Pacific Educators
Insurance Services

- Tenga en cuenta que hay cuatro páginas del folleto (no incluido ésta)

- Usted puede aplicarse en línea con una tarjeta de crédito aquí
  www.peinsurance.com/signup

- Si desea realizar su solicitud, la tercera página es la aplicación que puede imprimir y llenar a mano, **o puede completar en la computadora e imprimir**. POR FAVOR NO ENVIE DINERO EN EFECTIVO. Haga un cheque o giro postal a Pacific Educators y envíelo a:

  - **Pacific Educators**
    2808 E. Katella Ave, Suite 101
    Orange, CA 92867

- La última página es un **GRATIS tarjeta de medicamentos prescripción programa,** se puede imprimir y llevar a una farmacia para ayudar a alguien a reducir el coste de medicamentos prescripción.

- Si tiene alguna pregunta, por favor no dude en ponerse en contacto directamente con nosotros (800) 722-3365

PLANES DE SEGUROS PARA ESTUDIANTES 2013-2014

RECOMENDAMOS LA COBERTURA DE 24 HORAS AL DÍA (24-HOUR-A-DAY)

- Los accidentes suceden. Cuando le sucedan a su hijo alguien tendrá que pagar las cuentas.
- Aquí presentamos planes de seguro cómodos para cubrir a su hijo ya sea las 24 horas del día ('24-hour-plan') o mientras esté en la escuela ('at school plan').
- Estos planes proporcionan beneficios en efectivo para cubrir los costos de gastos médicos y hospitalización.
- Si usted tiene otro seguro, estos planes le ayudarán a hacerle frente a los gastos deducibles y de coseguro que no sean cubiertos por esos planes.
- Si usted no tiene otro seguro, estos planes le proporcionan cobertura básica a bajo costo.
- Cualquier beneficio pagado por la poliza con el resultado medico, quirurgico, dental, servicio de hospital o enfermeria serán pagados directamente al hospital o la persona que rinda tal servicio al menos que presente prueba de pagos.

24 HORAS AL DÍA	EN LA ESCUELA	DETALLES IMPORTANTES DE LA PROTECCIÓN
✓	✓	LA COBERTURA SE HACE EFECTIVA EN El día en que la compañía o su representante reciba el pago de la prima (pero no antes del día de apertura de la escuela).
✓	✓	PROPORCIONA COBERTURA DURANTE LAS HORAS DE CLASES REGULARES.
✓		PROVEE COBERTURA LAS 24 HORAS DEL DÍA.
✓	✓	PROVEE COBERTURA DURANTE EL TIEMPO NECESARIO DE VIAJE ENTRE EL HOGAR DEL ASEGURADO Y EL INICIO O FINAL DE LAS HORAS DE CLASES.
✓	✓	PROVEE COBERTURA MIENTRAS SE PARTICIPA O ASISTE A ACTIVIDADES PATROCINADAS Y SUPERVISADAS POR LA ESCUELA. También se proporciona cobertura para el viaje de y a dichas actividades en un vehículo proporcionado por la escuela.
	✓	LA COBERTURA TERMINA AL CIERRE DEL CICLO ESCOLAR REGULAR. La cobertura se extenderá durante el verano, mientras se asista a clases académicas con crédito, siempre que dichas clases sean patrocinadas exclusivamente y solamente por la escuela; sin embargo, no se provee cobertura por viaje de o a dichas clases.
✓		LA COBERTURA CONTINÚA ININTERRUMPIDAMENTE TODO EL VERANO, hasta que la escuela inicie nuevamente el próximo ciclo escolar.

COBERTURA OPCIONAL DE FUTBOL EMPIEZA EL DIA QUE SE RECIBA LA PRIMA DE SEGURO POR LA COMPAÑIA, SUS REPRESENTANTES O LOS OFICIALES DE LA ESCUELA, PERO NO EL DIA ANTERIOR DEL DIA OFFICIAL DE PRACTICA; Y CONTINUE HASTA EL ULTIMO DIA JUEGO OFFICIAL DE LA TEMPORADA INCLUYENDO LAS FINALES

MAXIMA COBERTURA LAS 24 HORAS DEL DIA

y

¡COBERTURA EN LA ESCUELA!

✎ **A Bajo Costo**

✎ **Le Ayudan A Complementar Lo Que Su Otro Seguro No Cubre**

SA-14 *Para presentar un reclamo:* Reporte el accidente al oficial de la escuela. Se proveerán formularios simplificados en la oficina del Director (durante las vacaciones póngase en contacto con los administradores del plan). PRUEBAS COMPLETAS DE LA PÉRDIDA Y LAS CUENTAS ACUMULADAS DEBEN RECIBIRSE EN LA OFICINA DE LA COMPAÑÍA DENTRO DE LOS 90 DÍAS.

