
Evacuación médica/devolución de restos mortales	100% de los gastos reales	
Beneficio para gastos de medicamentos recetados en régimen ambulatorio	\$0 de copago para medicamentos recetados limitado a un suministro de 30 días (cuando se adquieren en una farmacia CVS Caremark)	100% de los cargos

Exclusiones y limitaciones:

El plan no cubre las pérdidas que resulten de cualquiera de los siguientes, a menos que estén cubiertos en la póliza como beneficios adicionales

1. Servicios proporcionados para la detección y corrección por medio manual o mecánico (incluidas las radiografías correspondientes) de desequilibrio estructural, distorsión o subluxación en el cuerpo a fin de eliminar interferencias nerviosas, cuando dichas interferencias son resultado de la subluxación, la desalineación o la distorsión de la columna vertebral o están relacionadas con ellas;
2. Anteojos, lentes de contacto, audífonos y examen para formular la receta;
3. Curas de reposo o cuidado asistencial;
4. Guerra o cualquier acto de guerra, declarada o no declarada;
5. Comisión o intención de cometer una agresión o delito grave, o que se produzca mientras se está realizando un acto ilegal;
6. Participación voluntaria y activa en un motín o insurrección;

7. Viaje o vuelo en cualquier vehículo para navegación aérea, incluido el embarque o desembarque: mientras viaja como pasajero en cualquier aeronave no destinada o autorizada para el transporte de pasajeros;
8. Tratamiento pagado o proporcionado en virtud de cualquier otra póliza individual o grupal, o en virtud de cualquier programa gubernamental obligatorio o instalación establecida para el tratamiento sin costo para ninguna persona;

9. Gastos médicos resultantes de un accidente automovilístico que superen los que se pagan en virtud de cualquier otro seguro válido y cobrable;
10. Servicios o tratamiento proporcionados por un médico, enfermero o cualquier otra persona empleada o contratada por el titular de la póliza, o un familiar directo del participante del plan;
11. Cargos proporcionados sin costo alguno para el participante del plan;
12. Tratamiento o cuidado dental distinto al cuidado de encías y piezas dentales naturales y sanas, que sean necesarios a causa de una lesión resultante de un accidente;
13. Cirugía electiva o cosmética y tratamiento electivo o tratamiento de anomalías congénitas (salvo lo dispuesto específicamente); excepto la cirugía reconstructiva en una parte del cuerpo con enfermedad o lesión (la corrección de un tabique nasal desviado se considera cirugía cosmética a menos que sea consecuencia de una lesión o enfermedad cubierta).

DEFINICIONES

Las definiciones siguientes se aplican al plan. Este es solo un resumen; si desea conocer la lista completa de definiciones, consulte la póliza en el archivo de la escuela.

Accidente significa un evento imprevisible que: (1) Causa lesión a uno o más participantes del plan; y (2) Ocurre mientras la cobertura está en vigor para el participante del plan.

País de origen es el país donde un participante del plan tiene su hogar permanente, verdadero y fijo, y es su establecimiento principal.

Médico se refiere a alguien que es profesional médico capacitado. Como tal, este profesional médico debe actuar dentro de su ámbito de licencia de acuerdo con las leyes del estado donde ejerce su profesión y proporcionar únicamente aquellos servicios médicos que están dentro del ámbito de su licencia o certificado. No incluye un participante del plan ni el cónyuge, hijo, hija, padre, madre, hermano, hermana ni otro pariente del participante del plan.

Enfermedad se refiere a cualquier dolencia o enfermedad que requiera 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 similar serán consideradas como 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 situación médica de emergencia que, en opinión de una persona prudente, requiera servicios de emergencia prehospitalarios. En ningún caso podemos disuadirlos de utilizar los servicios de emergencia ni negarles los gastos médicos o de transporte en situaciones médicas de emergencia.

Este plan está suscrito por: Crum & Forster SPC en nombre y representación de ITI SP. con sede comercial principal en Suite 4210, 2nd Floor Canella Court, 48 Market St., Camana Bay, Grand Cayman KY1-1208, Islas Caimán.

Los beneficios se proporcionan para personas aseguradas elegibles. Este resumen de cobertura es una breve descripción de las características importantes del plan de seguro. No representa un contrato de seguro. Las disposiciones completas relacionadas con este seguro figuran en la póliza. En caso de conflicto entre este resumen de cobertura y la póliza, prevalecerá la póliza. La póliza, emitida por la compañía de seguros a Fairmont Specialty Trust, es renovable solo a opción del asegurador. Este plan no está diseñado para dar cobertura a residentes y ciudadanos estadounidenses. Esta póliza no está sujeta a una emisión o renovación garantizada.

Este seguro no está sujeto ni proporciona determinados beneficios de seguro requeridos por la Ley de protección de los pacientes y cuidado de la salud asequible (PPACA, Patient Protection and Affordable Care Act) de Estados Unidos. La PPACA exige a ciertos residentes o ciudadanos estadounidenses que obtengan un seguro de salud que cumpla con la PPACA, o “cobertura mínima esencial”. La PPACA también exige que determinados empleadores ofrezcan a sus empleados cobertura de seguro conforme a la PPACA. Se pueden imponer multas tributarias a los residentes o ciudadanos estadounidenses que no mantengan una cobertura mínima esencial y a ciertos empleadores que no ofrezcan 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 conforme la PPACA, incluso si su cobertura de seguro no proporciona todos los beneficios exigidos por la PPACA. Debe consultar a su abogado o profesional fiscal para determinar si esta póliza cumple con las obligaciones que pueda tener según la PPACA.

N.º de póliza