



18 de julio de 2023

PADRES O TUTORES DE ALUMNOS,

Asunto: Seguro para los estudiantes durante el año escolar 2023-2024

**Gwinnett County  
Board of Education**

**Dr. Tarece Johnson-Morgan**  
2023 Chairperson  
District V

**Steven B. Knudsen**  
2023 Vice Chair  
District II

**Karen Watkins**  
District I

**Dr. Mary Kay Murphy**  
District III

**Dr. Adrienne Simmons**  
District IV

**Dr. Calvin J. Watts**  
Superintendent

**The Mission of  
Gwinnett County  
Public Schools**

*is to pursue excellence  
in academic knowledge,  
skills, and behavior  
for each student,  
resulting in measured  
improvement against  
local, national, and  
world-class standards.*

437 Old Peachtree Road, NW  
Suwanee, GA 30024-2978  
678-301-6000  
[www.gcpsk12.org](http://www.gcpsk12.org)

It is the policy of Gwinnett County Public Schools  
not to discriminate on the basis of race, sex,  
religion, national origin, age, or disability in any  
employment practice, educational program,  
or any other program, activity, or service.



Gwinnett County Public Schools is a  
Learning 2025 Demonstration District.

Tenemos el gusto de proveerles información sobre el seguro de accidentes para estudiantes de la compañía *K&K Insurance*. Este plan de seguro económico puede ayudarles a cubrir los costos relacionados con lesiones accidentales de su estudiante.

Este plan de seguro no está intencionado para reemplazar la cobertura del seguro medico de su niño(a). Más bien, este seguro puede complementar cualquier póliza de seguros, proporcionando una cantidad específica de cobertura si su hijo(a) sufriera de una lesión en la escuela. (Para mejor protección, usted puede seleccionar el plan de "tiempo completo" el cual ofrece cobertura por accidente las 24 horas.)

**¿CUAL ES EL COSTO?:**

**DURANTE EL HORARIO ESCOLAR:**

\$ 18.00 Opción básica o \$26.00 Opción completa sin cobertura dental  
\$ 26.00 Opción básica o \$34.00 Opción completa con cobertura dental

**TIEMPO COMPLETO (24 HR):**

\$ 75.00 Opción básica o \$114.00 Opción completa sin cobertura dental  
\$ 83.00 Opción básica o \$122.00 Opción completa con cobertura dental

Para inscribirse, presentar un reclamo o para obtener más información sobre los planes, visite K & K Insurance en [www.studentinsurance-kk.com](http://www.studentinsurance-kk.com).

Si tiene alguna otra pregunta, comuníquese con Cheryl Norris, K&K Insurance, al 855-742-3135.

Atentamente,

Amanecer Jones

Subgerente

Gestión de riesgos

# Cobertura contra accidentes para estudiantes 2023-2024

Prestada por: **K&K Insurance Group, Inc.** Teléfono: 855-742-3135



**Recuerde visitar nuestro sitio web para una inscripción más rápida: [www.studentinsurance-kk.com](http://www.studentinsurance-kk.com)**  
**Inscripción en línea: La cobertura asegurada de accidentes puede adquirirse en cualquier momento del año.**

**COBERTURA SOLO ACCIDENTES:** La póliza ofrece beneficios por perjuicios causados por una lesión cubierta hasta un beneficio máximo de \$25,000 por lesión. Siempre que se inicie el tratamiento por parte de un médico titulado y con licencia para ejercer dentro de los 60 días siguientes a la fecha de la lesión, se pagarán beneficios por los gastos médicos cubiertos en los que se incurra durante las 52 semanas siguientes a la fecha de la lesión hasta el beneficio máximo por servicio, del modo que se indica a continuación.

