



Seguro Voluntario de Accidentes Estudiantiles

Escuelas K-12 | 2026-2027

El recreo, el cuidado después de la escuela, los deportes interescolares, las excursiones y otras actividades escolares pueden ocasionar lesiones inesperadas. Los Planes Voluntarios de Seguro de Accidentes Estudiantiles ofrecen protección financiera accesible para ayudar a cubrir gastos médicos y evitar cargas económicas. Este plan es primario para estudiantes sin seguro o con cobertura financiada por el estado (como Medi-Cal/Medicaid o TRICARE-Seguro Médico). Secundario para estudiantes con seguro privado o Medicare.

Elegibilidad y Opciones de Cobertura:

Disponible para estudiantes inscritos en distritos escolares participantes. Se ofrecen opciones económicas con planes Bajo, Mediano y Alto, que incluyen:



Cobertura de Accidentes Estudiantiles durante el Horario Escolar



Cobertura de Accidentes Estudiantiles las 24 Horas



Cobertura para Deportes Interescolares



Cobertura Dental las 24 Horas



Cobertura Exclusiva para Fútbol

¡Inscribirse en línea es fácil! Visite: <https://studentinsuranceusa.com/insurance/k-12-student-accident-insurance-plan-enrollment/>

1. Haga clic **“Enroll Online”**.
2. Seleccione su estado y haga clic en **“Look Up”**.
3. Elija su escuela o distrito.
4. Revise los planes disponibles y seleccione el que prefiera.
5. Complete la solicitud en línea
6. Pague una prima anual única con tarjeta de crédito o débito.
7. Imprima su confirmación como comprobante de cobertura.

Presentación de un reclamo:

Complete el formulario de reclamo de Gerber Life, incluyendo los detalles de la lesión y cualquier cobertura de seguro adicional.

1. Acceda al formulario de reclamo en k12specialmarkets.com/claimforms.
2. Seleccione su estado y luego su escuela o distrito.
3. Los formularios de reclamo requieren la **firma tanto del padre/madre o tutor legal como de un funcionario escolar**.
4. Asegúrese de incluir información sobre cualquier **otra cobertura de seguro**, si corresponde.
5. Envíe el formulario completo por correo electrónico, correo postal, fax o electrónicamente a través del sitio web de reclamos.
6. Se enviará una carta de confirmación y un **número de reclamo** a la dirección registrada.
7. Use su número de reclamo como referencia al enviar las facturas médicas de los proveedores.

Please note: If you are a plan administrator for a school or group and would like to learn more, please email SIRep@studentinsuranceusa.com.

Información sobre Student Insurance:

Desde 1950, Student Insurance (SI) ha ofrecido precios competitivos en una cobertura integral del seguro contra accidentes para estudiantes en el segmento K-12. El SI se dedica a ayudar a las familias a gestionar los costos imprevistos de las lesiones de los estudiantes mediante opciones de cobertura flexible y de fácil acceso. Puede comunicarse con la oficina de su escuela o distrito para obtener la información completa de la póliza, que incluye los beneficios, las exclusiones y las limitaciones.

Tenga en cuenta lo siguiente: Los estudiantes pueden comprar cobertura solo si su distrito escolar es titular de una póliza con la compañía de seguros.

¿Cómo podemos ayudar?

Comuníquese con un experto en atención médica para estudiantes a SIRep@studentinsuranceusa.com para obtener más información.

6320 Canoga Ave, 12th Floor
Woodland Hills, CA 91367
Studentinsuranceusa.com



Youth Insurance Agency, Inc. DBA Student Insurance | Licencia en California (CA) 0386216
6320 Canoga Ave, 12th Floor • Woodland Hills, CA 91367 • studentinsuranceusa.com

©2026 Todos los derechos reservados. La siguiente información corresponde a Youth Insurance Agency, Inc. ("Youth Insurance") y a Youth Insurance Agency, Inc., que opera como Student Insurance ("Student Insurance"), una subsidiaria de Venbrook Group, LLC. La inclusión de una agencia de seguros o empresa vinculada en este folleto/aviso no constituye una declaración ni garantía de que la cobertura se ofrecerá a través de Youth Insurance, Student Insurance o cualquier empresa vinculada, ni de que estas entidades están autorizadas para proporcionar un tipo en particular de producto o cobertura de seguro en un estado. Lo siguiente se proporciona únicamente con fines informativos: Youth Insurance Agency, Inc. tiene domicilio en California y está autorizada para realizar transacciones comerciales en los estados de Arizona, California, Illinois, Michigan, Nevada, Nueva Jersey, Carolina del Sur, Texas y Washington.

COBERTURA DE SEGURO DE ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES 2026 - 2027

COBERTURA OPCIONAL DE DEPORTES - Cubre accidentes que ocurren durante la participación en la práctica o competencia de deportes intercolegiales. Se cubre el viaje cuando va directamente y sin interrupción hacia o desde tal práctica o competencia como parte de un grupo en el transporte proporcionado u organizado por el titular de la póliza. Consulte los beneficios y limitaciones que se describen en el interior de este folleto. No se proporciona cobertura mientras se participa en fútbol americano intercolegial (consulte la opción de Cobertura opcional para fútbol americano a continuación). **Prima anual: \$105.00**

COBERTURA OPCIONAL PARA FÚTBOL AMERICANO - Cubre accidentes que ocurren durante la participación en la práctica o la competencia de fútbol americano intercolegial a nivel de escuela secundaria. Se cubre el viaje cuando va directamente y sin interrupción hacia o desde tal práctica o competencia como parte de un grupo en el transporte proporcionado u organizado por el titular de la póliza. Consulte los beneficios y limitaciones que se describen en el interior de este folleto. **Prima anual: \$335.00**

COBERTURA DENTAL OPCIONAL DURANTE LAS 24 HORAS (puede adquirirse por separado o con otra cobertura) - La cobertura del seguro está en vigor las 24 horas del día. La lesión debe tratarse en un plazo de 60 días después de que ocurra el accidente. Los beneficios se pagan dentro de los 12 meses después de la fecha de la lesión. Los gastos máximos elegibles a pagar por lesión cubierta no pueden exceder los \$ 25,000. Además, cuando el dentista certifica que el tratamiento debe aplazarse hasta después del período de beneficios, se pagarán beneficios diferidos hasta un máximo de \$1000. El estudiante debe recibir tratamiento por lesión en los dientes, por parte de un dentista legamente calificado, que no sea miembro de la familia inmediata del estudiante. La cobertura se limita al tratamiento de dientes sanos y naturales. **Prima anual: \$8.00**

PERÍODO DE COBERTURA - La cobertura en virtud de la cobertura opcional de deportes, la cobertura opcional para fútbol americano y la cobertura opcional dental durante las 24 horas comienza en la fecha de recepción de la prima, pero no antes del inicio del año escolar. La cobertura opcional de deportes y la cobertura opcional para fútbol americano terminan el último día de práctica o competencia. La cobertura opcional dental durante las 24 horas termina cuando la escuela vuelve a abrir para el siguiente año escolar. La cobertura está disponible en virtud del plan durante el año escolar con las primas cotizadas (**no hay primas a prorrata disponibles**).

PLAN DE BENEFICIOS	
Cobertura de lesiones por accidentes únicamente	
Beneficio máximo:	Plan de deportes
Opción de deportes	\$25,000
Opción de fútbol americano	\$25,000
Lesiones que involucran vehículos de motor	\$10,000
Beneficio por muerte/pérdida de dos miembros	\$20,000
Pérdida de un miembro	\$10,000
Período de pérdida de los beneficios médicos	El tratamiento debe comenzar en un plazo de 60 días tras la fecha de la lesión
Período de beneficios para beneficios médicos y AD&D/Beneficios por pérdida de la vista	1 año
Aplicabilidad de exceso de cobertura	Exceso total
Servicios hospitalarios/en instalaciones de salud - como paciente internado	
Ingreso y comidas en hospital (tarifa de sala semiprivada)	100% de los gastos razonables
Servicios hospitalarios varios para pacientes ingresados	100% de los gastos razonables
Servicios hospitalarios/en instalaciones de salud - como paciente ambulatorio	
Centro quirúrgico ambulatorio autónomo	100% de los gastos razonables
Servicios hospitalarios varios para pacientes ambulatorios (a excepción de los servicios de médicos y radiografías que se pagan de la forma que se estipula a continuación)	100% de los gastos razonables
Sala de emergencia del hospital	100% de los gastos razonables
Servicios del médico	
Quirúrgico	100% de los gastos razonables
Cirujano asistente	100% de los gastos razonables
Anestesiólogo	100% de los gastos razonables
Tratamiento ambulatorio del médico en relación con la fisioterapia y/o la manipulación espinal	100% de los gastos razonables
Tratamiento no quirúrgico por parte de un médico (excepto como se estipula anteriormente)	100% de los gastos razonables
Otros servicios	
Servicios de enfermeras profesionales tituladas	100% de los gastos razonables
Recetas - paciente ambulatorio	100% de los gastos razonables
Análisis de laboratorio - paciente ambulatorio	100% de los gastos razonables
Radiografías, incluye la interpretación - paciente ambulatorio	100% de los gastos razonables
Servicio de diagnóstico por imágenes (imágenes por resonancia magnética, tomografía axial computarizada, etc.) - incluye interpretación	100% de los gastos razonables
Ambulancia terrestre	100% de los gastos razonables
Equipo médico duradero (incluye aparatos y dispositivos de asistencia ortopédicos)	100% de los gastos razonables
Tratamiento dental para dientes sanos y naturales debido a una lesión con cobertura	100% de los gastos razonables
Reemplazo de anteojos, audífonos, lentes de contacto si también se recibe tratamiento médico para la lesión cubierta.	\$500 como máximo
GER_0514 ESPRTS(0009)	

