

- Accidents happen! When they happen to your child, someone must pay the bills.
- Here are Accident only insurance plans to help cover your child either 24 hours a day (24-Hour Plan) or while in school (School-Time Plan).
- These plans provide benefits to help meet the cost of medical and Hospital expense.
- If you have other insurance, these plans can help offset the deductibles and coinsurance for those plans.
- If you have no other insurance, these plans will provide basic coverage.
- Any benefits payable by the Policy as a result of medical, surgical, dental, Hospital or nursing service will be paid directly to the Hospital or person rendering such service unless proof of payment in full is provided.

24-HOUR	SCHOOL TIME	IMPORTANT PROTECTION FACTS
✓	✓	Becomes effective the date premium payment is received by Guarantee Trust Life Insurance Company (GTL) or its representative (but not prior to the opening day of school). Students participating in preschool practice or play for interscholastic sports sanctioned by the High School Athletic Association will be covered as of the date of actual premium payment but only while engaged in actual practice or game sessions. Other aspects of coverage will not start sooner than the first date of regular school session.
✓	✓	Provides coverage during the hours that school is in regular session.
✓		Provides 24-Hour-A-Day protection.
✓	✓	Provides coverage during the time necessary for travel between the insured's home and the beginning or end of regular school sessions.
✓	✓	Provides coverage while participating in (or attending) activities organized, sponsored and supervised by the school. Coverage is also provided for travel directly to and from such activities in a Designated Vehicle furnished by the school.
	✓	Coverage expires at the close of the regular school term. (Coverage will be extended while attending academic classes for credit in the summer, when classroom sessions are exclusively sponsored and solely supervised by the school; however, no coverage will be provided for travel to and from classes).
✓		Coverage continues without interruption all summer until school re-opens for the following term.

Optional Football Only Accident Coverage begins on the date of premium receipt by GTL, its representatives or school officials, but not prior to the first official date of practice; and continues through the date of the last official game of the current season including playoffs.

To file a claim: Report accidents to the school official. Simplified forms will be furnished through the principal's office (during vacation time contact the administrators of the plan). Complete proof of loss and accumulated bills must be received by the Plan Administrator within 90 days.

24-HOUR-A-DAY ACCIDENT COVERAGE

24-Hour-A-Day Protection for each Covered Accident

Helps protect your child for the entire school year and extends **throughout the summer** - right up to the day school opens.

Your child's coverage is good **WORLDWIDE, 24-HOURS-A-DAY**. This includes covered accidents:

- ☞ At home
- ☞ At play
- ☞ At school
- ☞ On vacation
- ☞ Scouting, camping etc.
- ☞ During covered travel
- ☞ While engaged in sports, except those specifically excluded or for which optional coverage is required*

***See OPTIONS for available optional sports coverage, if any.**

SCHOOL-TIME ACCIDENT COVERAGE

Helps protect your child while attending regular school sessions. Includes coverage for travel directly to and from your residence to attend regular school sessions for travel time required, but not more than one hour before or after regular classes. Travel time on the school bus is extended for any additional time needed. In addition, coverage is provided while participating in (or attending) covered activities exclusively organized, sponsored and solely supervised by the school and school employees, including travel directly to and from the activity in a Designated Vehicle furnished by the school and supervised solely by school employees. Optional coverage may be required for interscholastic sports. See **OPTIONS** for available optional sports coverage, if any.

Group Blanket Accident insurance products are issued on Form Series GP-2020 or GP-1200 by Guarantee Trust Life Insurance Company, Glenview, IL. These products and their features are subject to state availability and may vary by state. Certain exclusions and limitations may apply. The exact provisions governing the insurance are contained in the Policy issued to the Policyholder and certain provisions may be administered to conform to state requirements. The Policy shall control in the event of any conflict between the Policy and this brochure. For complete details of coverage please contact the agent administering the program.