**CONDICIONES PARTICULARES:** Beneficios máximos pagados según lo especificado a continuación.

| Compare y elija  | Solo accidentes con opción baja   | Solo accidentes con opción alta   |
|--|---|---|
| Beneficio máximo:  | \$25,000 (por lesión)   | \$25,000 (por lesión)   |
| Franquicia:  | \$0   | \$0   |
| <b>Servicios hospitalarios para pacientes internos</b>   |   |   |
| Gastos de alojamiento y comida:  | Hasta \$150 por día/<br>Tarifa de habitación semiprivada  | 80% de los gastos normales y habituales/<br>Tarifa de habitación semiprivada  |
| Gastos varios:   | Máximo de \$600 por día   | Máximo de \$1,200 por día   |
| Visitas médicas:<br>(Limitadas a una visita al día)  | \$40 el primer día/\$25 por día posteriormente  | \$60 el primer día/\$40 por día posteriormente  |
| <b>Centro médico ambulatorio</b>   | Máximo de \$1,000   | Máximo de \$1,200   |
| <b>Tratamiento en sala de urgencias:</b><br>(El tratamiento debe administrarse en las 72 horas siguientes al momento de la lesión)   | Máximo de \$150   | Máximo de \$300   |
| Cirugía<br>(*La asignación se calcula: 100% de los gastos normales y habituales correspondientes al primer procedimiento, 50% de los gastos normales y habituales correspondientes al segundo procedimiento y 25% de los gastos normales y habituales correspondientes a cada procedimiento adicional cuando se realice a través de diferentes incisiones/portales). | Máximo de \$1,000   | Máximo de \$1,200   |
| Cirujano asistente   | 100% de los gastos normales y habituales<br>(*La asignación se calcula: 20% del máximo quirúrgico para la cirugía realizada del modo indicado anteriormente).   | 100% de los gastos normales y habituales<br>(*La asignación se calcula: 25% del máximo quirúrgico para la cirugía realizada del modo indicado anteriormente).   |
| Anestesia y su administración  | 100% de los gastos normales y habituales<br>(*La asignación se calcula: 20% del máximo quirúrgico para la cirugía realizada del modo indicado anteriormente).   | 100% de los gastos normales y habituales<br>(*La asignación se calcula: 25% del máximo quirúrgico para la cirugía realizada del modo indicado anteriormente).   |
| <b>Ambulatorio</b>   |   |   |
| Visitas médicas ambulatorias:<br>(Limitadas a una visita al día)   | \$40 el primer día/\$25 por día posteriormente  | \$60 el primer día/\$40 por día posteriormente  |
| Radiografías ambulatorias:   | Máximo de \$200   | Máximo de \$600   |
| Servicios ambulatorios de diagnóstico por imágenes:  | Máximo de \$300   | Máximo de \$600   |
| Laboratorio ambulatorio:   | Máximo de \$50  | Máximo de \$300   |
| Fisioterapia ambulatoria:<br>(Limitada a una visita al día. Incluye acupuntura, microtermia, manipulación, diatermia, masaje, tratamiento térmico y tratamiento ultrasónico)   | \$30 el primer día/\$20 por día posteriormente/<br>5 días como máximo   | \$60 el primer día/\$40 por día posteriormente/<br>5 días como máximo   |
| <b>Servicios de ambulancia:</b><br>(Aéreo y terrestre)   | Máximo de \$300   | Máximo de \$800   |
| <b>Alquiler de equipos médicos:</b><br>(Incluye dispositivos ortopédicos)  | Máximo de \$75  | Máximo de \$140   |
| <b>Servicios dentales:</b>   | Máximo de \$10,000 por período de vigencia de la póliza si se adquiere una opción con ampliación de la cobertura dental. \$200 por diente si no se adquiere una opción con ampliación de la cobertura dental. | Máximo de \$10,000 por período de vigencia de la póliza si se adquiere una opción con ampliación de la cobertura dental. \$500 por diente si no se adquiere una opción con ampliación de la cobertura dental. |
| <b>Medicamentos recetados:</b>   | Máximo de \$75  | Máximo de \$200   |
| <b>Consultor:</b>  | Máximo de \$200   | Máximo de \$400   |
| <b>Cambio de anteojos, lentes de contacto o audífonos:</b>   | 100% de los gastos normales y habituales  | 100% de los gastos normales y habituales  |

## ESTA ES UNA PÓLIZA GENERAL SOLO ACCIDENTES.

La cobertura de seguro estadounidense se suscribe con AXIS Insurance Company conforme al modelo de póliza colectiva con número de serie BACC-001-0909, et al. La cobertura está sujeta a exclusiones y limitaciones, y podría no estar disponible en todos los estados y jurisdicciones de los Estados Unidos. La disponibilidad de los productos y las características de diseño de los planes, particularmente los requisitos de elegibilidad, las descripciones de los beneficios y las exclusiones o limitaciones pueden variar en función de las leyes locales de los países o de los estados estadounidenses. En la póliza figura la totalidad de los términos y condiciones de la cobertura, incluidas las fechas de entrada en vigencia de la cobertura, los beneficios, las limitaciones y las exclusiones.

La cantidad de beneficios proporcionados depende del plan seleccionado; la prima variará con la cantidad de beneficios seleccionados.