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN 2026 - 2027 (complete en letra de imprenta o a máquina)

Apellidos del estudiante _____	Nombre del estudiante _____	Inicial seg. nombre del estudiante _____	Grado _____
Dirección _____	Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____
Número de teléfono _____	Fecha de nacimiento _____		
Sistema escolar _____	Nombre de la escuela _____		

Marque su selección:

Opción de deportes \$105.00
 Fútbol americano \$335.00
 Dental las 24 horas \$8.00

Emita el cheque pagadero a nombre de Special Markets Insurance Consultants, Inc.

Total que se adjunta: _____

Firma del padre/madre o tutor _____ Fecha: _____

DISPOSICIÓN POR EXCESO DE COBERTURA La compañía pagará los gastos razonables que no son reembolsables por ningún otro plan. La compañía determinará el monto de los beneficios proporcionados por otros planes sin hacer referencia a ningún tipo de coordinación de beneficios, la no duplicación de beneficios o disposiciones similares. El monto de otros planes incluye cualquier importe al que el asegurado tiene derecho, ya sea que se presente o no una reclamación por los beneficios. Este seguro general de accidentes para estudiantes es secundario a todas las demás pólizas. Esta disposición no se aplicará si el total de los gastos razonables incurridos por beneficios de servicios hospitalarios y profesionales son inferiores a la cantidad indicada en la aplicabilidad del plan de beneficios bajo exceso de cobertura.

BENEFICIOS MÉDICOS Cuando una lesión con cobertura que sufrió un estudiante dio lugar a 1) tratamiento por un médico legalmente calificado o un cirujano (que no sea un familiar inmediato o persona contratada por la escuela) o 2) ingreso en el hospital, y el tratamiento comienza en un plazo de 60 días a partir de la fecha de la lesión, la compañía pagará el beneficio tal como se establece en el plan de beneficios, sujeto a la disposición por exceso de cobertura que se detalla arriba. Solo tienen cobertura los gastos médicos elegibles en que incurra el asegurado, en un plazo de 52 semanas a partir de la fecha del accidente. Los beneficios para cualquier accidente no deberán exceder en conjunto el máximo indicado en el plan de beneficios médicos contratado. Los gastos en que se incurra después de un año a partir de la fecha de la lesión no están cubiertos, a pesar de que el servicio se continúe prestando o se haya retrasado necesariamente más allá de un año después de la fecha de la lesión.

MUERTE, PÉRDIDA DE MIEMBRO Y PÉRDIDA DE LA VISTA POR ACCIDENTE Cuando una lesión cubierta da lugar a cualquiera de las pérdidas al asegurado que se establecen en el plan de beneficios por muerte, pérdida de miembro o pérdida de la vista por accidente, la compañía pagará el beneficio indicado en el plan por esa pérdida. La pérdida debe haber tenido lugar en un plazo de 365 días después de la fecha del accidente.

El máximo beneficio pagadero bajo esta disposición se establece en el plan de beneficios bajo límites máximos y período de beneficio: 1) Seguro de vida 2) Pérdida de ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos; 3) Pérdida de una mano y un pie; 4) Pérdida de una mano y de la vista completa de un ojo;

5) Pérdida de un pie y la vista completa de un ojo; 6) Pérdida de una mano o un pie; 7) Pérdida de la vista de un ojo; 8) Pérdida del dedo pulgar e índice de la misma mano. Por la pérdida de una mano, un pie o la vista de un ojo se pagará la mitad del máximo beneficio. La pérdida de mano o pie significa la separación completa a través o por encima de la articulación de la muñeca o del tobillo. La pérdida de la vista significa la pérdida total y permanente de la vista en un ojo. La pérdida de la vista debe ser irrecuperable por medios naturales, quirúrgicos o artificiales. La pérdida del dedo pulgar e índice de la misma mano significa la separación completa a través o por encima de la articulación metacarpofalángica de la misma mano (las articulaciones entre los dedos y la mano). La separación significa la escisión y el desmembramiento completos de la parte del cuerpo. Si el asegurado sufre más de una de las pérdidas cubiertas mencionadas anteriormente como consecuencia del mismo accidente, la cantidad total que pagará la compañía es el beneficio máximo. Los beneficios pagados en virtud de esta disposición se pagarán además de cualquier otro beneficio previsto por la póliza. Los beneficios previstos en esta disposición están sujetos a todas las demás disposiciones de la póliza, incluida toda la cobertura y limitaciones, límites máximos y exclusiones.

DEFINICIONES Lesión es una lesión corporal causada por un accidente. La lesión debe tener lugar mientras la póliza está en vigor y mientras el asegurado está cubierto por la póliza. La lesión debe haber ocurrido tal como se indica en la carátula de la póliza, salvo que se indique específicamente lo contrario en dicha póliza. **Accidente** es un evento repentino, inesperado, imprevisto e identificable que produce en ese momento síntomas objetivos de una lesión. El accidente debe ocurrir mientras el asegurado está cubierto por la póliza. **Gasto razonable** significa la cantidad promedio que cobra la mayoría de los proveedores por el tratamiento, el servicio o los suministros en el área geográfica en la que se proporciona el tratamiento, servicio o suministro. Un médico debe recomendar y aprobar estos servicios y suministros.

EXCLUSIONES No se pagan beneficios por servicios hospitalarios y profesionales para lo siguiente: 1) Lesiones que no son consecuencia de un accidente; 2) El tratamiento de hernia, independientemente de la causa, enfermedad de Osgood Schlatter u osteocondritis; 3) Lesiones sufridas como resultado de manejar, viajar dentro de, o sobre, un vehículo motorizado recreativo de dos, tres o cuatro ruedas o motos de nieve, o descender de estos; 4) El agravamiento, durante una actividad programada de manera normal, de una lesión que el asegurado sufrió antes de participar en esa actividad programada de manera normal, a menos que la compañía reciba una autorización médica por escrito del médico del asegurado; 5) Lesiones sufridas como resultado de practicar o jugar fútbol americano y/o deportes intercolegiales, a menos que se haya pagado la prima requerida bajo la disposición de la cobertura para fútbol americano y/o deportes; 6) Cualquier gasto para el cual son pagaderos los beneficios bajo un programa de seguro contra accidentes catastróficos de la Asociación de actividades intercolegiales del estado; 7) Tratamiento realizado por un miembro de la familia inmediata del asegurado o por una persona contratada por la escuela; 8) Lesión causada por guerra o actos de guerra; suicidio o lesión autoinfligida intencional, en buen estado mental o demente; violación o intento de violación de la ley; participación en cualquier ocupación ilegal; peleas o enfrentamientos, excepto en defensa propia; estar legalmente intoxicado o bajo la influencia del alcohol según lo definido por las leyes del estado en el que se produce la lesión; o estar bajo la influencia de alguna droga o narcótico a menos que las administre un médico o por consejo del mismo; 9) Gastos médicos para los cuales el asegurado recibe beneficios bajo ya sea (a) la Ley de indemnización laboral; o (b) el contrato de seguro de automóvil obligatorio sin culpa; o legislación similar; 10) Gastos realizados para el tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular y dolor miofacial asociado; y 11) Gastos incurridos por tratamientos o procedimientos experimentales o de investigación.

CONSERVE ESTA DESCRIPCIÓN EN SUS ARCHIVOS

Esto no constituye una póliza, más bien una breve descripción de los beneficios provistos en virtud de la póliza maestra emitida a la escuela. Consulte la póliza maestra para obtener más detalles. **AVISO IMPORTANTE - ESTA PÓLIZA NO PROPORCIONA COBERTURA POR ENFERMEDAD. El objetivo de este folleto es ilustrar los aspectos más destacados de este seguro. Toda la información contenida en este folleto está sujeta a las disposiciones del formulario de póliza COL-11(CA), suscrita por Gerber Life Insurance Company (la compañía). En caso de conflicto entre este folleto y la póliza, prevalecerá esta última. Por favor, consulte la póliza maestra para los detalles individuales del estado.**

CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

Se debe cursar una notificación por escrito de la reclamación a la compañía en un plazo de 90 días después de la ocurrencia o comienzo de cualquier siniestro cubierto por esta póliza, o tan pronto como sea razonablemente posible. La notificación entregada por o en nombre del asegurado designado a la compañía, con la información suficiente para identificar al asegurado designado, se considerará una notificación a la compañía. La prueba escrita de la pérdida debe comunicarse a la compañía en el domicilio designado en un plazo de 90 días después de la fecha de dicha pérdida.