2018-2019 STUDENT ACCIDENT INSURANCE PLANS

What's Covered? Up to \$25,000.00 as described under Coverage and Benefits for:

- ACCIDENTS OCCURRING WHILE COVERAGE IS IN FORCE
- LOSS FROM ACCIDENTAL BODILY INJURY RESULTING DIRECTLY AND INDEPENDENTLY OF ALL OTHER CAUSES
- COVERED MEDICAL EXPENSE WHICH BEGINS WITHIN 30 DAYS OF THE ACCIDENT AND IS INCURRED WITHIN 52 WEEKS OF THE ACCIDENT

Injury means bodily Injury due to an Accident which results directly and independently of disease, bodily infirmity, or any other causes; solely, directly and independently of all other causes, results in medical expense; occurs after the effective date of the Insured's coverage under the Policy; and occurs while the Policy is in force. All injuries sustained in any one Accident, including all related conditions and recurrent symptoms of these injuries, are considered a single Injury.

BENEFITS ARE PAYABLE UP TO THE DOLLAR AMOUNTS SPECIFIED BELOW

BENEFITS PER INJURY		STANDARD PLAN	DELUXE PLAN	BENEFITS PER INJURY		STANDARD PLAN	DELUXE PLAN
HOSPITAL EXPENSE	Room and board and general nursing care, per day	\$200	\$600	AMBULANCE EXPENSE	Limited to a maximum of	\$100	\$400
HOSPITAL MISCELLANEOUS EXPENSE	Limited to a maximum of	\$1,500	\$3,000	OUTPATIENT IMAGING PROCEDURES	Fracture or dislocation	\$200	\$500
					No fracture or dislocation Including x-rays and interpretation	\$50	\$150
					MRI/CAT Scan	\$200	\$500
HOSPITAL EMERGENCY CARE	Limited to a maximum of	\$200	\$400	DENTAL TREATMENT	Treatment for Injury to Sound, Natural Teeth, per tooth	\$200	\$600
DOCTOR'S FEES FOR SURGERY	In accordance with the Surgical Schedule using:	\$75 Per Unit Value	\$200 Per Unit Value	MOTOR VEHICLE ACCIDENT INJURIES	Limited to a maximum of	\$5,000	\$5,000
ASSISTANT SURGEON EXPENSE	Percent of the Surgical Schedule allowance	20%	20%	OTHER BENEFITS Caused by an Injury & occurring within 365 days of the covered Accident. Only one of these benefits, the largest, will be payable in addition to other benefits listed.	ACCIDENTAL DEATH DISMEMBERMENT Single: Loss of one hand, one foot, entire sight of one eye or hearing in one ear. Double: Loss of both hands, both feet, sight of both eyes, hearing in both ears or loss of speech.	\$5,000	
ANESTHESIA SERVICES	Percent of the Surgical Schedule allowance	20%	20%			\$1,000	
DOCTORS' VISITS Non-surgical Including Physical Therapy	First visit	\$25	\$60			\$10,000	
	Subsequent visits Physical Therapy is limited to 5 visits	\$15	\$50				
ORTHOPEDIC APPLIANCES	Furnished by the Hospital Limited to a maximum of	\$100	\$200				

EXCLUSIONS - THE POLICY DOES NOT PROVIDE BENEFITS FOR:

- 1) Treatment, services or supplies which are not Medically Necessary; are not prescribed by a Doctor as necessary to treat an Injury; are Experimental/Investigational in nature; are received without charge or legal obligation to pay; are received from persons employed or retained by the Policyholder or any Family Member, unless otherwise specified; or are not specifically listed as Covered Charges in the Policy.
- 2) Intentionally self-inflicted Injury.
- 3) Injury by acts of war, whether declared or not.
- 4) Injury received while traveling or flying by air, except as a fare paying passenger on a regularly scheduled commercial airline.
- 5) Injury covered by Worker's Compensation or the Occupational Disease Law.
- 6) Treatment of illness, disease or infections, except infections which result from an accidental Injury or infections which result from accidental, involuntary or an unintentional ingestion of a contaminated substance.
- 7) Re-injury or complications of an Injury which occurred prior to the Policy's Effective Date;
- 8) Hernia, any type, except if directly resulting from accidental Injury while covered under the Policy.
- 9) Injury sustained fighting or brawling, except as an innocent victim.
- 10) Injury sustained while voluntarily participating in a riot or civil commotion or disturbance of any kind.
- 11) Suicide or attempted suicide.
- 12) Treatment of sickness or disease in any form.
- 13) Loss resulting from the use of any drug or agent classified as a narcotic, psycholytic, psychedelic, hallucinogenic, or having a similar classification or effect, unless prescribed by a Doctor.
- 14) Injury sustained skiing or participating in a rodeo.
- 15) Injury sustained while operating, riding in or upon, mounting or alighting from, any two, three or four-wheeled recreational motor/engine driven vehicle, snowmobile or all terrain vehicle (ATV).
- 16) Injury sustained while participating in or practicing for tackle football in grades 9 through 12, including travel, unless optional coverage has been purchased.
- 17) Cosmetic or plastic surgery, except for reconstructive surgery on an injured part of the body.
- 18) Treatment in any Veteran's Administration or federal Hospital, except if there is a legal obligation to pay.
- 19) Loss resulting from being legally intoxicated or under the influence of alcohol as defined by the laws of the state in which the Injury occurs.
- 20) Treatment of temporomandibular joint dysfunction and associated myofascial pain.
- 21) Injury sustained while committing or attempting to commit a felony, or while being engaged in an illegal occupation.

EXCESS PROVISION: All Covered Charges over \$100 will be considered for payment on an Excess basis if any Other Valid and Collectible Insurance or Plan covers the Insured person. GTL will pay the first \$100 in Covered Charges regardless of other insurance.

Underwritten by: **GUARANTEE TRUST LIFE INSURANCE COMPANY (GTL)**, 1275 Milwaukee Avenue, Glenview, Illinois 60025

Administered by: **FIRST AGENCY**, 5071 West H Avenue, Kalamazoo, Michigan 49009-8501 (269) 381-6630

2018-19 SCHOOL YEAR ENROLLMENT FORM



PLEASE PRINT CLEARLY

ONE-TIME PREMIUM PAYMENT		
OPTIONS	STANDARD PLAN	DELUXE PLAN
24-HOUR-A-DAY PLAN Grades Pre K-12	<input type="checkbox"/> \$125	<input type="checkbox"/> \$275
SCHOOL-TIME PLAN Grades Pre K-8 Grades 9-12	<input type="checkbox"/> \$23 <input type="checkbox"/> \$46	<input type="checkbox"/> \$52 <input type="checkbox"/> \$105
OPTIONAL FOOTBALL ONLY COVERAGE (2018 Season only) Grades 9-12 Per Player	<input type="checkbox"/> \$162	<input type="checkbox"/> \$369
NO REFUNDS ARE AVAILABLE		

STUDENT'S NAME _____ <small>FIRST NAME MIDDLE INITIAL LAST NAME</small>		
DATE OF BIRTH _____ <small>MONTH DAY YEAR</small>		MALE <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/>
SCHOOL DISTRICT _____		SCHOOL _____
GRADE _____ STUDENT'S ADDRESS _____		
CITY _____		STATE _____ ZIP _____
TELEPHONE # _____		DATE OF ENROLLMENT _____
PARENT OR GUARDIAN'S EMAIL ADDRESS _____		
NAME OF PARENT OR GUARDIAN (PLEASE PRINT) _____		
SIGNATURE OF PARENT OR GUARDIAN _____		

GA-15-KEF

PLEASE REMEMBER TO:



COMPLETE THE ENROLLMENT FORM AND CHECK THE PLAN AND OPTIONS YOU WANT.



MAKE YOUR CHECK OR MONEY ORDER (PLEASE DO **NOT** SEND CASH) FOR THE TOTAL ENCLOSED PAYABLE AS INDICATED.