ESTE SEGURO NO SE COORDINA CON NINGÚN OTRO PLAN DE SEGURO. NO PROPORCIONA COBERTURA MÉDICA EN CASOS GRAVES NI COBERTURA INTEGRAL Y NO HA SIDO DISEÑADO PARA SUSTITUIR UN SEGURO MÉDICO EN CASOS GRAVES. ADEMÁS, ESTE SEGURO NO CONSTITUYE BENEFICIOS ESENCIALES MÍNIMOS SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LA LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y ATENCIÓN MÉDICA ASEQUIBLE.

## Elija su plan de cobertura:

Pago único por la cobertura contra accidentes

### TENGA EN CUENTA PARA LOS PLANES DE COBERTURA QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN

**Fecha de entrada en vigencia de la cobertura:** La cobertura de una persona entra en vigencia en la fecha en la que la compañía reciba su formulario cumplimentado de inscripción en la cobertura contra accidentes para estudiantes y la prima, o en la fecha de entrada en vigencia de la póliza emitida a favor de su centro o distrito escolar, lo que ocurra en último término.

**Fecha de terminación de la cobertura:** La cobertura finaliza en la fecha en que su cobertura cumpla doce meses de vigencia o en el primer día del curso escolar siguiente, lo que ocurra en primer término. Toda la cobertura cesará si el tomador cancela la póliza o cuando la persona deje de ser una persona elegible de acuerdo con la definición que aparece más adelante. La terminación por cualquier motivo de la cobertura no afectará a un siniestro que se produzca con anterioridad a la finalización de la cobertura.

|   | Con ampliación de la cobertura dental |          | Sin ampliación de la cobertura dental |          |
|---|---------------------------------------|----------|---------------------------------------|----------|
| <b>Accidente 24 horas</b><br>Las 24 horas. Antes, durante y después de la escuela. Fines de semana, vacaciones y todo el verano, incluidas escuelas de verano. Deportes escolares y extraescolares, excepto fútbol americano de la escuela secundaria.  | Opción baja                           | \$83.00  | Opción baja                           | \$75.00  |
|   | Opción alta                           | \$122.00 | Opción alta                           | \$114.00 |
| <b>Accidente 24 horas (Cobertura solo verano)</b><br>El verano comienza al día siguiente de terminar el curso escolar.<br>El verano finaliza el primer día del curso escolar siguiente.   | Opción baja                           | \$27.00  | Opción baja                           | \$19.00  |
|   | Opción alta                           | \$38.00  | Opción alta                           | \$30.00  |
| <b>Accidente escolar</b><br>Durante el período escolar normal, en las instalaciones del centro escolar durante las horas escolares. Desplazamientos directos e ininterrumpidos de ida y vuelta entre casa y clases programadas. Actividades y deportes escolares y de supervisión escolar, excepto fútbol americano de la escuela secundaria. Desplazamientos de ida y vuelta entre actividades y deportes escolares y de supervisión escolar mientras se encuentre en un vehículo facilitado o aprobado por el centro escolar. | Opción baja                           | \$26.00  | Opción baja                           | \$18.00  |
|   | Opción alta                           | \$34.00  | Opción alta                           | \$26.00  |
| <b>Ampliación de la cobertura dental (Solo accidentes)</b><br>Cobertura complementaria ampliada a estudiantes con cobertura escolar, 24 horas o de fútbol americano. Limitada a las fechas de entrada en vigencia de la póliza de la persona cubierta y a la opción de cobertura solo accidentes seleccionada. Sustituye la cobertura dental estándar con una cobertura del 80% de los gastos razonables hasta un límite máximo de \$10,000 por período de vigencia de la póliza.   |                                       |          |                                       |          |
| <b>Fútbol americano de la escuela secundaria</b><br>Jugar o practicar fútbol americano periódicamente programado.   | Opción baja                           | \$136.00 | Opción baja                           | \$128.00 |
|   | Opción alta                           | \$208.00 | Opción alta                           | \$200.00 |
| <b>Fútbol americano de la escuela secundaria (Solo primavera)</b><br>Para nuevos jugadores que participen en el entrenamiento de primavera y que no estén ya asegurados bajo la cobertura de fútbol americano. Las temporadas deportivas son definidas por la asociación de atletismo de escuelas secundarias de su estado.   | Opción baja                           | \$58.00  | Opción baja                           | \$50.00  |
|   | Opción alta                           | \$88.00  | Opción alta                           | \$80.00  |