En el caso de un accidente, los estudiantes deben: 1) Obtener tratamiento en el centro médico más cercano de su elección; 2) Si usted tiene otro seguro, presente su reclamación a su otra compañía de seguros. Cuando reciba la notificación de explicación de beneficios de su compañía principal, envíenlos; 3) Obtenga un recibo (si efectuó el pago de alguna factura) y una copia detallada de los cargos del proveedor de servicios médicos, y envíe copias de sus facturas detalladas y el formulario de reclamación de accidente debidamente cumplimentado y **firmado** a la oficina de reclamaciones - envíe por correo toda la correspondencia a WEB-TPA, P.O. Box 2415, Grapevine, TX 76099-2415; y 3) **Llame al 1-866-975-9468** si tiene preguntas sobre las reclamaciones.

SUSCRITO POR:
Gerber Life Insurance Company
White Plains, NY 10605

AGENTE DE COMERCIALIZACIÓN:
Student Insurance
6320 Canoga Ave, 12th Floor
Woodland Hills, CA 91367
(310) 826-5688

Para solicitar la cobertura, inscribese por Internet con una tarjeta de crédito en www.k12specialmarkets.com o corte por la línea de puntos, complete el formulario y envíelo por correo, junto con su cheque o giro postal, a la dirección de retorno que se muestra a continuación.

Enviar de vuelta a: Student Insurance
c/o K12Special Markets Plan Administrators
1055 Main Street, Suite 101
Stevens Point, WI 54481

COBERTURA DE SEGURO DE ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES 2026 - 2027

COBERTURA OPCIONAL DE ACCIDENTES DURANTE EL HORARIO ESCOLAR - Se proporciona cobertura de seguro por lesiones cubiertas que tienen lugar durante el horario y los días en que la escuela está en funcionamiento y durante la asistencia o participación en actividades patrocinadas y supervisadas por la escuela tanto dentro como fuera de las instalaciones escolares. Incluye la participación en: Actividades recreativas de verano patrocinadas por la escuela; excursiones escolares de un día de duración (sin pernociación) y actividades religiosas patrocinadas por la escuela. Se proporciona cobertura para viajes hacia, desde o durante las actividades, como miembro de un grupo, en el transporte proporcionado u organizado por el titular de la póliza, y al viajar directamente de ida y vuelta entre sus casas y la escuela o el sitio de una actividad cubierta. No se proporciona cobertura mientras se participa en deportes intercolegiales.

Prima anual: Plan "de bajo costo"-\$10.00

Plan "de mediano costo"-\$16.00

Plan "de alto costo"-\$25.00

COBERTURA OPCIONAL POR ACCIDENTES DURANTE LAS 24 HORAS - La cobertura del seguro se proporciona durante las 24 horas del día. Proporciona cobertura durante los fines de semana y períodos de vacaciones, incluido todo el verano. Los estudiantes están protegidos mientras están en su casa o fuera de ella en cualquier entorno, en cualquier momento y en cualquier lugar. No se proporciona cobertura mientras se participa en deportes intercolegiales.

Prima anual: Plan "de bajo costo"-\$48.00

Plan "de mediano costo"-\$65.00

Plan "de alto costo"-\$125.00

COBERTURA DENTAL OPCIONAL DURANTE LAS 24 HORAS (puede adquirirse por separado o con otra cobertura) - La cobertura del seguro está en vigor las 24 horas del día. La lesión debe tratarse en un plazo de 60 días después de que ocurra el accidente. Los beneficios se pagan dentro de los 12 meses después de la fecha de la lesión. Los gastos máximos elegibles a pagar por lesión cubierta no pueden exceder los \$ 25,000. Además, cuando el dentista certifica que el tratamiento debe aplazarse hasta después del período de beneficios, se pagarán beneficios diferidos hasta un máximo de \$1000. El estudiante debe recibir tratamiento por lesión en los dientes, por parte de un dentista legamente calificado, que no sea miembro de la familia inmediata del estudiante. La cobertura se limita al tratamiento de dientes sanos y naturales.

Prima anual: \$8.00

PERÍODO DE COBERTURA - La cobertura en virtud de la cobertura opcional de accidentes durante el horario escolar, la cobertura opcional de accidente durante las 24 horas y la cobertura dental opcional durante las 24 horas comienza en la fecha de recepción de la prima, pero no antes del inicio del año escolar. La cobertura opcional de accidentes en horario escolar termina al cierre del período regular escolar de nueve meses, excepto cuando el estudiante asiste a sesiones de clases académicas patrocinadas exclusiva y únicamente bajo la supervisión de la escuela durante el verano. La cobertura opcional de accidentes durante las 24 horas y la cobertura dental opcional durante las 24 horas terminan cuando la escuela vuelve a abrir para el siguiente año escolar. La cobertura está disponible en virtud del plan durante el año escolar con las primas cotizadas (**no hay primas a prorrata disponibles**).

PLAN DE BENEFICIOS			
Cobertura de lesiones por accidentes únicamente			
Beneficio máximo:	Plan "de bajo costo"	Plan "de mediano costo"	Plan "de alto costo"
Opción horario escolar	\$25,000	\$50,000	\$100,000
Opción 24 horas	\$25,000	\$50,000	\$100,000
Lesiones que involucran vehículos de motor	\$10,000	\$10,000	\$10,000
Beneficio por muerte/pérdida de dos miembros	\$10,000	\$20,000	\$20,000
Pérdida de un miembro	\$5000	\$10,000	\$10,000
Período de pérdida de los beneficios médicos	El tratamiento debe comenzar en un plazo de 60 días tras la fecha de la lesión		
Período de beneficios para beneficios médicos y AD&D/pérdida de la vista	1 año	1 año	1 año
Aplicabilidad de exceso de cobertura	Exceso total	Exceso total	Exceso total
Servicios hospitalarios/en instalaciones de salud - como paciente internado			
Ingreso y comidas en hospital (tarifa de sala semiprivada)	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Servicios hospitalarios varios para pacientes internados	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Servicios hospitalarios/en instalaciones de salud - como paciente ambulatorio			
Centro quirúrgico ambulatorio independiente	65% GR* a \$500 como máximo	75% GR* a \$800 como máximo	80% GR* a \$1500 como máximo
Servicios hospitalarios varios para pacientes ambulatorios (a excepción de los servicios de médicos y radiografías que se pagan de la forma que se estipula a continuación)	65% GR* a \$500 como máximo	75% GR* a \$800 como máximo	80% GR* a \$1500 como máximo
Sala de emergencia del hospital	65% GR* a \$500 como máximo	75% GR* a \$800 como máximo	80% GR* a \$1500 como máximo
Servicios del médico			
Quirúrgicos	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Cirujano asistente	25% de los beneficios quirúrgicos	25% de los beneficios quirúrgicos	25% de los beneficios quirúrgicos
Anestesiólogo	25% de los beneficios quirúrgicos	25% de los beneficios quirúrgicos	25% de los beneficios quirúrgicos
Tratamiento ambulatorio del médico en relación con la fisioterapia y/o la manipulación espinal	65% GR*/\$25 por visita/5 visitas como máximo	75% GR*/\$30 por visita/7 visitas como máximo	80% GR*/\$40 por visita/8 visitas como máximo
El tratamiento del médico no quirúrgico (con excepción de lo anterior)	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Otros servicios			
Servicios de enfermeras profesionales tituladas	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Recetas - paciente ambulatorio	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Análisis de laboratorio - paciente ambulatorio	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Radiografías, incluye la interpretación - paciente ambulatorio	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Servicio de diagnóstico por imágenes (imágenes por resonancia magnética, tomografía axial computarizada, etc.) - incluye interpretación	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Ambulancia terrestre	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Equipo médico duradero (incluye aparatos y dispositivos de asistencia ortopédicos)	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Tratamiento dental para dientes sanos y naturales	65% GR* a \$500 como máximo	75% GR* a \$800 como máximo	80% GR* a \$1500 como máximo
debido a una lesión con cobertura			
Reemplazo de anteojos, audífonos, lentes de contacto si también se recibe tratamiento médico para la lesión cubierta.	\$150 como máximo	\$500 como máximo	\$700 como máximo
*GR significa Gastos razonables			GER_0514 ENOSPORTS(0009)

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN 2026 - 2027 (complete en letra de imprenta o a máquina)