MAIL THE ENROLLMENT FORM WITH YOUR CHECK OR MONEY ORDER TO:



FIRST AGENCY
5071 West H Avenue
Kalamazoo, Michigan 49009-8501



PLEASE NOTE: YOUR CANCELED CHECK IS YOUR RECEIPT. IF CANCELED CHECK IS NOT RECEIVED WITHIN 60 DAYS, PLEASE CONTACT YOUR PLAN ADMINISTRATOR.

For faster service you can pay by credit or debit card. Please visit us online at:

www.1stagency.com/voluntaryaccidentcoverage.htm

Follow directions by choosing STATE and SCHOOL DISTRICT

Visa and MasterCard are accepted

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN – AÑO ESCOLAR 2018-2019



POR FAVOR ESCRIBA CON CLARIDAD

UN SOLO PAGO PREMIUM		
OPCIONES	PLAN ESTÁNDAR	PLAN DELUXE
PLAN 24 HORAS AL DÍA Preescolar-K-12 ^{vo} grado	<input type="checkbox"/> \$125	<input type="checkbox"/> \$275
PLAN HORARIO ESCOLAR Preescolar-K-8 ^{vo} grado	<input type="checkbox"/> \$23 <input type="checkbox"/> \$46	<input type="checkbox"/> \$52 <input type="checkbox"/> \$105
COBERTURA OPCIONAL SOLO FÚTBOL AMERICANO (Solo temporada 2018) 9 ^{no} -12 ^{vo} grado por jugador	<input type="checkbox"/> \$162	<input type="checkbox"/> \$369
NO REEMBOLSOS DISPONIBLES		

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____		
NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO
FECHA DE NACIMIENTO: _____		
MES	DÍA	AÑO
MASCULINO <input type="checkbox"/>		FEMENINO <input type="checkbox"/>
DISTRITO ESCOLAR: _____		ESCUELA: _____
GRADO: _____ DOMICILIO DEL ESTUDIANTE: _____		
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____		
Nº TELEFÓNICO: _____		FECHA DE INSCRIPCIÓN: _____
CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE/TUTOR: _____		
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR: _____		LETRA DE MOLDE
FIRMA DEL PADRE O TUTOR _____		

GA-15-KEF

POR FAVOR RECUERDE:

COMPLETE EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN E INDIQUE EL PLAN Y OPCIONES QUE DESEE.

HAGA SU CHEQUE O GIRO POSTAL (**NO** ENVÍE EFECTIVO) POR EL PAGO TOTAL ADJUNTO, SEGÚN LO INDICADO.

ENVÍE EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN CON SU CHEQUE O GIRO POSTAL A:



FIRST AGENCY
5071 West H Avenue
Kalamazoo, Michigan 49009-8501



TOME NOTA: SU CHEQUE CANCELADO ES SU RECIBO. SI NO RECIBE EL CHEQUE CANCELADO DENTRO DE 60 DÍAS, POR FAVOR COMUNÍQUESE CON SU ADMINISTRADO DE PLAN.

Para un servicio más rápido puede pagar con tarjeta de crédito o débito. Por favor visítenos

en-línea en: www.1stagency.com/voluntaryaccidentcoverage.htm.

Siga las instrucciones eligiendo ESTADO y DISTRITO ESCOLAR

Se aceptan tarjetas Visa y MasterCard

COBERTURA DE ACCIDENTE 24 HORAS AL DÍA 2018-2019

¿Qué cubre? Hasta \$25,000.00 según lo descrito bajo la cobertura y beneficios para:

- ACCIDENTES OCURRIDOS CUANDO LA COBERTURA ESTÉ EN VIGOR
- PÉRDIDA POR LESIÓN ACCIDENTAL DEL CUERPO RESULTANTE DIRECTA E INDEPENDIENTEMENTE DE TODAS LAS DEMÁS CAUSAS
- COBERTURA DE GASTO MÉDICO QUE COMIENZA EN EL PLAZO DE 30 DÍAS DEL ACCIDENTE Y SE HA SUFRIDO DENTRO DE LAS 52 SEMANAS DEL ACCIDENTE

Lesión significa lesión corporal debido a un accidente que resulte directa e independientemente de enfermedad, dolencia física o cualquier otra causa; única, directa e independientemente de todas las demás causas, resulte en gastos médicos; ocurra después de la fecha en vigencia de la cobertura del asegurado según la Póliza; y mientras la póliza esté en vigor. Todas las lesiones sufridas en un accidente, incluidas todas las condiciones relacionadas y los síntomas recurrentes de estas lesiones, se consideran una sola lesión.