## Acerca de su cobertura

- PERSONAS ELEGIBLES: Los estudiantes del tomador que se inscriban y realicen la contribución requerida a la prima correspondiente a la cobertura seleccionada son personas elegibles de la póliza. Dependiendo de la cobertura seleccionada, la cobertura puede continuar después de la graduación y entre cursos escolares, a menos que la persona se inscriba en un distrito escolar diferente.
- La póliza maestra está registrada en el distrito escolar y es una póliza no renovable. La cobertura estudiantil seleccionada no es renovable y el estudiante necesita volver a inscribirse en cada curso escolar.
- Esta es una póliza de beneficios limitados.
- FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA COBERTURA: El seguro entra en vigencia para un estudiante que se inscriba y realice la contribución requerida a la prima en la última de las siguientes fechas:
  - la fecha de entrada en vigencia de la póliza;
  - la fecha en que la Compañía reciba el formulario de inscripción cumplimentado del estudiante y el pago requerido de la prima. En ningún caso el seguro para la persona elegible entrará en vigencia antes de la fecha de entrada en vigencia de la póliza.
- FECHA DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA: La cobertura finalizará en la primera de las siguientes fechas: cuando la persona deje de ser una persona elegible; cuando finalice el período de vigencia de 1 año de la cobertura; o en la fecha en la que finalice la póliza del centro escolar. Toda la cobertura cesará si el tomador cancela la póliza o cuando la persona deje de ser una persona elegible. La terminación por cualquier motivo de la cobertura no afectará a un siniestro por un accidente cubierto que se produzca con anterioridad a la fecha de terminación.
- INSCRIPCIÓN TARDÍA: La cobertura se puede adquirir en cualquier momento durante el curso escolar. No existe reducción de la prima para ninguna persona que se inscriba de manera tardía durante el curso.
- CANCELACIÓN: Su cobertura de la póliza no se cancelará y, por tanto, no se podrán reembolsar las primas, tras la aceptación de la Compañía.

## Inscríbase en línea en:

**[www.StudentInsurance-kk.com](http://www.StudentInsurance-kk.com)**

### o a través de correo utilizando el formulario de inscripción adjunto.

- Complete y despegue el formulario de inscripción.
- Extienda un cheque o giro postal pagadero a Axis Insurance Company. No envíe dinero en efectivo. La Compañía no se hace responsable por pagos en efectivo.
- Escriba el nombre de su hijo/a en su cheque o giro postal.
- Remita de vuelta con el pago este formulario de inscripción a:  
**K&K Insurance Group,  
P.O. Box 2338  
Fort Wayne, IN 46801-2338**
- Su cheque cobrado, factura de tarjeta de crédito o talón de giro postal serán su comprobante y confirmación de pago.
- Guarde este folleto para consultas futuras. No se le enviarán pólizas individuales.

## Política de privacidad

Sabemos que su privacidad es importante para usted y nos esforzamos por proteger la confidencialidad de su información personal no pública. No comunicamos a nadie información personal no pública sobre nuestros clientes o exclientes, excepto en la medida en que lo permita o lo exija la ley. Consideramos que contamos con las garantías físicas, electrónicas y procedimentales apropiadas para garantizar la seguridad de su información personal no pública.

## Administrado por:

K&K Insurance Group, P.O. Box 2338,  
Fort Wayne, IN 46801-2338

Recorte la tarjeta y guárdela como referencia

### TARJETA DE SEGURO DE ESTUDIANTE

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

*Si se ha pagado una prima, el estudiante cuyo nombre figura arriba ha sido asegurado a través de una póliza emitida a favor de:*

Distrito escolar: \_\_\_\_\_

Cobertura solo accidentes:  24 HORAS  24 HORAS (cobertura solo verano)

ESCOLAR  FÚTBOL AMERICANO  FÚTBOL AMERICANO (solo primavera)

AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA DENTAL

Pagada mediante cheque n.º \_\_\_\_\_ Monto pagado: \_\_\_\_\_ Fecha de pago: \_\_\_\_\_

N.º de póliza \_\_\_\_\_

Suscrita por: AXIS Insurance Company

Preguntas en relación a siniestros: K&K Insurance Group, Inc.

