



# UNITED STATES ADULT SOCCER ASSOCIATION (USASA)

7000 S. Harlem Avenue  
Bridgeview, IL 60455



Esta declaración tiene como finalidad brindar una descripción general de los beneficios en exceso del plan disponibles en virtud de la Política de Accidentes de Participantes. Comuníquese con el oficial de verificación de su estado para obtener más información.

**PERSONA ASEGURADA:** Participantes incluidos jugadores, entrenadores, árbitros, entrenadores/jugadores para quienes se ha pagado la prima.

**ACTIVIDADES CUBIERTAS** Esta póliza cubre lesiones resultantes de un accidente que ocurra durante el período de cobertura del deporte para el equipo de la persona asegurada mientras la persona esté participando como miembro de un Equipo en un evento afiliado autorizado por USASA (partido programado, partido de un torneo oficial, sesión de práctica/prueba); o viajando directamente hacia o desde un partido o sesión de práctica en calidad de miembro del equipo.

## LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DEL PLAN DE ACCIDENTES – 2016-2017

Beneficio de gastos médicos por accidente (piezas dentales sanas y naturales únicamente)	beneficio máximo \$5,000 límite máximo odontológico \$1,000
Monto deducible	\$400 de todos los gastos elegibles
Beneficio por muerte accidental	suma principal \$5,000
Beneficio por desmembramiento accidental	suma principal \$5,000
Gasto por alojamiento y pensión hospitalaria (pacientes internados)	máximo \$300 por día
Gastos varios hospitalarios (pacientes internados)	máximo \$1,000 por internación
Gastos varios hospitalarios (paciente ambulatorio)	\$250 por admisión
Atención de emergencia hospitalaria	máximo \$350 por lesión
Honorarios del médico (no quirúrgico)	límite máximo \$35 por visita, 10 visitas por lesión
Honorarios de cirujano (paciente internado o ambulatorio)	Permitido al 50% del monto usual, razonable y acostumbrado (UCR, por sus siglas en inglés)
Honorarios de cirujano asistente	Permitido al 25% del UCR del cirujano
Anestesiista	Permitido al 25% del UCR del cirujano
Gasto por terapia física o quiropráctica	máximo \$25 por visita, límite de 15 visitas por lesión
Radiografías (paciente ambulatorio o internado) incluidas imágenes diagnósticas, resonancia magnética, tomografía computarizada o procedimientos similares	máximo \$150 por lesión
Gasto de ambulancia	máximo \$150 por lesión
Aparatos ortopédicos o férulas necesarios como resultado de una lesión cubierta, NO para prevención de lesiones	máximo \$400 por lesión

## EXCLUSIONES

**Exclusiones generales** Las siguientes exclusiones se aplican a todos los Beneficios y Anexos aplicables, excepto que se establezca específicamente lo contrario.

1. Lesiones o Siniestros:
  - a. causados por un acto de guerra, declarada o no declarada, civil o internacional, o cualquier conflicto armado sustancial entre fuerzas organizadas de naturaleza militar (que no incluye actos de terrorismo);
  - b. causados mientras el Asegurado esté prestando servicio activo de tiempo completo (más de 31 días) en cualquiera de las Fuerzas Armadas;
  - c. causados por participar en una revuelta o disturbio violento;
  - d. que sean resultado de que Asegurado haya cometido o intentado cometer un delito, o haya realizado cualquier acto ilegal u ocupación ilegal, o cometido o provocado un acto ilegal;
  - e. que sean resultado de que el Asegurado haya estado bajo la influencia de cualquier droga, narcótico, sustancia tóxica o química (excepto que la haya recetado un Médico y se haya tomado de acuerdo con las instrucciones del Médico) de acuerdo a la definición de la ley de la jurisdicción en que sucedió la Lesión Accidental. No es necesaria la condena para determinar que se ha estado "bajo la influencia"; o
  - f. que se ha autoinfligido intencionalmente, incluido el suicidio o intento de suicidio, estando o no en su sano juicio.
2. Una Lesión o Siniestro resultante de un viaje o vuelo (incluidas las instancias de subir, bajar, entrar o salir) en cualquier aeronave con la excepción de que se haga como pasajero que paga un pasaje en una aeronave comercial, o como pasajero en una aeronave contratada como carácter por el Titular de Póliza, siempre y cuando dicha aeronave cuente con un certificado válido y vigente de aeronavegabilidad y sea operada por un piloto licenciado o certificado, y que dicha aeronave se esté utilizando para el exclusivo propósito de transporte y dicho viaje se identifique como Actividad Cubierta en el Programa de Beneficios.
3. Cualquier Accidente en que el Asegurado sea el operador y no posea una licencia vigente y válida de operador de vehículo motorizado (excepto en un Programa de Educación Vial).
4. Un Accidente que ocurra durante: (a) la participación en actividades peligrosas, incluidos deportes de moto de nieve, vehículos todo terreno o rodados similares, moto de agua, caída libre, buceo libre, aladeltismo, espeleología, puentismo ("bungee"), paracaidismo o escalada de montañas; (b) el viaje, conducción o prueba en un vehículo motorizado utilizado en una carrera o competencia de velocidad, deporte, trabajo de exhibición o prueba de conducción. Para los fines de esta estipulación, Vehículo Motorizado significa cualquier vehículo o medio de transporte autopropulsado, incluidos, entre otros, automóviles, camiones, motocicletas, vehículos todo terreno, carritos de golf, patinetes motorizados, cortadoras de césped, equipos pesados de excavación, embarcaciones y motos de agua. Vehículo Motorizado no incluye una silla de ruedas motorizada Necesaria por Razones Médicas, excepto que dicha actividad esté incluida específicamente como Actividad Cubierta en el Programa de Beneficios.
5. Tratamiento, diagnóstico o cuidado preventivo médico o quirúrgico por cualquier Enfermedad, excepto el tratamiento de infección piogénica resultante de una Lesión Accidental o una infección bacteriana resultante de la ingestión Accidental de sustancias contaminadas.
6. Cualquier Disfunción Cardíaca o Circulatoria, sea o no conocida o diagnosticada, excepto que de otra manera se cubra en virtud de la Póliza o excepto que la causa inmediata de dicha disfunción sea un traumatismo externo.