Apellidos del estudiante _____	Nombre del estudiante _____	Inicial seg. nombre del estudiante _____	Grado _____
Dirección _____	Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____
Número de teléfono _____	Fecha de nacimiento _____		
Sistema escolar _____	Nombre de la escuela _____		
Marque su selección:	Plan "de bajo costo" <input type="checkbox"/> Horario escolar \$10.00	<input type="checkbox"/> Accidente las 24 horas \$48.00	<input type="checkbox"/> Dental las 24 horas \$8.00
	Plan "de mediano costo" <input type="checkbox"/> Horario escolar \$16.00	<input type="checkbox"/> Accidente las 24 horas \$65.00	<input type="checkbox"/> Dental las 24 horas \$8.00
	Plan "de alto costo" <input type="checkbox"/> Horario escolar \$25.00	<input type="checkbox"/> Accidente las 24 horas \$125.00	<input type="checkbox"/> Dental las 24 horas \$8.00
Emita el cheque pagadero a nombre de Gerber Life Insurance Company			
			Total que se adjunta: _____
Firma del padre/madre o tutor _____		Fecha: _____	

DISPOSICIÓN POR EXCESO DE COBERTURA La compañía pagará los gastos razonables que no son reembolsables por ningún otro plan. La compañía determinará el monto de los beneficios proporcionados por otros planes sin hacer referencia a ningún tipo de coordinación de beneficios, la no duplicación de beneficios o disposiciones similares. El monto de otros planes incluye cualquier importe al que el asegurado tiene derecho, ya sea que se presente o no una reclamación por los beneficios. Este seguro general de accidentes para estudiantes es secundario a todas las demás pólizas. Esta disposición no se aplicará si el total de los gastos razonables incurridos por beneficios de servicios hospitalarios y profesionales son inferiores a la cantidad indicada en la aplicabilidad del plan de beneficios bajo exceso de cobertura.

BENEFICIOS MÉDICOS Cuando una lesión con cobertura que sufrió un estudiante dio lugar a 1) tratamiento por un médico legalmente calificado o un cirujano (que no sea un familiar inmediato o persona contratada por la escuela) o 2) ingreso en el hospital, y el tratamiento comienza en un plazo de 60 días a partir de la fecha de la lesión, la compañía pagará el beneficio tal como se establece en el plan de beneficios, sujeto a la disposición por exceso de cobertura que se detalla arriba. Solo tienen cobertura los gastos médicos elegibles en que incurra el asegurado, en un plazo de 52 semanas a partir de la fecha del accidente. Los beneficios para cualquier accidente no deberán exceder en conjunto el máximo indicado en el plan de beneficios médicos contratado. Los gastos en que se incurra después de un año a partir de la fecha de la lesión no están cubiertos, a pesar de que el servicio se continúe prestando o se haya retrasado necesariamente más allá de un año después de la fecha de la lesión.

MUERTE, PÉRDIDA DE MIEMBRO Y PÉRDIDA DE LA VISTA POR ACCIDENTE Cuando una lesión cubierta da lugar a cualquiera de las pérdidas al asegurado que se establecen en el plan de beneficios por muerte, pérdida de miembro o pérdida de la vista por accidente, la compañía pagará el beneficio indicado en el plan por esa pérdida. La pérdida debe haber tenido lugar en un plazo de 365 días después de la fecha del accidente.

El máximo beneficio pagadero bajo esta disposición se establece en el plan de beneficios bajo límites máximos y período de beneficio: 1) Seguro de vida 2) Pérdida de ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos; 3) Pérdida de una mano y un pie; 4) Pérdida de una mano y de la vista completa de un ojo; 5) Pérdida de un pie y la vista completa de un ojo; 6) Pérdida de una mano o un pie; 7) Pérdida de la vista de un ojo; 8) Pérdida del dedo pulgar e índice de la misma mano. Por la pérdida de una mano, un pie o la vista de un ojo se pagará la mitad del máximo beneficio. La pérdida de mano o pie significa la separación completa a través o por encima de la articulación de la muñeca o del tobillo. La pérdida de la vista significa la pérdida total y permanente de la vista en un ojo. La pérdida de la vista debe ser irre recuperable por medios naturales, quirúrgicos o artificiales. La pérdida del dedo pulgar e índice de la misma mano significa la separación completa a través o por encima de la articulación metacarpofalángica de la misma mano (las articulaciones entre los dedos y la mano). La separación significa la escisión y el desmembramiento completos de la parte del cuerpo. Si el asegurado sufre más de una de las pérdidas cubiertas mencionadas anteriormente como consecuencia del mismo accidente, la cantidad total que pagará la compañía es el beneficio máximo. Los beneficios pagados en virtud de esta disposición se pagarán además de cualquier otro beneficio previsto por la póliza. Los beneficios previstos en esta disposición están sujetos a todas las demás disposiciones de la póliza, incluida toda la cobertura y limitaciones, límites máximos y exclusiones.

DEFINICIONES **Lesión** es una lesión corporal causada por un accidente. La lesión debe tener lugar mientras la póliza está en vigor y mientras el asegurado está cubierto por la póliza. La lesión debe haber ocurrido tal como se indica en la carátula de la póliza, salvo que se indique específicamente lo contrario en dicha póliza. **Accidente** es un evento repentino, inesperado, imprevisto e identificable que produce en ese momento síntomas objetivos de una lesión. El accidente debe ocurrir mientras el asegurado está cubierto por la póliza. **Gasto razonable** significa la cantidad promedio que cobra la mayoría de los proveedores por el tratamiento, el servicio o los suministros en el área geográfica en la que se proporciona el tratamiento, servicio o suministro. Un médico debe recomendar y aprobar estos servicios y suministros.

EXCLUSIONES No se pagan beneficios por servicios hospitalarios y profesionales para lo siguiente: 1) Lesiones que no son consecuencia de un accidente; 2) El tratamiento de hernia, independientemente de la causa, enfermedad de Osgood Schlatter u osteocondritis; 3) Lesiones sufridas como resultado de manejar, viajar dentro de, o sobre, un vehículo motorizado recreativo de dos, tres o cuatro ruedas o motos de nieve, o descender de estos; 4) El agravamiento, durante una actividad programada de manera normal, de una lesión que el asegurado sufrió antes de participar en esa actividad programada de manera normal, a menos que la compañía reciba una autorización médica por escrito del médico del asegurado; 5) Lesiones sufridas como resultado de practicar o jugar fútbol americano y/o deportes intercolegiales, a menos que se haya pagado la prima requerida bajo la disposición de la cobertura para fútbol americano y/o deportes; 6) Cualquier gasto para el cual son pagaderos los beneficios bajo un programa de seguro contra accidentes catastróficos de la Asociación de actividades intercolegiales del estado; 7) Tratamiento realizado por un miembro de la familia inmediata del asegurado o por una persona contratada por la escuela; 8) Lesión causada por guerra o actos de guerra; suicidio o lesión autoinfligida intencional, en buen estado mental o demente; violación o intento de violación de la ley; participación en cualquier ocupación ilegal; peleas o enfrentamientos, excepto en defensa propia; estar legalmente intoxicado o bajo la influencia del alcohol según lo definido por las leyes del estado en el que se produce la lesión; o estar bajo la influencia de alguna droga o narcótico a menos que las administre un médico o por consejo del mismo; 9) Gastos médicos para los cuales el asegurado recibe beneficios bajo ya sea (a) la Ley de indemnización laboral; o (b) el contrato de seguro de automóvil obligatorio sin culpa; o legislación similar; 10) Gastos realizados para el tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular y dolor miofacial asociado; y 11) Gastos incurridos por tratamientos o procedimientos experimentales o de investigación.

CONSERVE ESTA DESCRIPCIÓN EN SUS ARCHIVOS

Esto no constituye una póliza, más bien una breve descripción de los beneficios provistos en virtud de la póliza maestra emitida a la escuela. Consulte la póliza maestra para obtener más detalles. **AVISO IMPORTANTE - ESTA PÓLIZA NO PROPORCIONA COBERTURA POR ENFERMEDAD. El objetivo de este folleto es ilustrar los aspectos más destacados de este seguro. Toda la información contenida en este folleto está sujeta a las disposiciones del formulario de póliza COL-11(CA), suscrita por Gerber Life Insurance Company (la compañía). En caso de conflicto entre este folleto y la póliza, prevalecerá esta última. Por favor, consulte la póliza maestra para los detalles individuales del estado.**

CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

Se debe cursar una notificación por escrito de la reclamación a la compañía en un plazo de 90 días después de la ocurrencia o comienzo de cualquier siniestro cubierto por esta póliza, o tan pronto como sea razonablemente posible. La notificación entregada por o en nombre del asegurado designado a la compañía, con la información suficiente para identificar al asegurado designado, se considerará una notificación a la compañía. La prueba escrita de la pérdida debe comunicarse a la compañía en el domicilio designado en un plazo de 90 días después de la fecha de dicha pérdida.