Seguro de Accidente

Protección las 24 Horas del Día

¡Máxima Protección por Cada Accidente Cubierto Vigente Todo El Año!

Proteja a su hijo durante todo el año escolar; se extiende **durante todo el verano** hasta el día en que la escuela empiece nuevamente. Su hijo está cubierto en **cualquier lugar del mundo, las 24 horas del día**. Los accidentes cubiertos incluyen:

✎ En el hogar ✎ En los juegos ✎ En la escuela ✎ Durante las vacaciones

✎ Scouting, acampando, etc. ✎ Durante los viaje (ve las exclusions y las limitaciones)

✎ Mientras participe en deportes, menos esos especificados excluidos o para cual el alcance opcional se requiere*

* Ver OPCIONES para cobertura opcional para deportes.

Protección en la Escuela

Su hijo está protegido mientras asiste a las clases del período escolar regular. También está cubierto el viaje directamente a, y de su casa para asistir a las clases regulares de la escuela durante el tiempo que tome el viaje, pero no más de una hora antes o después de las clases regulares. El tiempo de viaje en el autobús de la escuela se extiende como sea necesario. Además, se proporciona cobertura mientras se participe en (o asista a) actividades cubiertas exclusivamente organizadas, patrocinadas y supervisadas únicamente por la escuela y empleados de la escuela, incluyendo el viaje directamente a, y de la actividad en un vehículo proporcionado por la escuela y supervisado por los empleados de la escuela. Cobertura opcional tal vez se requiere para deportes intra-escolares. Ver OPCIONES para cobertura opcional para deportes.

PLANES DE SEGUROS PARA ESTUDIANTES 2013-2014

¿Qué cubren? *Hasta un* máximo de $50,000 de acuerdo a la descripción de Cobertura y Beneficios

- ACCIDENTES QUE OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA.
- PÉRDIDAS QUE RESULTEN DIRECTA E INDEPENDIENTEMENTE DE TODA OTRA CAUSA DIFERENTE DE LESIONES ACCIDENTALES.
- GASTOS MÉDICOS QUE EMPIECEN DENTRO DE LOS 120 DÍAS DEL ACCIDENTE Y QUE SE INCURRAN DENTRO DE LAS 52 SEMANAS DEL ACCIDENTE.

COBERTURA Y BENEFICIOS

LOS BENEFICIOS SE PAGAN *HASTA EL* MONTO EN DÓLARES ESPECIFICADO A CONTINUACIÓN

BENEFICIOS POR CADA ACCIDENTE		OPCIÓN ALTA	OPCIÓN BAJA
COSTOS DE HOSPITAL	**CUARTO** por día	*Semi-privado*	$300.00
	Cuidado intensivo, por día	*2 x Semi-privado*	$600.00
	COSTO MISCELÁNEO. (Excepto de otra manera es limitado) en o afuera del hospital para el mismo día por cirugía bajo anestesia general	$3,000.00	$1,500.00
COSTO DE CUIDADO DE EMERGENCIA	**HOSPITAL O OTRA FACILIDAD DE EMERGENCIA DE CUIDADO** Incluye todos tipo de costos mas de Rayos X y beneficios medicos	$300.00	$150.00
COSTO DE AMBULANCIA TERRESTRE	**Por Accidente**	*Resonable, Acostumbrado*	$250.00
CIRUGÍA	**COSTO MÉDICO** por Unidad. Valor de unidad determinado por el valor relativo al honorario	$270.00	$175.00
	El cirujano asistente	25%	25%
	ANESTESISTA, porcentaje de cirugía permitida	25%	25%
PROCEDIMIENTO DE IMÁGENES	**RAYOS X Y INTERPRETACIÓN** Fractura o Dislocación	$500.00	$250.00
	No Fractura o Dislocación	$100.00	$50.00
	IMAGENES DE RESONANCIA MAGNÉTICA (MRI) or CAT SCAN	$900.00	$500.00

