



INSTRUCTIONS FOR SCHOOLS

2019 – 2020

Voluntary Accident Insurance (Excess Coverage)

Effective Date: July 1, 2019 or immediately upon payment if enrollment completed after 7/1/19.

Enrollment: All students are eligible to enroll. *No enrollment forms or lists of names are required!*

Insurance Information for Parents:

In order to provide the benefit information and claims process to parents, we suggest that you:

- Post on your school web-site:
 - Enrollment Instructions: On-Line Flier
 - Voluntary Insurance Brochure (English and Spanish)
 - Contact List
- You are welcome to distribute these documents to parents via email or print paper copies.

****Remember to provide the letter to athletes in each sport throughout the school year!***

Encourage your athletes to purchase additional insurance from your school's Voluntary Student Insurance Program.

The combination of primary insurance and the athletic insurance will provide much better benefits than the primary plan alone. Parents may enroll online at

www.studentinsurance-kk.com.

****IMPORTANT NOTE ABOUT INSURANCE BENEFITS****

Please be sure parents and athletes understand the benefits and limitations of the Athletic Insurance.

Do NOT state or imply that the insurance will pay all medical expenses or all expenses left from other insurance. This is rarely the case!!

School insurance plans are designed to offer basic coverage at a very low premium. Although some claims will be covered completely, most will require payment from the parents as well.

When discussing an injury, we suggest you explain to students and parents:

"The School cannot determine if a claim is payable. You must submit a claim form and all necessary documents (Primary Insurance EOB, CMS-1500 Form and/or UB-04 Form) to the Claims Department to determine what benefits may be applicable."

Claims Questions & Status: Call K&K Claims Customer Service 1.800.237.2917

General Questions: Call Gail Gray with McGriff Insurance Services at 800-476-4339 ext.1345

K-12 Student Accident Insurance **Enroll Online**



www.studentinsurance-kk.com

Worried about paying for your child's medical care if an accident should happen? K&K's student accident insurance can help.

K-12 Accident Plans available through your school:

- *At-School Accident Only*
- *24-Hour Accident Only*
- *Extended Dental*
- *Football*

How to Enroll Online

Enrolling online is easy and should take only a few minutes. Go to **www.studentinsurance-kk.com** and click the **"Enroll Now"** button.

1. Start by telling us the name of the school district and state where your child attends school.
2. We'll request each student's name and grade level.
3. You'll see the available plans and their rates. Select your coverage and continue to the next step.
4. We'll request information about you, like your name and email address.
5. Next, you'll enter information about the child or children to be covered.
6. Enter your credit card or eCheck payment information.
7. Finally, print out a copy of the confirmation for your records.

For further details of the coverage including costs, benefits, exclusions, any reductions or limitations and the terms under which the policy may be continued in force, please refer to **www.studentinsurance-kk.com**. Student is able to purchase the coverage only if his/her school district is a policyholder with the insurance company.

¿Le preocupa tener que pagar la atención médica de su hijo si ocurre un accidente? El seguro contra accidentes para estudiantes de K&K puede ayudarlo.

Planes de cobertura en caso de accidente para K-12 disponibles a través de su escuela:

- *Sólo accidentes en la escuela*
- *Sólo accidentes, 24 horas*
- *Dental extendido*
- *Fútbol*

Cómo inscribirse en línea

Inscribirse en línea es fácil y sólo le tomará unos pocos minutos. Visite **www.studentinsurance-kk.com** y haga clic en el botón **"Enroll Now"** ("Inscribirse ahora").

1. Comience por decirnos el nombre del distrito escolar y el estado en el que su hijo(a) va a la escuela.
2. Solicitaremos el nombre y el grado de cada uno de los estudiantes.
3. Verá los planes disponibles y sus tarifas. Seleccione su cobertura y continúe con el siguiente paso.
4. Le solicitaremos información sobre usted, como su nombre y dirección de correo electrónico.
5. Después, ingresará la información acerca del niño o niños que recibirá(n) cobertura.
6. Ingrese la información de pago de su tarjeta de crédito o eCheck.
7. Finalmente, imprima una copia de la confirmación para sus registros.

Para obtener más detalles sobre la cobertura, incluidos costos, beneficios, exclusiones y reducciones o limitaciones y los términos en virtud de los cuales esta póliza podría continuar en vigencia, consulte **www.studentinsurance-kk.com**. Los estudiantes pueden comprar la cobertura únicamente si su distrito escolar es titular de una póliza con la compañía de seguros.