LOS BENEFICIOS SON PAGADOS HASTA LA CANTIDAD EN DÓLARES QUE SE ESPECIFICA A CONTINUACIÓN

BENEFICIOS POR LESIÓN		PLAN ESTÁNDAR	PLAN DELUXE	BENEFICIOS POR LESIÓN		PLAN ESTÁNDAR	PLAN DELUXE
SERVICIOS DE HOSPITAL	Habitación y alimento, cuidado general de enfermería, por día	\$200	\$600	SERVICIOS DE AMBULANCIA	Limitado a un máximo de	\$100	\$400
SERVICIOS DIVERSOS DE HOSPITAL	Límite a un máximo de	\$1,500	\$3,000	PROCEDIMIENTOS DE IMAGEN A PACIENTE EXTERNO	Fractura o dislocación Sin fractura o dislocación Imagen de resonancia magnética, tomografía	\$200 \$50 \$200	\$500 \$150 \$500
CUIDADO DE EMERGENCIA EN HOSPITAL	Límite a un máximo de	\$200	\$400	TRATAMIENTO DENTAL	Tratamiento por lesión a sonda, dientes naturales, por diente	\$200	\$600
CUOTAS MÉDICAS POR CIRUGÍA	Conforme con el horario quirúrgico usando:	\$75 por valor unitario	\$200 por valor unitario	LESIONES POR ACCIDENTES EN VEHÍCULOS MOTORIZADOS	Limitado a un máximo de	\$5,000	\$5,000
SERVICIO DE CIRUJANO ASISTENTE	Porcentaje de la asignación de horario quirúrgico	20%	20%	OTROS BENEFICIOS	MUERTE ACCIDENTAL	\$5,000	
SERVICIOS DE ANESTESIA	Porcentaje de la asignación de horario quirúrgico	20%	20%		DESMEMBRAMIENTO	\$1,000	
VISITAS MÉDICAS No quirúrgicas	Primera visita	\$25	\$60		Solo uno: Pérdida de una mano, un pie, visión completa de un ojo o audición en un oído	\$10,000	
	Vistas subsecuentes	\$15	\$50		Doble: Pérdida de ambas manos, ambos pies, visión de ambos ojos, audición en ambos oídos o pérdida del habla		
APARATOS ORTOPÉDICOS	Proveídos por el hospital, limitado a un máximo de	\$100	\$200				

EXCLUSIONES – LA PÓLIZA NO PROVEE ESTOS BENEFICIOS PARA:

1) Los tratamientos, servicios y productos lo cuales no sean médicamente necesarios; no estén prescritos por el médico como necesarios para tratar una lesión; son de naturaleza experimental/de investigación; se reciben sin costo u obligación legal para pagar; se reciben de personas empleadas o retenidas por el titular de la póliza o cualquier miembro de la familia, a menos que se especifique lo contrario; o no se mencionen específicamente como cargos cubiertos en la póliza. 2) Lesión auto infligida intencionalmente. 3) Lesión por actos de guerra, ya sea declarada o no. 4) Lesión recibida mientras viajaba o volaba por aire, excepto como pasajero que paga la tarifa de una aerolínea comercial de programación regular. 5) Lesión cubierta por la Ley de compensación al trabajador o enfermedad profesional. 6) Tratamiento por enfermedad, padecimiento o infecciones, excepto infecciones que resulten de una lesión accidental o infecciones que resulten de una ingestión accidental, involuntaria o sin intención de una sustancia contaminada. 7) Volver a lesionarse o complicaciones de una lesión sufrida antes de la fecha efectiva de la póliza. 8) Hernia, cualquier tipo, excepto si resulta directamente de una lesión accidental mientras esté cubierto bajo la póliza. 9) Lesión sufrida en pelea o disputa, excepto como una víctima inocente. 10) Lesión sufrida cuando participa voluntariamente en un desorden o conmoción o disturbio civil de cualquier tipo. 11) Suicidio o intento de suicidio. 12) Tratamiento por enfermedad o padecimiento en cualquier forma. 13) Pérdida que resulte del uso de cualquier droga o sustancia clasificada como narcótico, psicofítico, psicodélico, alucinógeno o que tenga una clasificación o efecto similar, a menos que esté prescrita por un médico. 14) Lesión sufrida esquiando o participando en rodeo. 15) Lesión sufrida mientras opera, durante la operación, al subirse en o sobre, subir o bajar de cualquier vehículo/máquina motorizada recreativa de dos, tres o cuatro llantas, moto nieve o vehículo todo terreno. 16) Lesión sufrida durante la participación en o practicando fútbol juvenil en 9^{no}-12^{vo} grado, incluido el viaje, a menos que se haya comprado una cobertura opcional. 17) Cirugía cosmética o plástica, excepto para cirugía reconstructiva en una parte lesionada del cuerpo. 18) Tratamiento en cualquier administración veterana u hospital federal, excepto si existe una obligación legal a pagar. 19) Pérdida como resultado de estar intoxicado legalmente o bajo la influencia del alcohol según las leyes del estado en el cual ocurra la lesión. 20) Tratamiento para la disfunción de la articulación temporomandibular y relacionado al dolor miofascial. 21) Lesión sufrida mientras cometa o intente cometer un delito o durante su participación a una actividad ilegal.

DISPOSICIÓN DE EXCESO: Todos los cargos cubiertos por más de \$100 se considerarán para el pago en exceso si cualquier otra póliza o plan vigente o cobrable cubra a la persona asegurada. GTL pagará los primeros \$100 en cargos cubiertos independientemente de otra póliza de seguro.

*Suscrito por: GUARANTEE TRUST LIFE INSURANCE COMPANY (GTL), 1275 Milwaukee Avenue, Glenview, Illinois 60025
Administrado por: FIRST AGENCY, 5071 West H Avenue, Kalamazoo, Michigan 49009-8501 (269) 381-6630*

- ¡Los accidentes pasan! Cuando le suceden a su hijo(a), alguien debe pagar los gastos.
- A continuación los planes sobre póliza de seguro sobre accidente para ayudar a cubrir a su hijo(a) ya sea las 24 horas del día (plan de 24 horas) o durante su estancia en la escuela (plan de período escolar).
- Estos planes proveen beneficios para ayudar a cumplir el costo del gasto médico y del hospital.
- Si usted tiene otra póliza de seguro, estos planes pueden ayudarle a compensar los deducibles y el seguro compartido para esos planes.
- Si no tiene póliza de seguro, estos planes le proveerán una cobertura básica.
- Cualquier beneficio pagadero por la Póliza como resultado de servicio médico, quirúrgico, dental, hospital o enfermería se pagarán directamente al hospital o a la persona que rinda dicho servicio, a menos que se compruebe el pago de dicho servicio por completo.