BENEFICIOS POR CADA ACCIDENTE		OPCIÓN ALTA	OPCIÓN BAJA
PAGOS MÉDICOS Incluyendo Todas Unidades de Gastos	**SIN CIRUGÍA** Primera visita	$120.00	$60.00
	Visitas Subsiguientes	$60.00	$30.00
	Cuando el tratamiento principal envuelve **TERÁPIA FÍSICA**, hay un máximo de 9 visitas por accidente		
PACIENTE EXTERNO DROGAS DE PRESCRIPCIÓN	POR ACCIDENTE	100%	$50.00
EQUIPO ORTOPÉDICO	Abrazadera y Muletas	$100.00	$50.00
REEMPLAZA DE LENTES	**REMPLAZAMIENTO DE MARCOS DE LENTES QUEBRADOS** o lentes como resultado de un accidente asegurado que requiera tratamiento médico	$150.00	$100.00
YESO	**POR ACCIDENTE**, sin cirugía	$100.00	$50.00
COSTO DENTAL	**Tratamiento a dientes naturales y sanos causado por accidentes POR DIENTE**	$300.00	$150.00
OTROS BENEFICIOS Sólo uno de estos beneficios, el mayor, se pagará además de los beneficios indicados arriba.	**MUERTE ACCIDENTAL,** causada por una lesión y que ocurra dentro de los 100 días del accidente cubierto	$5,000.00	
	DESMEMBRAMIENTO, causado por una lesión y que ocurra dentro de los 100 días del accidente cubierto		
	Pérdida de una mano, un pie o un ojo	$5,000.00	
	Cualquier combinación de manos, pies, o u ojos	$10,000.00	

OPCIÓN DE EXTENSIÓN DE BENEFICIO DENTAL (Sólo Accidentes) Puede aumentarse el beneficio por gastos dentales para el pago de gastos resonable y habituales por examen, diagnóstico y rayos-X, tratamiento de restauración, endodoncia y cirugía oral (no incluyendo periodoncia, ni ortodoncia). Se pagará hasta un máximo de $250.00 por prótesis dentales (puentes, dentadura postiza parcial o total), o reemplazo de reparaciones dentales previas. Si el dentista certifica por escrito dentro de las 52 semanas del accidente que dicho tratamiento debe diferirse, pagaremos un máximo de $100.00 en vez de todo otro beneficio.

Esta es una ilustración de los beneficios de su hijo. Guárdela en su archivo para futura referencia. Este no es un contrato. La póliza principal está archivada en su escuela.

LA SEGURANZA NO CUBRE LO SIGUIENTE

1) No son medicamente necesario; no son prescritos por un medico para tratar como sea necesario una herida; son determinados a ser experimental/investigacional en la naturaleza; son recibidos de personas sin la carga o la obligacion legal para pagar; son recibidos de personas empleadas o retenidas por el asegurado o cualquier miembro de la familia; o no son listados especificamente cubro como las cargas en la poliza.
2) Heridas por causa de guerra, tanto declarada o no.
3) Heridas cubiertas por Worker's Compensation a la Occupational Disease Law.
4) Gastos en exceso de $500 por causa de pre-heridas o complicaciónes de una herida que haya ocurrido antes de la fecha efectiva de la poliza.
5) Hernia, de cualquier tipo, a pesar de la causa.
6) Heridas sostenidos por causa de una pelea, excluiendo como una victima inocente.
7) Enfermedades de cualquier forma, ampollas, picadas de insectos, congelación, agotamíento, insolación.
8) Envenamiento con materia organica o vegetal o infección bacterial, excepto infecciónes pyogenic a causa de un accidente de heridas abiertas.
9) Herida mientras esquiando, a menos que la 24-Hora Cobertura fue comprada.
10) Herida causadas por conducir, montarse, subir obajar de cualquier vehículo de 2, 3 or 4 ruedas o vehículos recreacionales o cualquier vehículo de terreno (ATV).
11) Herida mientras participando en intra-escolar fútbol americano en los grados 9-12, incluyendo viaje, a menos que cobertura opcional fue elegida.

LIMITACIONES

A. Después que los primeros $500 de beneficios hayan sido pagados, este plan no pagará duplicaciones de ninguna otra aseguradora. PAGARA CUALQUIER BALANCE QUE EXISTA DESPUÉS DE ESTA SEGURADORA HASTA EL BENEFICIO QUE DE OTRA MANERA SEA PAGABLE.
B. Accidentes resultando de andar en tabla para flotar sobre la rompiente, o envuelto en cualquier vehículo de motor será limitado agregar al máximo de $5,000.00. Esto no aplica a vehículos motorizados que son excluidas de la poliza.

PARA DEMANDAS LLAME (800) 622-1993. *Administrado por* **PACIFIC EDUCATORS, INC.,** 2808 E. Katella Ave., Suite 101, Orange, CA 92667, (800) 722-3365.
Pacific Educators' California License No. - 0429928