1712 Magnavox Way • Fort Wayne, IN 46801 • 800-237-2917

## EXCLUSIONES COMUNES

Además de los beneficios o exclusiones que sean específicos de la cobertura, no se pagarán beneficios por perjuicios que se deriven directa o indirectamente, en su totalidad o en parte, de cualquiera de los siguientes sucesos, salvo cuando se ofrezca cobertura expresamente por su nombre en la sección de Descripción de beneficios o en la sección de Condiciones de la cobertura:

1. lesión autoinfligida de manera intencional, suicidio o cualquier intento de hacerlo en su sano juicio o no;
2. comisión o intento de cometer un delito o una agresión;
3. comisión de un disturbio o insurrección, o participación activa en estos;
4. guerra o acto de guerra, declarada o no, o cualquier acto de guerra, declarado o no, a menos que esta póliza lo estipule específicamente;
5. vuelo, embarque o desembarque desde una aeronave, excepto como pasajero en una aerolínea comercial de programación regular;
6. viajes en una aeronave propiedad del tomador o de una de sus subsidiarias o afiliadas, o alquilada, operada o controlada por cualquiera de ellos. Se considerará que una aeronave está "controlada" por el tomador si se puede utilizar la aeronave del modo que desee el tomador durante más de 10 días consecutivos o durante más de 15 días a lo largo de un año;
7. enfermedad, dolencia, debilidad corporal o mental, infección bacteriana o viral, o su tratamiento médico o quirúrgico (incluida la exposición, accidental o no, a agentes virales, bacterianos o químicos), independientemente de si el perjuicio fue consecuencia directa o indirecta del tratamiento; excepto infecciones bacterianas causadas por un corte o herida externos accidentales o por la ingesta accidental de alimentos contaminados;
8. ingesta voluntaria de cualquier narcótico, droga, veneno, gases o humos, a menos que sean recetados o tomados según las indicaciones de un médico y de conformidad con la dosis recetada;
9. lesiones compensables conforme a la Ley de Indemnización Laboral u otra ley similar;
10. conducción de cualquier tipo de vehículo o transporte bajo la influencia de alcohol o drogas, narcóticos u otro estupefaciente, incluidos medicamentos recetados para los que la persona asegurada ha recibido una advertencia escrita sobre la imposibilidad de conducir un vehículo o transporte mientras los toma. A los fines de esta exclusión, bajo la influencia de alcohol significa estar embriagado, según lo definen las leyes para vehículos motorizados del estado en el que ocurrió el perjuicio cubierto;
11. ebriedad de la persona asegurada. Se considerará de manera concluyente que la persona asegurada está ebria si el nivel en sangre excede la cantidad a la que se supone que una persona, conforme a las leyes de la localidad en la que ocurrió el accidente, está bajo la influencia de alcohol si conduce un vehículo motorizado, independientemente de si de hecho estaba conduciendo un vehículo motorizado, cuando se produce la lesión. El informe de una autopsia de un médico forense con licencia, el informe de un agente de policía o similar se considerará prueba de la ebriedad de la persona asegurada;
12. un accidente cuando la persona asegurada sea el conductor de un vehículo motorizado y no posea una licencia válida para conducir un vehículo motorizado, a menos que: (a) la persona asegurada sea titular de un permiso de aprendizaje válido y (b) la persona asegurada reciba instrucciones de un instructor de educación vial;
13. empeoramiento, durante una actividad cubierta, de una lesión que sufrió la persona asegurada antes de participar en esa actividad cubierta, a menos que la compañía reciba una autorización médica por escrito del médico de la persona asegurada;
14. participación en actividades peligrosas, como los deportes de motos de nieve, todoterrenos (todoterrenos o vehículos con ruedas de un tipo similar), embarcaciones personales, caída libre, submarinismo, buceo a pulmón, ala delta, espeleología, *bungee jumping*, paracaidismo o escalada de montaña;
15. tratamiento médico o quirúrgico, procedimiento de diagnóstico, administración de anestesia, o percauce o negligencia médica, incluida mala praxis, a menos que se produzca durante el tratamiento de una lesión cubierta;
16. no se pagarán beneficios por servicios o tratamientos proporcionados por cualquier persona que:
  - a. sea empleada o contratada por el tomador;
  - b. viva en la casa de la persona asegurada;
  - c. sea un familiar directo, incluida la pareja de hecho, de la persona asegurada o del cónyuge de la persona asegurada; o que
  - d. sea la persona asegurada.