2019-2020 Student Accident Coverage (NC)

Serviced by: **McGriff Insurance Services** Phone: 800-476-4339 ext.1345 Fax: 888-751-3014



Remember to visit our website for faster enrollment: www.studentinsurance-kk.com
Online Enrollment—Secured Accident Coverage can be purchased any time throughout the year.

ACCIDENT ONLY COVERAGE: The Policy provides benefits for loss due to a covered Injury up to the Maximum Benefit of \$25,000 for each Injury. Provided that treatment by a qualified, licensed Physician begins within 60 days from the date of Injury, benefits will be paid for Covered Medical Expenses incurred within 52 weeks from the date of Injury up to the Maximum Benefit per service as shown below.

SCHEDULE OF BENEFITS: *Maximum Benefits Paid As Specified Below. Medically Necessary and Reasonable Charges are based on the 75th percentile.*

Compare and Choose	Low Option Accident Only	Middle Option Accident Only	High Option Accident Only
Maximum Benefit:	\$25,000 (For Each Injury)	\$25,000 (For Each Injury)	\$25,000 (For Each Injury)
Deductible:	\$0	\$0	\$0
Inpatient			
Room & Board:	\$150 per day/Semi-private room rate	\$200 per day/Semi-private room rate	80% of Reasonable Charges/ Semi-private room rate
Hospital Miscellaneous:	\$500 per day	\$1,000 per day	80% of Reasonable Charges
Registered Nurse:	75% of Reasonable Charges	80% of Reasonable Charges	80% of Reasonable Charges
Physician's Visits: (Benefits are limited to one visit per day and do not apply when related to surgery)	\$30 first day/\$25 each subsequent day	\$50 first day/\$30 each subsequent day	80% of Reasonable Charges
Outpatient			
Day Surgery Miscellaneous:	\$750 maximum	\$1,000 maximum	80% of Reasonable Charges/ up to \$5,000 maximum
Physician's Visits: (Benefits are limited to one visit per day and do not apply when related to surgery or physiotherapy)	\$30 first day/\$25 each subsequent day	\$50 first day/\$30 each subsequent day	80% of Reasonable Charges/ \$50 per day maximum
Outpatient Physical Therapy: (Benefits are limited to one visit per day)	\$30 first day/\$20 each subsequent day/5 days maximum	\$40 first day/\$30 each subsequent day/5 days maximum	80% of Reasonable Charges \$50 per day/15 days maximum
Emergency Room Services: (Treatment must be rendered within 72 hours from the time of the injury)	\$150 maximum	\$250 maximum	80% of Reasonable Charges
X-Rays:	\$200 maximum	\$400 maximum	80% of Reasonable Charges
Diagnostic Imaging Services:	\$200 maximum	\$400 maximum	80% of Reasonable Charges/ up to \$1,200 maximum
Laboratory:	\$50 maximum	\$150 maximum	80% of Reasonable Charges/ up to \$600 maximum
Prescription Drugs:	\$50 maximum	\$100 maximum	80% of Reasonable Charges
Injections:	No Benefits	No Benefits	No Benefits
Orthopedic Braces & Appliances:	\$75 maximum	\$100 maximum	80% of Reasonable Charges
Inpatient and/or Outpatient			
Surgery Fees: (Limited to primary procedure per injury)	\$750 maximum	\$1,000 maximum	80% of Reasonable Charges/ up to \$5,000 maximum
Anesthetist:	20% of Surgery Allowance	25% of Surgery Allowance	30% of Surgery Allowance
Assistant Surgeon:	20% of Surgery Allowance	25% of Surgery Allowance	30% of Surgery Allowance
Ambulance:	\$200 maximum	\$500 maximum	80% of Reasonable Charges
Consultant:	\$200 maximum	\$400 maximum	80% of Reasonable Charges
Dental: (For Injury to sound, natural teeth only)	\$100 per tooth	\$300 per tooth	80% of Reasonable Charges
Replacement of Eye Glasses, Contact Lenses or Hearing Aids that are broken as a result of a Covered Injury:	100% of Reasonable Charges	100% of Reasonable Charges	100% of Reasonable Charges
Maternity:	No Benefits	No Benefits	No Benefits
Complication of Pregnancy:	No Benefits	No Benefits	No Benefits

Expenses for the following are not covered: Prosthetic Devices, Mental and Nervous Disorders, Home Health Care, Injections.