En el caso de un accidente, los estudiantes deben: 1) Obtener tratamiento en el centro médico más cercano de su elección; 2) Si usted tiene otro seguro, presente su reclamación a su otra compañía de seguros. Cuando reciba la notificación de explicación de beneficios de su compañía principal, envíenlos; 3) Obtenga un recibo (si efectuó el pago de alguna factura) y una copia detallada de los cargos del proveedor de servicios médicos, y envíe copias de sus facturas detalladas y el formulario de reclamación de accidente debidamente cumplimentado y **firmado** a la oficina de reclamaciones - envíe por correo toda la correspondencia a WEB-TPA, P.O. Box 2415, Grapevine, TX 76099-2415; y 3) **Llame al 1-866-975-9468** si tiene preguntas sobre las reclamaciones.

SUSCRITO POR:
Gerber Life Insurance Company
White Plains, NY 10605

AGENTE DE COMERCIALIZACIÓN:
Student Insurance
6320 Canoga Ave, 12th Floor
Woodland Hills, CA 91367
(310) 826-5688

Para solicitar la cobertura, inscribese por Internet con una tarjeta de crédito en www.k12specialmarkets.com o corte por la línea de puntos, complete el formulario y envíelo por correo, junto con su cheque o giro postal, a la dirección de retorno que se muestra a continuación.

Enviar de vuelta a: Student Insurance
c/o K12Special Markets Plan Administrators
1055 Main Street, Suite 101
Stevens Point, WI 54481

PLEASE READ THIS INFORMATION CAREFULLY. It is important.

PLEASE FOLLOW THESE INSTRUCTIONS TO FILE A CLAIM

ALL INFORMATION MUST BE PROVIDED IN ORDER FOR CLAIM TO BE PROCESSED. PROCESSING OF YOUR CLAIM WILL BE DELAYED IF COMPLETE INFORMATION IS NOT RECEIVED

NOTE: The accident policy benefits are limited and may not provide 100% coverage. Accident medical expense coverage under this policy is provided on an Excess Basis, and in most instances, benefits will only be paid under this plan after your own personal or group insurance has paid out its benefits. Completion of a claim form does not guarantee benefit payment. Each claim is reviewed according to the policy provisions.

Claim Guidelines: The following guidelines must be followed.

◆Answer all questions in detail (including all signatures on the front and back of the form). A claim form needs to be completed for each accident.

◆If you have other insurance, submit your claim to your other insurer. When you receive the explanation of benefits (sample attached) notice from your primary carrier, send it to us along with the corresponding HCFA/UB04 medical bills and with the fully completed claim form. You must submit the provider's medical bills; balance due statements will not be processed. Medical bills must include the procedure & diagnosis code along with the Provider's federal identification number. These bills are:

- 1) HCFA-1500 (standard form used by Providers; sample attached)
- 2) UB-04 or UB-92 (standard form used by Hospitals sample attached)
- 3) ADA Dental Claim Form and a letter from the dentist verifying the injured tooth was whole, sound and natural. (All dental bills must be submitted through your primary insurance's medical and dental plans first before submitting the bills to WebTPA)

It would be helpful if the following was given to all providers the injured person is seeking treatment from:

1. WebTPA contact information
2. Organization/School name found on the claim form
3. Policy number found on the claim form

This way the providers of service can work directly with the claim office and provide them with the correct billing forms (itemized bill to include procedure & diagnosis code and tax id number) needed to process a claim.

◆If you already paid the medical bill, include a paid receipt or a copy of your cancelled check at the same time you submit the medical bill. Otherwise payment will be made to the providers of service (Hospital, Physician or Others).

◆Send all correspondence to WebTPA, Inc., **P.O. Box 2415 Grapevine, TX 76099-2415**. The claim form must be sent within 90 days of the date you first received medical care. Any bills not filed with the claim form should be sent, within 90 days of the date you received medical care, to the Company identified with claimant's name, Organization or School name and date of Accident. File claim electronically by clicking [here](#).

◆If you change your address, please notify WebTPA, Inc. by sending notification to WebTPA so that there is no delay in processing any claims.

◆Please contact WebTPA, Inc. by calling **866-975-9468** if you would like to check the status of your claim or if you have any questions on how your claim was processed or the benefit paid.

Common Causes For Delays In Processing Claims

1. Claim Forms Not Completed In Full or Not Submitted.
2. Balance Due, Balance Forward, or Past Due Statements Submitted for Bills.
3. Explanation of Benefits from Primary Carrier Not Provided with the Bills.

KEEP COPIES OF ALL CLAIM FORMS, MEDICAL BILLS, AND CORRESPONDENCE FOR YOUR OWN RECORDS UNTIL YOUR CLAIM HAS BEEN PROCESSED.

SAMPLE HCFA 1500

PLEASE DO NOT STAPLE IN THIS AREA

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

1 MEDICARE MEDICAID CHARLES CHARIPUR GROUP HEALTH PLAN OTHER INSURED'S ID NUMBER (FROM PROGRAM IN ITEM 1)

2 PATIENT'S NAME (LAST FIRST MIDDLE INITIAL) (SURNAME) 3 INSURED'S NAME (LAST FIRST MIDDLE INITIAL) 4 INSURED'S NAME (LAST FIRST MIDDLE INITIAL)

5 PATIENT'S ADDRESS (IN-STATE) 6 PATIENT'S RELATIONSHIP TO INSURED 7 INSURED'S ADDRESS (IN-STATE)

8 OTHER INSURED'S POLICY OR GROUP NUMBER 9 EMPLOYMENT CURRENT OR PREVIOUS 10 INSURED'S DATE OF BIRTH 11 INSURED'S POLICY GROUP OR PLAN NUMBER

12 EMPLOYER'S NAME OR SCHOOL NAME 13 INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME 14 INSURED'S DATE OF BIRTH 15 EMPLOYER'S NAME OR SCHOOL NAME

16 INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME 17 TO THIS/ANOTHER HEALTH BENEFIT PLAN?

18 EMPLOYER'S NAME OR SCHOOL NAME 19 INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME 20 TO THIS/ANOTHER HEALTH BENEFIT PLAN?

21 DATE OF SERVICE 22 PROCEDURE SERVICES OR SURVICES 23 CHARGES 24 AMOUNT PAID 25 BALANCE DUE

26 FEDERAL TAX ID NUMBER 27 PATIENT ACCOUNT NO 28 ACCOUNT ASSIGNMENT 29 TOTAL CHARGE 30 AMOUNT PAID 31 BALANCE DUE

32 SIGNATURE OF PHYSICIAN OR SUPPLIER 33 NAME AND ADDRESS OF FACILITY WHERE SERVICES WERE RENDERED 34 PHYSICIAN'S/SUPPLIER'S BILLING NAME, ADDRESS, CITY, STATE, ZIP CODE & PHONE #

FORM 1500-1007 (12-04) 1500-1007 (12-04) 1500-1007 (12-04)

SAMPLE UB-04

UB-04

PAGE 1 OF 1

DATE: 04/29/18

SSN/ID #: [REDACTED]

EMPLOYEE: [REDACTED]

CONTRACT: [REDACTED]

BENEFIT PLAN: PFIZER INC

EXPLANATION OF BENEFITS

1 2 3 4 5 6 7 8

PATIENT/RELAT CLAIM NUMBER	PROVIDER/SERVICE	DATE OF SERVICE	AMOUNT CHARGED	NOT COVERED	AMOUNT ALLOWED	COPY/ DEDUCTIBLE	PLAN COVERS	BENEFIT AVAILABLE	REMARK CODE
9061512101	MEDICAL SERVICES	09/19/10	379.00	297.83	81.17		80%	64.94*	4C
	TOTAL		379.00	297.83	81.17			64.94	
								44.64	
								20.30	

(*) INDICATES PAYMENT ASSIGNED TO PROVIDER

REMARK CODE(S) LISTED BELOW ARE REFERENCED IN THE "SERVICE DETAIL" SECTION UNDER THE HEADING "REMARK CODE"
 (4C) THIS PLAN DETERMINES BENEFITS ONCE MEDICARE MAKES PAYMENT. IF MEDICARE PAYS LESS THAN THIS PLAN'S BENEFIT, THIS PLAN WILL CONSIDER THE DIFFERENCE. THIS PLAN'S ALLOWABLE BENEFITS ARE BASED ON THE MEDICARE APPROVED AMOUNT IF THE PHYSICIAN OR PROVIDER ACCEPTED MEDICARE'S ASSIGNMENT OR ON THE LIMITING CHARGE IF THEY DID NOT ACCEPT THE ASSIGNMENT. THE PATIENT IS RESPONSIBLE FOR THE DIFFERENCE BETWEEN THE ALLOWABLE AMOUNT AND THE TOTAL AMOUNT PAID BY BOTH PLANS. THE PATIENT MUST PAY ANY APPLICABLE PLAN DEDUCTIBLES AND CO-PAYS BEFORE THIS PLAN CAN PAY ANY BENEFITS.