## GASTOS EXCLUIDOS

Los siguientes gastos no se considerarán gastos necesarios por razones médicas cubiertos a menos que se ofrezca cobertura expresamente:

1. cirugía estética, excepto cirugía reconstructiva necesaria como consecuencia de una lesión cubierta;
2. tratamientos, cirugías, tratamientos sanitarios o exámenes, de carácter electivo o rutinario, incluidos servicios, tratamientos o suministros, que: (a) sean considerados experimentales o de investigación por parte de la Compañía; y que (b) no se reconozcan y acepten de manera general como práctica médica en los Estados Unidos;
3. examen o prescripción médica, o compra, reparación o reemplazo, de sillas de ruedas, aparatos ortopédicos o dispositivos ortopédicos;
4. tratamiento en un establecimiento de cualquier Administración de Veteranos, federal o estatal, a menos que exista una obligación legal de pago;
5. servicios o tratamientos proporcionados por personas que normalmente no cobran por sus servicios, a menos que exista una obligación legal de pago;
6. reparación o reemplazo de extremidades, ojos o laringe artificiales;
7. tratamiento de una lesión causada por una afección que la persona asegurada sabía que existía en la fecha de un accidente cubierto, a menos que la Compañía hubiera recibido del médico de dicha persona un alta médica por escrito.

## DEFINICIONES PARA SOLO ACCIDENTES:

**Lesión cubierta** significa una lesión corporal accidental:

1. que sufra una persona asegurada como resultado directo de un accidente cubierto involuntario y no previsto que sea en la parte externa del cuerpo y que se produzca mientras esté vigente la cobertura de la póliza de la persona lesionada;
2. que se derive directa e independientemente de todas las demás causas de un accidente cubierto; y
3. que se produzca durante la participación de dicha persona en una actividad cubierta. La lesión cubierta deberá ser causada por medios accidentales. Se considerará una única lesión la totalidad de las lesiones sufridas por una persona asegurada en cualquier accidente cubierto, incluidas las afecciones relacionadas y los síntomas recurrentes de estas lesiones.

**Accidente o accidental** significa un suceso precipitado, imprevisto, específico y repentino que ocurre por azar en un momento y lugar identificables mientras la persona asegurada está cubierta por esta póliza.

**Gastos cubiertos** significa los gastos en los que efectivamente incurra una persona asegurada, o se incurra en su nombre, por el tratamiento, los servicios y los suministros cubiertos por esta póliza. Se considerará que se ha incurrido en un gasto cubierto en la fecha en que se proporcionó u obtuvo el tratamiento, el servicio o el suministro que haya dado lugar al gasto o al cargo.

**Necesarios por razones médicas** significa servicios médicos que:

1. sean esenciales para el diagnóstico, tratamiento o cuidado de la lesión cubierta para el que se prescriban o practiquen;
2. cumplan con los estándares generalmente aceptados de la práctica médica; y
3. sean ordenados por un médico y practicados bajo su atención, supervisión o dirección.

## BENEFICIOS POR MUERTE O MUTILACIÓN ACCIDENTAL:

El perjuicio cubierto deberá producirse dentro de los 365 días posteriores al accidente cubierto. No se pagará más que el límite total de \$500,000 por todos los perjuicios cubiertos, accidentes cubiertos y lesiones cubiertas que sufran todas las personas aseguradas como resultado de cualquier accidente cubierto que se produzca, conforme a cualquiera de las condiciones de la cobertura. Este límite total solo se pagará una vez. En caso de que resulte aplicable más de una condición de la cobertura, pagaremos el mayor de los montos. Si este monto no permite que se paguen a todas las personas aseguradas los montos indicados por esta póliza, el monto a pagar será la parte proporcional del perjuicio de la persona asegurada con respecto al total de todos los perjuicios, multiplicada por el límite total.

| SINIESTRO CUBIERTO                                    | MONTO DEL BENEFICIO |
|---|---------------------|
| Muerte  | \$10,000            |
| Pérdida de dos o más manos o pies                     | \$10,000            |
| Pérdida de la vista en ambos ojos                     | \$10,000            |
| Pérdida de habla y audición (en ambos oídos)          | \$10,000            |
| Pérdida de una mano o pie y de vista en un ojo        | \$10,000            |
| Pérdida de una mano o pie                             | \$5,000             |
| Pérdida de vista en un ojo                            | \$5,000             |
| Pérdida de habla                                      | \$5,000             |
| Pérdida de audición (en ambos oídos)                  | \$5,000             |
| Pérdida de audición en un oído                        | \$2,500             |
| Pérdida de los dedos pulgar e índice de la misma mano | \$2,500             |
| Congelación y desaparición                            | Incluido            |

Inscríbese en línea para recibir un servicio más rápido en [www.StudentInsurance-kk.com](http://www.StudentInsurance-kk.com)

o complete y envíe este formulario por correo postal

## Formulario de inscripción en la cobertura contra accidentes para estudiantes (año lectivo 2023-2024)

Apellido del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Segundo nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre del distrito escolar (obligatorio): \_\_\_\_\_