Benefits are provided as mandated by the state of North Carolina. Details of these benefits may be found in the Master Policy on file at the School District. **NOTE:** This is a brief summary of the benefits and not a contract. A Master Policy has been provided to your school district that contains all of the provisions, limitations and exclusions and qualifications of the insurance benefits. The Master policy is the contract and will govern and control the payment of benefits.

Choose Your Coverage Plan: *One-Time Payment For Accident Coverage*

PLEASE NOTE - FOR COVERAGE PLANS LISTED BELOW (Except Summer Only Coverage)

Coverage Effective Date: A person's coverage takes effect at the later of the date his or her completed application and premium is received by the company or the effective date of the policy issued to his or her school or school district.

Coverage Termination Date: Coverage ends on the earlier of the date his or her coverage has been in force for twelve months or the first day of the next school year. All coverage ceases if the policyholder cancels the policy or when the person ceases to be eligible. Termination of coverage for any reason will not affect a claim which occurs before coverage ends.

SUMMER ONLY COVERAGE

Coverage Effective Date: A person's coverage takes effect at the later of the date his or her completed application and premium is received by the company or first day after school year ends.

Coverage Termination Date: The first day of the next school year. All coverage ceases if the policyholder cancels the policy or when the person ceases to be eligible. Termination of coverage for any reason will not affect a claim which occurs before coverage ends.

	With Extended Dental		Without Extended Dental	
24-Hour Accident (Students & Employees) Around-the-clock/anywhere in the world. Before, during and after school. Weekends, vacation and all summer including summer school. School sponsored and extracurricular sports excluding High School Football.	Low Option	\$68.00	Low Option	\$59.00
	Middle Option	\$140.00	Middle Option	\$131.00
	High Option	\$358.00	High Option	\$358.00
24-Hour Accident (Summer Only Coverage, Students Only) Summer begins on the first day after the school year ends. Summer ends the first day of the next school year.	Low Option	\$23.00	Low Option	\$14.00
	Middle Option	\$35.00	Middle Option	\$26.00
	High Option	\$69.00	High Option	\$69.00
At-School Accident (Students & Employees) During the regular school term, on school premises while school is in session. Direct and uninterrupted travel to and from home and scheduled classes. School Sponsored and supervised activities and sports excluding High School Football. Travel to and from school sponsored and supervised activities and sports while in a school furnished or approved vehicle.	Low Option	\$18.00	Low Option	\$9.00
	Middle Option	\$32.00	Middle Option	\$23.00
	High Option	\$61.00	High Option	\$61.00
Extended Dental (Accident Only) Supplemental coverage extended to students with At-School, 24-Hour or Football Coverage who purchased the Low or Middle Options – Limited to Covered Person's policy effective dates and accident only coverage option selected. Replaces the Low and Middle Options' standard dental coverage with coverage of 80% of Reasonable Charges to a maximum limit of \$10,000 per policy term.				
High School Football (Full Year) Play or practice of regularly scheduled football. Any 9th grade student that plays with the upper grades is required to purchase this coverage. Consult your Athletic Department for enrollment instructions.	Low Option	\$119.00	Low Option	\$110.00
	Middle Option	\$190.00	Middle Option	\$181.00
	High Option	\$420.00	High Option	\$420.00
Football High School (Spring Only Rates) For new players who participate in spring training and not already insured under Football Coverage. Sports seasons are defined by your state high school athletic association.	Low Option	\$56.00	Low Option	\$47.00
	Middle Option	\$82.00	Middle Option	\$73.00
	High Option	\$146.00	High Option	\$146.00

Facts about the Policy

1. WHO IS ELIGIBLE: students of the policyholder who make the required premium contribution for the coverage selected are eligible. Student status continues after graduation and between school years unless the person enrolls at a different school district.
2. The Master Policy on file with the school district is a non-renewable policy.
3. This is a limited benefit policy.
4. COVERAGE EFFECTIVE DATE: A person's coverage takes effect at the later of the date his or her completed application and premium is received by the company or the effective date of the policy issued to his or her school or school district.
5. COVERAGE TERMINATION DATE: Coverage ends on the earlier of the date his or her coverage has been in force for twelve months or the first day of the next school year.
All coverage ceases if the policyholder cancels the policy or when person ceases to be eligible. Termination of coverage for any reason will not affect a claim which occurs before coverage ends.
6. LATE ENROLLMENT: Coverage may be purchased at any time during the school year. There is no premium reduction for any individual who enrolls late in the year
7. CANCELLATION: Coverage under the Policy will not be cancelled, and accordingly, premiums may not be refunded after acceptance by the Company. However, a pro-rata refund of premium shall be made in the event a Covered Person enters the Military Service.
8. STUDENT TRANSFER: The policy continues to be in force anywhere in the world if the Covered Person should relocate prior to the expiration of coverage.