BENEFIT PLAN PAYMENT SUMMARY INFORMATION

SATISFIED 2019 TO-DATE	DEDUCTIBLE	OUT OF POCKET
FAMILY \$5	\$1000.00	\$1328.77
INDV	\$500.00	\$1281.45
PLAN YEAR 2018	FAMILY \$1000.00	FAMILY \$4000.00
	INDV \$500.00	INDV \$4000.00

SAMPLE ADA DENTAL CLAIM FORM

American Dental Association Dental Claim Form

1 Type of Transaction (Mark all applicable boxes)

2 Preauthorization/Presubmission Number

3 Insurance Company/Dental Benefit Plan Information

4 Other Coverage

5 Name of Policyholder/Subscriber in #4 (Last, First, Middle Initial, Suffix)

6 Date of Birth (MM/DD/YYYY)

7 Gender

8 Policyholder/Subscriber ID (SIN or ID#)

9 Plan/Group Number

10 Patient's Relationship to Person Named in #5

11 Other Insurance Company/Dental Benefit Plan Name, Address, City, State, Zip Code

12 Name and Address of Facility Where Services Were Rendered (If other than home or office)

13 PHYSICIAN'S/SUPPLIER'S BILLING NAME, ADDRESS, CITY, STATE, ZIP CODE & PHONE #

14 Date of Birth (MM/DD/YYYY)

15 Gender

16 Policyholder/Subscriber ID (SIN or ID#)

17 Employee Name

18 Relationship to Policyholder/Subscriber in #12 Above

19 Student Status

20 Name (Last, First, Middle Initial, Suffix, Address, City, State, Zip Code)

21 Date of Birth (MM/DD/YYYY)

22 Gender

23 Patient ID/Account # (Assigned by Dentist)

24 Procedure Code

25 Tooth Surface

26 Procedure Code

27 Description

28 Fee

29 Remarks

30 Patient's Signature

31 Date

32 Provider's Signature

33 Date

34 Billing Dentist or Dental Entity (Leave blank if dentist or dental entity is not submitting claim on behalf of the patient or insured/subscriber)

35 Dentist Name

36 Address 1

37 Address 2

38 City

39 State

40 License Number

41 SSN or TIN

42 Provider ID

43 Signature

44 Date

45 License Number

46 SSN or TIN

47 Provider ID

48 Signature

49 Date

SAMPLE EOB (EXPLANATION OF BENEFITS)

UNITEDHEALTHCARE SERVICE LLC
 GREENSBORO SERVICE CENTER
 P O BOX 740800
 ATLANTA GA 30374-0800
 PHONE: 1-800-838-8010
 VISIT WWW.MYUHC.COM FOR SELF SERVICE

UnitedHealthcare
 A UnitedHealth Group Company

PAGE: 1 OF 1
 DATE: 04/29/18
 SSN/ID #: [REDACTED]
 EMPLOYEE: [REDACTED]
 CONTRACT: [REDACTED]
 BENEFIT PLAN: PFIZER INC

EXPLANATION OF BENEFITS

1 2 3 4 5 6 7 8

PATIENT/RELAT CLAIM NUMBER	PROVIDER/SERVICE	DATE OF SERVICE	AMOUNT CHARGED	NOT COVERED	AMOUNT ALLOWED	COPY/ DEDUCTIBLE	PLAN COVERS	BENEFIT AVAILABLE	REMARK CODE
9061512101	MEDICAL SERVICES	09/19/10	379.00	297.83	81.17		80%	64.94*	4C
	TOTAL		379.00	297.83	81.17			64.94	
								44.64	
								20.30	

(*) INDICATES PAYMENT ASSIGNED TO PROVIDER

REMARK CODE(S) LISTED BELOW ARE REFERENCED IN THE "SERVICE DETAIL" SECTION UNDER THE HEADING "REMARK CODE"
 (4C) THIS PLAN DETERMINES BENEFITS ONCE MEDICARE MAKES PAYMENT. IF MEDICARE PAYS LESS THAN THIS PLAN'S BENEFIT, THIS PLAN WILL CONSIDER THE DIFFERENCE. THIS PLAN'S ALLOWABLE BENEFITS ARE BASED ON THE MEDICARE APPROVED AMOUNT IF THE PHYSICIAN OR PROVIDER ACCEPTED MEDICARE'S ASSIGNMENT OR ON THE LIMITING CHARGE IF THEY DID NOT ACCEPT THE ASSIGNMENT. THE PATIENT IS RESPONSIBLE FOR THE DIFFERENCE BETWEEN THE ALLOWABLE AMOUNT AND THE TOTAL AMOUNT PAID BY BOTH PLANS. THE PATIENT MUST PAY ANY APPLICABLE PLAN DEDUCTIBLES AND CO-PAYS BEFORE THIS PLAN CAN PAY ANY BENEFITS.

BENEFIT PLAN PAYMENT SUMMARY INFORMATION

SATISFIED 2019 TO-DATE	DEDUCTIBLE	OUT OF POCKET
FAMILY \$5	\$1000.00	\$1328.77
INDV	\$500.00	\$1281.45
PLAN YEAR 2018	FAMILY \$1000.00	FAMILY \$4000.00
	INDV \$500.00	INDV \$4000.00



CLAIM FORM
SIGNED CLAIM FORM IS REQUIRED

- 1. PLEASE FULLY COMPLETE THIS FORM PAGE 1 & PAGE 2
2. ATTACH HCFA/UB04-MEDICAL BILLS & EOBS FROM ANY OTHER INSURANCE YOU HAVE
3. SEND ALL CORRESPONDENCE TO:

WEB-TPA
P.O. Box 2415
Grapevine, TX 76099-2415

Toll-Free: 866-975-9468
Fax: 469-417-1969
Email: benefit.assist@webtpa.com
File Electronically: Click Here

IMPORTANT NOTICE:
This plan of insurance is secondary, in most instances, to any health insurance you have. If you have other insurance, submit your claim (health and/or dental) to your other insurer. When you receive their Benefit Statement, send it to us along with your HCFA/UB04 (medical bills) and this completed form. Note: The accident policy benefits are limited and may not provide 100% coverage.

< IF PART 1-A & PART 1-B ARE NOT COMPLETED IN FULL THIS CLAIM CANNOT BE PROCESSED AND WILL BE RETURNED >

PART 1-A - TO BE COMPLETED IN FULL BY THE ORGANIZATION/SCHOOL

Organization/School District/College Name Policy Number
School/Team/League Name Phone No. ()
Address Email
Type of Activity/Sport

If Athletics, designate P.E. Class Intramural Interscholastic Intercollegiate Game Jr. Varsity Varsity
Youth Adult Practice Other

Name of injured person/student
Date of Accident Accident Time
Date of First Treatment Has treatment been completed? Yes No
Where and how did accident occur? (Please be specific)

Part of body Injured Right or Left At the time of the accident, was the claimant involved in a sponsored and supervised activity and were they a current student/member of the Organization/School District? Yes No

Under whose supervision? Was he/she a witness? Yes No

Authorized Signature Title Date
(MUST BE SIGNED BY AN ORGANIZATION/SCHOOL OFFICIAL UNLESS INJURY DID NOT OCCUR DURING AN ORGANIZATION/SCHOOL ACTIVITY. SIGNATURE IS REQUIRED)

PART 1-B - TO BE COMPLETED IN FULL BY CLAIMANT - OR BY PARENT/LEGAL GUARDIAN IF CLAIMANT IS A MINOR

Injured Party/Student Legal Name Preferred/Nickname:
Date of Birth Age Grade Level Male Female
Claimant is a Student Player Coach Official/Umpire Volunteer Child Care Participant CE Student (# of credits)
Address of Injured Person or Parents/Guardian

Phone No. () Email Address

If Injured party is over age 18: Employer Name and Address

Phone No. () Self Employed Unemployed

Father/Guardian Name

Employer Name and Address Phone No. ()
Self Employed Unemployed

PLEASE CONTINUE TO THE NEXT PAGE OF THE FORM WHICH MUST BE COMPLETED IN FULL

Mother/Guardian Name _____

Employer Name and Address _____ Phone No. () _____

Self Employed Unemployed

If Dental Injury: Please submit verification from the dentist that the tooth/teeth are whole, sound and natural.

Is claimant covered under any other medical and or dental insurance policy? Yes No

Is claimant covered under a government sponsored insurance such as Medicare/Medicaid? Yes No

Name of all companies providing claimant insurance coverage or prepaid health plans

Name of Company

Address

Policy #

Name of Company	Address	Policy #

Are benefits due for this claim under these other insurance coverages? Yes No **(See IMPORTANT NOTICE at top of form on page 1)**

Does your son or daughter have medical insurance coverage as an eligible dependent from a previous marriage as mandated in a divorce decree? Yes No If yes, please give name, address and phone number of responsible party _____

AFFIDAVIT: I verify that the above statement on other insurance is accurate and complete. I understand that the intentional furnishing of incorrect information via the U.S. Mail may be fraudulent and violate federal laws as well as state laws. I agree that it is determined at a later date that there are other insurance benefits collectible on this claim I will reimburse Gerber Life Insurance Company to the extent for which Gerber Life Insurance Company would not have been liable.