Nombre del centro escolar: \_\_\_\_\_

Nivel de escolarización:  Pre-kinder  Kinder/Escuela primaria  Escuela intermedia  Escuela secundaria/superior

Firma del progenitor o tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Dirección de e-mail: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### Opciones de planes de seguro para estudiantes — Marque su selección:

| Planes de cobertura solo accidentes                                  | Opción baja                       | Opción alta                       |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 24 HORAS con ampliación de la cobertura dental                       | <input type="checkbox"/> \$83.00  | <input type="checkbox"/> \$122.00 |
| 24 HORAS sin ampliación de la cobertura dental                       | <input type="checkbox"/> \$75.00  | <input type="checkbox"/> \$114.00 |
| 24 HORAS con ampliación de la cobertura dental solo verano           | <input type="checkbox"/> \$27.00  | <input type="checkbox"/> \$38.00  |
| 24 HORAS sin ampliación de la cobertura dental solo verano           | <input type="checkbox"/> \$19.00  | <input type="checkbox"/> \$30.00  |
| ESCOLAR con ampliación de la cobertura dental                        | <input type="checkbox"/> \$26.00  | <input type="checkbox"/> \$34.00  |
| ESCOLAR sin ampliación de la cobertura dental                        | <input type="checkbox"/> \$18.00  | <input type="checkbox"/> \$26.00  |
| Cobertura para FÚTBOL AMERICANO DE LA ESCUELA SECUNDARIA             |                                   |                                   |
| con ampliación de la cobertura dental                                | <input type="checkbox"/> \$136.00 | <input type="checkbox"/> \$208.00 |
| sin ampliación de la cobertura dental                                | <input type="checkbox"/> \$128.00 | <input type="checkbox"/> \$200.00 |
| *Para nuevos jugadores   |                                   |                                   |
| *Fútbol americano en primavera con ampliación de la cobertura dental | <input type="checkbox"/> \$58.00  | <input type="checkbox"/> \$88.00  |
| *Fútbol americano en primavera sin ampliación de la cobertura dental | <input type="checkbox"/> \$50.00  | <input type="checkbox"/> \$80.00  |

DISCLOSURE - THE ATTACHED ENGLISH LANGUAGE VERSION OF THIS DOCUMENT IS THE OFFICIAL VERSION AND CONTROLS IN THE EVENT OF A DISPUTE OR COMPLAINT. THE SPANISH VERSION IS PROVIDED FOR INFORMATIONAL PURPOSES ONLY.

AVISO - LA VERSIÓN EN INGLÉS QUE SE ADJUNTA CON ESTE DOCUMENTO ES LA VERSIÓN OFICIAL Y PREVALECE EN CASO DE CONFLICTO O RECLAMACIÓN. LA VERSIÓN EN ESPAÑOL SE PROPORCIONA CON FINES EXCLUSIVAMENTE INFORMATIVOS.

Adjunte el cheque por el importe total a pagar a nombre de: **AXIS INSURANCE COMPANY**. Se aceptan cheques, giros postales o tarjetas de crédito. **NO ENVÍE DINERO EN EFECTIVO**

MONTO TOTAL ENVIADO: \$ \_\_\_\_\_

**Consulte en la página siguiente el Aviso importante - Advertencia de fraude.**

Remita de vuelta con el pago este formulario cumplimentado a: **K&K Insurance Group, P.O. Box 2338, Fort Wayne, IN 46801-2338**

#### Cumplimente esta sección solo si desea pagar con tarjeta de crédito

Nombre completo tal como aparezca en la tarjeta

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección de facturación (si fuera distinta de la anterior)

N.º de calle \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ N.º de apto. \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de tarjeta:                      Fecha de caducidad: Mes:   Año:

Firma del titular de la tarjeta: \_\_\_\_\_

La Compañía no emite reembolsos ni se hace responsable por pagos en efectivo. (El rechazo del cheque o de la tarjeta de crédito por parte del banco por cualquier motivo invalidará el seguro).