**Exclusiones adicionales para el Beneficio de Gastos Médicos por Accidente y cualquier Anexo aplicable.**

1. Gastos Incurridos por servicios o tratamientos prestados por un Médico, Enfermero u otro Proveedor que sea empleado o contratado por (a) el Titular de la Póliza, o sus subsidiarias o filiales; (b) el Asegurado o Miembro de la Familia del Asegurado.
2. Gastos Incurridos por cargos que el Asegurado no tendría que pagar si no tuviera seguro o por los que no se aplica cargo alguno.
3. Gastos Incurridos por cargos en exceso de Cargos Razonables.
4. Aquella parte de los gastos médicos pagaderos por cualquier Póliza de seguro del automóvil sin tener en cuenta la culpa.
5. Gastos Incurridos por cualquier tratamiento considerado experimental por la Asociación Médica Americana (American Medical Association, AMA) o la Asociación Odontológica Americana (American Dental Association, ADA).
6. Gastos Incurridos para examen, prescripción, compra o adaptación de lentes, lentes de contacto o audífonos, excepto que la Lesión haya afectado a la visión o audición, o que resulte necesario reemplazar lentes, lentes de contacto o audífonos preexistentes como resultado de una Lesión cubierta.
7. Gastos Incurridos por compra, reparación o reemplazo de dentaduras, puentes, implantes dentales, aparatos de ortodoncia u otros dispositivos odontológicos, coronas, fundas, incrustaciones intracoronarias o extracoronarias, obturaciones u otros tratamientos de dientes o encías, excepto para reparación o reemplazo como resultado de una Lesión hasta el monto Máximo Odontológico indicado en el Programa de Beneficios.
8. Gastos Incurridos por elementos de comodidad o practicidad personal, incluidos, entre otros, cargos telefónicos del hospital, alquileres de televisión o comidas para visitas.
9. Gastos Incurridos por o en conexión con Asistencia de Custodia, excepto que se especifique lo contrario en el Programa de Beneficios.
10. Gastos Incurridos por supervisión de un anestesista.
11. Gastos Incurridos por Equipos Médicos Duraderos en exceso del precio de compra.
12. Gastos Incurridos por reparaciones y reemplazos posteriores de dispositivos prostéticos y de férulas y aparatos ortopédicos.
13. Gastos Incurridos por cualquier afección cubierta por cualquier Ley de Indemnización por Accidentes para Trabajadores (Workers' Compensation Act), Ley de Enfermedad Ocupacional Occupational Disease law) u otra ley similar.

**NOTIFICACIÓN ESPECIAL:** Esta es solo una referencia muy general sobre la(s) cobertura(s) provistas por la(s) póliza(s) de seguro y no pretende describir todos los diversos detalles relacionados con la póliza de seguro. Las coberturas reales se describen en detalle en la póliza y siempre quedan sujetas a todos los términos, estipulaciones, condiciones y exclusiones contenidos en la misma. No debe basarse solo en este resumen general, sino que debe consultar el texto de la póliza propiamente dicha para obtener una descripción completa y detalles de la cobertura.