Signature: Injured Person, Parent or Guardian _____ Date: _____

SIGNATURE IS REQUIRED

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION: I hereby authorize any employer, health plan, insurance company, hospital, physician, health care profession, clinic, laboratory, pharmacy, medical facility or other person that has provided treatment, payment, or services in connection with this claim to disclose, when requested to do so, all information with respect to any injury, policy coverage, medical history, consultations, prescription or treatment, and copies of all hospital or medical records and itemized bills to WebTPA, Inc. and Gerber Life Insurance Company, it's agents, employees and representatives.

I hereby authorize WebTPA, Inc. to discuss any information related to medical expenses incurred or treatments rendered in connection with this claim, with Special Markets Insurance Consultants, Inc. representatives and their assigned agents and to officials at the school or organization through which this policy is issued. A photo static copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

Signature: Injured Person, Parent or Guardian _____ Date: _____

FRAUD NOTICE STATEMENTS

NOTICE TO APPLICANTS: "ANY PERSON WHO KNOWINGLY AND WITH INTENT TO DEFRAUD ANY INSURANCE COMPANY OR OTHER PERSON FILES AN APPLICATION FOR INSURANCE OR STATEMENT OF CLAIM CONTAINING ANY MATERIALLY FALSE INFORMATION, OR CONCEALS FOR THE PURPOSE OF MISLEADING, INFORMATION CONCERNING ANY FACT MATERIAL THERETO, COMMITS A FRAUDULENT INSURANCE ACT WHICH IS A CRIME AND MAY SUBJECT SUCH PERSON TO CRIMINAL AND CIVIL PENALTIES."

RESIDENTS OF ALABAMA: "ANY PERSON WHO KNOWINGLY PRESENTS A FALSE OR FRAUDULENT CLAIM FOR PAYMENT OF A LOSS OR BENEFIT OR WHO KNOWINGLY PRESENTS FALSE INFORMATION IN AN APPLICATION FOR INSURANCE IS GUILTY OF A CRIME AND MAY BE SUBJECT TO RESTITUTION OF FINES OR CONFINEMENT IN PRISON, OR ANY COMBINATION THEREOF."

RESIDENTS OF ALASKA APPLICANTS: "A PERSON WHO KNOWINGLY AND WITH INTENT TO INJURE, DEFRAUD OR DECEIVE AN INSURANCE COMPANY FILES A CLAIM CONTAINING FALSE, INCOMPLETE OR MISLEADING INFORMATION MAY BE PROSECUTED UNDER STATE LAW."

RESIDENTS OF ARKANSAS APPLICANTS: "ANY PERSON WHO KNOWINGLY PRESENTS A FALSE OR FRAUDULENT CLAIM FOR PAYMENT OF A LOSS OR BENEFIT OR KNOWINGLY PRESENTS FALSE INFORMATION IN AN APPLICATION FOR INSURANCE IS GUILTY OF A CRIME AND MAY BE SUBJECT TO FINES AND CONFINEMENT IN PRISON."

RESIDENTS OF ARIZONA APPLICANTS: "FOR YOUR PROTECTION ARIZONA LAW REQUIRES THE FOLLOWING STATEMENT TO APPEAR ON THIS FORM. ANY PERSON WHO KNOWINGLY PRESENTS A FALSE OR FRAUDULENT CLAIM FOR PAYMENT OF A LOSS IS SUBJECT TO CRIMINAL AND CIVIL PENALTIES."

RESIDENTS OF CALIFORNIA: "FOR YOUR PROTECTION CALIFORNIA LAW REQUIRES THE FOLLOWING TO APPEAR ON THIS FORM: ANY PERSON WHO KNOWINGLY PRESENTS A FALSE OR FRAUDULENT INFORMATION TO OBTAIN OR AMEND INSURANCE COVERAGE OR TO MAKE A CLAIM FOR THE PAYMENT OF A LOSS IS GUILTY OF A CRIME AND MAY BE SUBJECT TO FINES AND CONFINEMENT IN STATE PRISON."

RESIDENTS OF COLORADO APPLICANTS: "IT IS UNLAWFUL TO KNOWINGLY PROVIDE FALSE, INCOMPLETE, OR MISLEADING FACTS OR INFORMATION TO AN INSURANCE COMPANY FOR THE PURPOSE OF DEFRAUDING OR ATTEMPTING TO DEFRAUD THE COMPANY. PENALTIES MAY INCLUDE IMPRISONMENT, FINES, DENIAL OF INSURANCE, AND CIVIL DAMAGES. ANY INSURANCE COMPANY OR AGENT OF AN INSURANCE COMPANY WHO KNOWINGLY PROVIDES FALSE, INCOMPLETE, OR MISLEADING FACTS OR INFORMATION TO A POLICYHOLDER OR CLAIMANT FOR THE PURPOSE OF DEFRAUDING OR ATTEMPTING TO DEFRAUD THE POLICYHOLDER OR CLAIMANT WITH REGARD TO A SETTLEMENT OR AWARD PAYABLE FROM INSURANCE PROCEEDS SHALL BE REPORTED TO THE COLORADO DIVISION OF INSURANCE WITHIN THE DEPARTMENT OF REGULATORY AGENCIES."

RESIDENTS OF DELAWARE: "ANY PERSON WHO KNOWINGLY AND WITH INTENT TO INJURE, DEFRAUD OR DECEIVE ANY INSURER, FILES A STATEMENT OF CLAIM CONTAINING ANY FALSE, INCOMPLETE OR MISLEADING INFORMATION IS GUILTY OF A FELONY."

RESIDENTS OF DISTRICT OF COLUMBIA APPLICANTS: "WARNING: IT IS A CRIME TO PROVIDE FALSE OR MISLEADING INFORMATION TO AN INSURER FOR THE PURPOSE OF DEFRAUDING THE INSURER OR ANY OTHER PERSON. PENALTIES INCLUDE IMPRISONMENT AND/OR FINES. IN ADDITION, AN INSURER MAY DENY INSURANCE BENEFITS IF FALSE INFORMATION MATERIALLY RELATED TO A CLAIM WAS PROVIDED BY THE APPLICANT."

RESIDENTS OF FLORIDA APPLICANTS: "ANY PERSON WHO, KNOWINGLY AND WITH INTENT TO INJURE, DEFRAUD, OR DECEIVE ANY INSURER FILES A STATEMENT OF CLAIM OR AN APPLICATION CONTAINING ANY FALSE, INCOMPLETE OR MISLEADING INFORMATION IS GUILTY OF A FELONY OF THE THIRD DEGREE."

RESIDENTS OF IDAHO: "ANY PERSON WHO KNOWINGLY, AND WITH INTENT TO DEFRAUD OR DECIEVE ANY INSURANCE COMPANY, FILES A STATEMENT OF CLAIM CONTAINING ANY FALSE, INCOMPLETE OR MISLEADING INFORMATION IS GUILTY OF A FELONY."

RESIDENTS OF INDIANA: "ANY PERSON WHO KNOWINGLY, AND WITH INTENT TO DEFRAUD AN INSURER FILES A STATEMENT OF CLAIM CONTAINING ANY FALSE, INCOMPLETE, OR MISLEADING INFORMATION COMMITS A FELONY."

RESIDENTS OF KANSAS APPLICANTS: "ANY PERSON WHO KNOWINGLY AND WITH INTENT TO DEFRAUD ANY INSURANCE COMPANY OR OTHER PERSON CAUSES TO BE PRESENTED OR PREPARES WITH KNOWLEDGE OR BELIEF THAT IT WILL BE PRESENTED TO OR BY AN INSURER, PURPORTED INSURER, BROKER OR ANY AGENT THEREOF, ANY WRITTEN STATEMENT AS PART OF, OR IN SUPPORT OF, AN APPLICATION FOR THE ISSUANCE OF, OR THE RATING OF AN INSURANCE POLICY, OR A CLAIM FOR PAYMENT OR OTHER BENEFIT PURSUANT TO AN INSURANCE POLICY WHICH SUCH PERSON KNOWS TO CONTAIN MATERIALLY FALSE INFORMATION CONCERNING ANY FACT MATERIAL THERETO, OR CONCEALS, FOR THE PURPOSE OF MISLEADING, INFORMATION CONCERNING ANY FACT MATERIAL THERETO, COMMITS A FRAUDULENT INSURANCE ACT WHICH IS A CRIME AND MAY SUBJECT SUCH PERSON TO CRIMINAL AND CIVIL PENALTIES."