# **AVISO IMPORTANTE - ADVERTENCIA DE FRAUDE**

- **En general, y de manera específica para los residentes de Arkansas, Illinois, Louisiana, Rhode Island y Virginia Occidental:** Toda persona que intencionadamente presente un reclamo falso o fraudulento exigiendo el pago de un perjuicio o beneficio o que intencionadamente presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y encarcelamiento en prisión.
- **Para residentes de Alabama:** Toda persona que intencionadamente presente un reclamo falso o fraudulento exigiendo el pago de un perjuicio o beneficio o que intencionadamente presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y podrá estar sujeta a indemnizaciones, multas y encarcelamiento en prisión, o a cualquier combinación de las penalidades anteriores.
- **Para residentes de California:** Para su protección, las leyes de California exigen que se incluya lo siguiente en este formulario. Toda persona que intencionadamente presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura de un seguro o presentar un reclamo para el pago de un siniestro es culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.
- **Para residentes de Colorado:** Es ilegal proporcionar intencionadamente información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el fin de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, negación de seguro e indemnización por daños y perjuicios de responsabilidad civil. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que intencionadamente proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos a un tomador o reclamante con el fin de defraudar o intentar defraudar al tomador o reclamante con respecto a una liquidación o fallo a pagar con cargo al producto del seguro será denunciado ante la división de seguros de Colorado, dentro del departamento de agencias reguladoras.
- **Para residentes del Distrito de Columbia:** ADVERTENCIA: Constituye delito proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el fin de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento o multas. Además, una aseguradora podrá denegar beneficios de seguro si el solicitante proporcionó información falsa estrechamente relacionada con un siniestro.
- **Para residentes de Florida:** Toda persona que intencionadamente, y buscando perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una notificación de siniestro o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave de tercer grado.
- **Para residentes de Kentucky:** Toda persona que intencionadamente, y buscando defraudar a cualquier compañía de seguros, presente una solicitud de seguro que contenga información esencialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información relacionada con cualquier hecho importante relacionado incurrirá en un acto fraudulento en contra del seguro, constitutivo de delito.
- **Para residentes de Maine, Tennessee y Washington:** Constituye delito proporcionar intencionadamente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y negación de beneficios del seguro.
- **Para residentes de Maryland:** Toda persona que intencionada o dolosamente presente un reclamo falso o fraudulento exigiendo el pago de un perjuicio o beneficio, o que intencionada o dolosamente presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y encarcelamiento en prisión.
- **Para residentes de New Hampshire:** Toda persona que, con el propósito de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una notificación de siniestro que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a enjuiciamiento y castigo por fraude contra el seguro, según lo dispuesto en RSA 638:20.
- **Para residentes de New Jersey:** Toda persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud de una póliza de seguro estará sujeta a sanciones penales y civiles.
- **Para residentes de Nuevo México:** TODA PERSONA QUE INTENCIONADAMENTE PRESENTE UN RECLAMO FALSO O FRAUDULENTO EXIGIENDO EL PAGO DE UN PERJUICIO O BENEFICIO, O QUE INTENCIONADAMENTE PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO SERÁ CULPABLE DE UN DELITO Y PODRÁ ESTAR SUJETA A MULTAS CIVILES Y SANCIONES PENALES.
- **Para residentes de Nueva York:** Toda persona que intencionadamente, y buscando defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una notificación de siniestro que contenga información esencialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información relacionada con cualquier hecho importante relacionado incurrirá en un acto fraudulento en contra del seguro, constitutivo de delito, y también estará sujeta a una sanción civil que no superará los cinco mil dólares y el valor declarado del siniestro por cada uno de los ilícitos.
- **Para residentes de Ohio:** Toda persona que, buscando defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una notificación de siniestro que contenga una declaración falsa o engañosa será culpable de fraude contra el seguro.
- **Para residentes de Oklahoma:** ADVERTENCIA: Toda persona que intencionadamente, y buscando perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una notificación de siniestro reclamando el producto de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave.
- **Para residentes de Oregón:** Toda persona que intencionada y dolosamente presente un reclamo falso o fraudulento exigiendo el pago de un perjuicio o beneficio, o que intencionada o dolosamente presente información falsa en una solicitud de seguro podrá ser culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y encarcelamiento en prisión.
- **Para residentes de Pennsylvania:** Toda persona que intencionadamente, y buscando defraudar a cualquier compañía de seguros, presente una solicitud de seguro o notificación de siniestro que contenga información esencialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información relacionada con cualquier hecho importante relacionado incurrirá en un acto fraudulento en contra del seguro, constitutivo de delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles.
- **Para residentes de Texas:** Toda persona que intencionadamente presente un reclamo falso o fraudulento exigiendo el pago de un perjuicio será culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.
- **Para residentes de Virginia:** Toda persona que, buscando defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una declaración falsa o engañosa podrá haber incurrido en una violación de la ley del estado.