24 horas	PERÍODO ESCOLAR	DATOS IMPORTANTES DE PROTECCIÓN
✓	✓	Se hace efectiva la fecha en que el pago Premium se recibió por <i>Guarantee Trust Life Insurance</i> (GLT) o su representante (pero no previo a la apertura del día de clases). Los estudiantes participan en la práctica preescolar o juegan en los deportes inter-escolares: los deportes autorizados por la Asociación atlética de la secundaria se cubrirán a la fecha del pago de la prima actual pero sólo cuando se comprometan en la práctica actual y sesiones de juego. Otros aspectos de cobertura no iniciarán antes del primer día de la temporada escolar regular.
✓	✓	Provee cobertura durante las horas que la escuela está en temporada regular.
✓	✓	Provee protección 24 horas al día
✓	✓	Provee cobertura durante el tiempo necesario para trasladarse entre el hogar del asegurado y el inicio o final de las temporadas escolares regulares.
✓	✓	Provee cobertura durante la participación (o asistencia) en actividades organizadas, auspiciadas y supervisadas por la escuela. La cobertura también se provee por trasladarse directamente hacia y desde dichas actividades en un vehículo designado proveído por la escuela.
	✓	La cobertura expira al cierre del término escolar regular. (La cobertura se ampliará mientras asistan a clases académicas para obtener crédito en el verano, cuando las sesiones del salón de clase sean exclusivamente auspiciadas y solo supervisadas por la escuela; sin embargo, no habrá cobertura por trasladarse hacia y desde las clases).
✓		La cobertura continúa sin interrupción todo el verano hasta que se reanuden las clases del próximo término.

La cobertura opcional por accidente en fútbol americano empieza en la fecha del recibo de la prima por GTL, sus representantes o funcionarios escolares, pero no antes a la primera fecha oficial de práctica; y continúa hasta la fecha del último juego oficial de la temporada actual, inclusive la eliminatoria.

Para presentar un reclamo: Reportar accidentes al funcionario escolar. Los formularios simples estarán disponible en la oficina del director (durante el período de vacaciones comuníquese con los administradores del plan). El administrador del plan debe recibir el comprobante completo de la pérdida y las facturas acumuladas dentro de los 90 días.

COBERTURA DE ACCIDENTE 24 HORAS AL DÍA

24 horas al día de protección por cada accidente cubierto

Ayuda a proteger a su hijo(a) por todo el año escolar y se amplía en el transcurso del verano, justo hasta el día que inician las clases.

La cobertura de su hijo(a) es buena **A NIVEL MUNDIAL, 24 HORAS AL DÍA**. Esto incluye accidentes cubiertos:

- ✓ En casa ✓ En el juego ✓ En la escuela ✓ En vacaciones ✓ Exploración, campamento, etc. ✓ Durante un viaje cubierto
- ✓ Durante su participación en deportes, excepto aquellos específicamente excluidos o por los cuales no se ofrece cobertura opcional.*

*Ver las OPCIONES disponibles para la cobertura opcional sobre deportes, si corresponde:

COBERTURA DE ACCIDENTE EN HORARIO ESCOLAR

Ayuda a proteger a su hijo(a) durante su asistencia en temporadas escolares regulares. Incluye cobertura durante el recorrido directamente hacia y desde su residencia para asistir a temporadas escolares regulares por el tiempo necesario del recorrido. El tiempo del recorrido en el autobús escolar se extiende por cualquier tiempo adicional necesario. Además, se provee cobertura durante la participación (o asistencia) en actividades cubiertas exclusivamente organizadas, auspiciadas o únicamente supervisadas por la escuela y empleados escolares, incluyendo el recorrido directamente hacia y desde la actividad en un vehículo designado, proporcionado por la escuela y supervisado únicamente por los empleados escolares. Para los deportes inter-escolares podría ser necesaria la cobertura opcional. Vea OPCIONES para la cobertura deportiva opcional disponible, si corresponde.

Los productos de la póliza de seguro sobre accidente *Group Blanket* se emiten en forma de series GP-2020 o GP-1200 por *Guarantee Trust Life Insurance Company, Glenview, IL*. Estos productos y sus características son sujetas a la disponibilidad estatal y puede variar por estado. Pueden aplicarse ciertas exclusiones y limitaciones. Las disposiciones exactas que rigen la póliza de seguro están contenidas en la Póliza entregada al titular de la póliza y ciertas disposiciones pueden administrarse para cumplir con los requisitos del estado. La Póliza controlará en caso de conflicto entre la Póliza y este folleto. Para obtener detalles completos de la cobertura, por favor comuníquese con el agente que administra el programa.