RESIDENTS OF KENTUCKY APPLICANTS: "ANY PERSON WHO KNOWINGLY AND WITH INTENT TO DEFRAUD ANY INSURANCE COMPANY OR OTHER PERSON FILED A STATEMENT OF CLAIM CONTAINING ANY "MATERIALLY" FALSE INFORMATION, OR CONCEALS FOR THE PURPOSE OF MISLEADING, INFORMATION CONCERNING ANY FACT MATERIAL THERETO, COMMITS A FRAUDULENT INSURANCE ACT WHICH IS A CRIME."

RESIDENTS OF LOUISIANA APPLICANTS: "ANY PERSON WHO KNOWINGLY PRESENTS A FALSE OR FRAUDULENT CLAIM FOR PAYMENT OF A LOSS OR BENEFIT OR KNOWINGLY PRESENTS FALSE INFORMATION IN AN APPLICATION FOR INSURANCE IS GUILTY OF A CRIME AND MAY BE SUBJECT TO FINES AND CONFINEMENT IN PRISON."

RESIDENTS OF MAINE APPLICANTS: "IT IS A CRIME TO KNOWINGLY PROVIDE FALSE, INCOMPLETE OR MISLEADING INFORMATION TO AN INSURANCE COMPANY FOR THE PURPOSE OF DEFRAUDING THE COMPANY. PENALTIES MAY INCLUDE IMPRISONMENT, FINES OR A DENIAL OF INSURANCE BENEFITS."

RESIDENTS OF MARYLAND APPLICANTS: "ANY PERSON WHO KNOWINGLY AND WILLFULLY PRESENTS A FALSE OR FRAUDULENT CLAIM FOR PAYMENT OF A LOSS OR BENEFIT OR WHO KNOWINGLY AND WILLFULLY PRESENTS FALSE INFORMATION IN AN APPLICATION FOR INSURANCE IS GUILTY OF A CRIME AND MAY BE SUBJECT TO FINES AND CONFINEMENT IN PRISON."

RESIDENTS OF MINNESOTA APPLICANTS: "ANY PERSON WHO SUBMITS AN APPLICATION OR FILES A CLAIM WITH INTENT TO DEFRAUD OR HELPS COMMIT A FRAUD AGAINST AN INSURER IS GUILTY OF A CRIME."

RESIDENTS OF NEW HAMPSHIRE: "ANY PERSON WHO, WITH THE PURPOSE TO INJURE, DEFRAUD OR DECEIVE ANY INSURANCE COMPANY, FILES A STATEMENT OF CLAIM CONTAINING ANY FALSE, INCOMPLETE OR MISLEADING INFORMATION IS SUBJECT TO PROSECUTION AND PUNISHMENT FOR INSURANCE FRAUD, AS PROVIDED IN RSA 638.20."

RESIDENTS OF NEW JERSEY APPLICANTS: "ANY PERSON WHO KNOWINGLY FILES A STATEMENT OF CLAIM CONTAINING ANY FALSE OR MISLEADING INFORMATION IS SUBJECT TO CRIMINAL AND CIVIL PENALTIES."

RESIDENTS OF NEW MEXICO APPLICANTS: "ANY PERSON WHO KNOWINGLY PRESENTS A FALSE OR FRAUDULENT CLAIM FOR PAYMENT OF A LOSS OR BENEFIT OR KNOWINGLY PRESENTS FALSE INFORMATION IN AN APPLICATION FOR INSURANCE IS GUILTY OF A CRIME AND MAY BE SUBJECT TO CIVIL FINES AND CRIMINAL PENALTIES."

RESIDENTS OF NEW YORK APPLICANTS: "ANY PERSON WHO KNOWINGLY AND WITH INTENT TO DEFRAUD ANY INSURANCE COMPANY OR OTHER PERSON FILES AN APPLICATION FOR INSURANCE OR STATEMENT OF CLAIM CONTAINING ANY MATERIALLY FALSE INFORMATION, OR CONCEALS FOR THE PURPOSE OF MISLEADING, INFORMATION CONCERNING ANY FACT MATERIAL THERETO, COMMITS A FRAUDULENT INSURANCE ACT, WHICH IS A CRIME AND SHALL ALSO BE SUBJECT TO A CIVIL PENALTY NOT TO EXCEED FIVE THOUSAND DOLLARS AND THE STATED VALUE OF THE CLAIM FOR EACH SUCH VIOLATION."

RESIDENTS OF OHIO APPLICANTS: "ANY PERSON WHO, WITH INTENT TO DEFRAUD OR KNOWING THAT HE IS FACILITATING A FRAUD AGAINST ANY INSURER, SUBMITS AN APPLICATION OR FILES A CLAIM CONTAINING A FALSE OR DECEPTIVE STATEMENT IS GUILTY OF INSURANCE FRAUD."

RESIDENTS OF OKLAHOMA APPLICANTS: "WARNING: ANY PERSON WHO KNOWINGLY AND WITH INTENT TO INJURE, DEFRAUD OR DECEIVE ANY INSURER, MAKES ANY CLAIM FOR THE PROCEEDS OF AN INSURANCE POLICY CONTAINING ANY FALSE, INCOMPLETE OR MISLEADING INFORMATION IS GUILTY OF A FELONY."

RESIDENTS OF OREGON APPLICANTS: "ANY PERSON WHO KNOWINGLY AND WITH INTENT TO DEFRAUD OR SOLICIT ANOTHER TO DEFRAUD AN INSURER: (1) BY SUBMITTING AN APPLICATION, OR (2) BY FILING A CLAIM CONTAINING A FALSE STATEMENT AS TO ANY MATERIAL FACT, MAY BE VIOLATING STATE LAW."

RESIDENTS OF PENNSYLVANIA APPLICANTS: "ANY PERSON WHO KNOWINGLY AND WITH INTENT TO DEFRAUD ANY INSURANCE COMPANY OR OTHER PERSON FILES AN APPLICATION FOR INSURANCE OR STATEMENT OF CLAIM CONTAINING ANY MATERIALLY FALSE INFORMATION OR CONCEALS FOR THE PURPOSE OF MISLEADING INFORMATION CONCERNING ANY FACT MATERIAL THERETO COMMITS A FRAUDULENT INSURANCE ACT WHICH IS A CRIME AND SUBJECTS SUCH PERSON TO CRIMINAL AND CIVIL PENALTIES."

RESIDENTS OF RHODE ISLAND: "ANY PERSON WHO KNOWINGLY PRESENTS A FALSE OR FRAUDULENT CLAIM FOR PAYMENT OF A LOSS OR BENEFIT OR KNOWINGLY PRESENTS FALSE INFORMATION IN AN APPLICATION FOR INSURANCE IS GUILTY OF A CRIME OR MAY BE SUBJECT TO FINES AND CONFINEMENT IN PRISON."

RESIDENTS OF TENNESSEE APPLICANTS: "IT IS A CRIME TO KNOWINGLY PROVIDE FALSE, INCOMPLETE OR MISLEADING INFORMATION TO AN INSURANCE COMPANY FOR THE PURPOSE OF DEFRAUDING THE COMPANY. PENALTIES INCLUDE IMPRISONMENT, FINES AND DENIAL OF INSURANCE BENEFITS."

RESIDENTS OF TEXAS APPLICANTS: "ANY PERSON WHO KNOWINGLY PRESENTS A FALSE OR FRAUDULENT CLAIM FOR THE PAYMENT OF A LOSS IS GUILTY OF A CRIME AND MAY BE SUBJECT TO FINES AND CONFINEMENT IN STATE PRISON."

RESIDENTS OF VERMONT APPLICANTS: "ANY PERSON WHO KNOWINGLY PRESENTS A FALSE STATEMENT IN AN APPLICATION FOR INSURANCE MAY BE GUILTY OF A CRIMINAL OFFENSE AND SUBJECT TO PENALTIES UNDER STATE LAW."

RESIDENTS OF VIRGINIA APPLICANTS: "IT IS A CRIME TO KNOWINGLY PROVIDE FALSE, INCOMPLETE OR MISLEADING INFORMATION TO AN INSURANCE COMPANY FOR THE PURPOSE OF DEFRAUDING THE COMPANY. PENALTIES MAY INCLUDE IMPRISONMENT, FINES AND DENIAL OF INSURANCE BENEFITS."

RESIDENTS OF WASHINGTON APPLICANTS: "IT IS A CRIME TO KNOWINGLY PROVIDE FALSE, INCOMPLETE, OR MISLEADING INFORMATION TO AN INSURANCE COMPANY FOR THE PURPOSES OF DEFRAUDING THE COMPANY. PENALTIES INCLUDE IMPRISONMENT, FINES, AND DENIAL OF INSURANCE BENEFITS."

RESIDENTS OF WEST VIRGINIA APPLICANTS: "ANY PERSON WHO KNOWINGLY PRESENTS A FALSE OR FRAUDULENT CLAIM FOR PAYMENT OF A LOSS OR BENEFIT OR KNOWINGLY PRESENTS FALSE INFORMATION IN AN APPLICATION FOR INSURANCE IS GUILTY OF A CRIME AND MAY BE SUBJECT TO FINES AND CONFINEMENT IN PRISON."