Aplicación De Año Escolar 2013-14

0261

G·T·L

Guarantee Trust Life Insurance Company

Solo Un Pago Por Año No Hay Reembolsos Disponibles		
OPCIONES	**Opción Alta**	**Opción Baja**
Protección las 24 horas al día **$50,000 MAXIMO POR ACCIDENTE**		
Grados P - 8	❑ $161.00	❑ $75.00
Grados 9-12	❑ $192.00	❑ $92.00
Economia en Protección en la ESCUELA **$50,000 MAXIMO POR ACCIDENTE - OPCION ALTA** **$25,000 MAXIMO POR ACCIDENTE - OPCION BAJA**		
Grados P- 8	❑ $25.00	❑ $11.00
Grados 9- 12	❑ $54.00	❑ $24.00
Cobertura Fútbol Americano (temporada del 2013 sola menta) **$25,000 MAXIMO POR ACCIDENTE** Pague en addicion a Opcion 1- 2		
Grado 9	❑ $80.00	❑ $36.00
Grados 10 - 12	❑ $177.00	❑ $84.00
Opción Dental Extendida Estudiantes de grados K a 12	❑ $6.00	

TOTAL $_____
(favor no enviar efectivo)

HAGA CHEQUE PAGADERO A:
PACIFIC EDUCATORS, INC.

Para pagar por crédito o la tarjeta de débito visite por favor www.peinsurance.com (chasque PRODUCTS entonces STUDENTS) o llama 800-722-3365

Por Favor Escribir Con Claridad:

Nombre del Estudiante _____ **Fecha de Nacimiento** _____
Primer Inicial 2o. Nombre Apellido Mes Día Año

Distrito Escolar _____ **Escuela** _____

Grado _____ **Dirección del estudiante** _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código postal** _____

Teléfono # _____ **Fecha de la Solicitud** _____

Firma del Padre o Custodio _____

GP-1200 (CA-1)

Print Form

SÍRVASE RECORDAR:

COMPLETAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD Y MARCAR EL PLAN Y LAS OPCIONES QUE DESEA.

EMITIR SU CHEQUE O GIRO POSTAL (POR FAVOR **NO** ENVÍE DINERO EN EFECTIVO) POR EL TOTAL A PAGAR DE ACUERDO A LAS INDICACIONES.

Envíe su Aplicación con su cheque o el giro postal a:
Pacific Educators, Inc.
2808 E. Katella Ave., Suite 101
Orange, CA 92867-5299

NOTA: SU CHEQUE CANCELADO ES SU RECIBO. SI NO RECIBE SU CHEQUE CANCELADO DENTRO DE LOS PRÓXIMOS 60 DÍAS, PÓNGASE EN CONTACTO CON EL ADMINISTRADOR DEL PLAN.

Para pagar por crédito o la tarjeta de débito visite por favor www.peinsurance.com
(chasque PRODUCTS entonces STUDENTS)
o llama 800-722-3365

Pacific Educators
FREE Prescription Drug Card

Member: California Student
ID Number: 26291W22ES
Program: UNARxCard
RxBIN: 610709
RxGrp: PFCEDU

Note: Everyone is eligible for this program. There are no age or income restrictions. Each family member must have his/her own card. If you can't print a card have your pharmacy call the Pharmacy Help Line and we will help them process your prescription.

THIS PROGRAM IS NOT INSURANCE
THIS PROGRAM IS A POINT OF SALE DISCOUNT PLAN

INSTRUCTIONS This card is pre-activated and can be used immediately. Simply print this card and take to any participating pharmacy to receive a discount. You can search pharmacy, pricing information, and FAQ's on the website. We are restricted from disclosing drug pricing over the phone.
Customer Service (TOLL FREE) 800-726-4232

ATTENTION PHARMACIST If you need help processing a prescription call our Pharmacy Help Line at
Pharmacy Help Line (TOLL FREE) 877-321-6755.

PROGRAM POWERED BY:

United Networks OF AMERICA UNARxCard

© Copyright 2010 United Networks of America

IMPORTANT: PRINT CARD. YOU WILL NEED TO BRING THIS CARD TO THE PHARMACY WITH YOUR PRESCRIPTION.

We are proud to announce that Pacific Educators is now making available a **FREE Prescription Drug Card Program** to help anyone lower their prescription drug costs.

This card can be used with a primary plan and/or on prescriptions not covered by your insurance plan. It also can be used even if you don't have any insurance. The Rx Card Program has no restrictions or participation requirements and is open to anyone.

This Free Prescription Drug Card is pre-activated and can be used immediately.

CVS/pharmacy Longs Drugs kmart pharmacy Winn-Dixie SAFEWAY
Aurora Pharmacy Cub Pharmacy Kroger Super D Drug Store Ukrop's Pharmacy TARGET
meijer pharmacy FRED'S Pharmacy Walgreens BI-LO
DILLONS PHARMACY FredMeyer WAL*MART PHARMACY Stop&Shop Sweetbay
KING Soopers SHOPKO Osco Pharmacy Schnucks Pharmacy Good Neighbor Pharmacy Giant
Pharmacy Albertsons Savon HyVee Raley's VONS Wegmans