Enroll online at:

www.StudentInsurance-kk.com

or by mail using attached enrollment form.

1. Complete and detach the enrollment form.
2. Make check or money order payable to Nationwide Life Insurance Company. Do not send cash. The Company is not responsible for cash payments.
3. Write your child's name on your check or money order.
4. Mail completed enrollment form with payment back to:

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

5. Your cancelled check, credit card billing, or money order stub will be your receipt and confirmation of payment.
6. Keep this brochure for future reference. Individual policies will not be sent to you.

Privacy Policy

We know that your privacy is important to you and we strive to protect the confidentiality of your nonpublic personal information. We do not disclose any nonpublic personal information about our customers or former customers to anyone, except as permitted or required by law. We believe we maintain appropriate physical, electronic and procedural safeguards to ensure the security of your nonpublic personal information.

Administered by:

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

Serviced by:

McGriff Insurance Services
Phone: 800-476-4339 ext.1345
Fax: 888-751-3014
Email: Gail.Gray@mcgriffinsurance.com

 *Cut out card and retain for your records*

STUDENT INSURANCE CARD

Student's Name _____

If premium has been paid, the student whose name appears above has been insured under a Policy issued to:

School District: _____

Accident Only Coverage: ☐ 24-HOUR ☐ 24-HOUR (Summer Only Coverage)

☐ AT-SCHOOL ☐ FOOTBALL ☐ FOOTBALL (Spring Only) ☐ EXTENDED DENTAL

Paid by Check # _____ Amount Paid: _____ Date Paid: _____

Policy # _____

Underwritten by: Nationwide Life Insurance Company

Claims Questions: K&K Insurance Group, Inc.

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

Policy Exclusions and Limitations for Accident Only Coverages

The following exclusions apply to any and all Benefits and any applicable Riders, unless otherwise specifically referenced. **We will not pay Benefits for:**

1. An Injury or Loss that is:

a. caused by war or any act of war, declared or undeclared, whether civil or international, or any substantial armed conflict between organized forces of military nature (which does not include acts of terrorism);

b. caused while the Insured is serving full-time active duty (more than 31 days) in any Armed Forces;

c. caused by participating in a riot or violent disorder;

d. the result of an Insured's taking part in committing or attempting to commit a felony, or engaging in any unlawful act or illegal occupation, or committing or provoking an unlawful act;

e. the result of the Insured being under the influence of any drug, narcotic, intoxicant or chemical (unless prescribed by a Physician and taken according to the Physician's instructions) as defined by the law of the jurisdiction in which the Accidental Injury occurred. Conviction is not necessary for determination of being "under the influence."; or

f. intentionally self-inflicted, including suicide or attempt thereof, while sane or insane.

2. An Injury or Loss that is the result of travel or flight (including getting in or out, on or off) in any aircraft except solely as a fare-paying passenger in a commercial aircraft, or as a passenger in a Policyholder chartered aircraft, provided such aircraft has a valid and current airworthiness certificate and is operated by a duly licensed or certified pilot, and while such aircraft is being used for the sole purpose of transportation and such travel is listed as a Covered Activity in the Schedule of Benefits.

3. Any Accident where the Insured is the operator and does not possess a current and valid motor vehicle operator's license (except in a Driver's Education Program).

4. An Accident that occurs while:

a. participating in any hazardous activities, including the sports of snowmobile, ATV (all terrain or similar type wheeled vehicle), personal watercraft, sky diving, scuba diving, skin diving, hang gliding, cave exploration, bungee jumping, parachute jumping or mountain climbing;

b. riding, driving, or testing a motorized vehicle used in a race or speed contest, sport, exhibition work or test driving. Motorized Vehicle for purposes of this provision means any self-propelled vehicle or conveyance, including but not limited to automobiles, trucks, motorcycles, ATV's, snow mobiles, tractors, golf carts, motorized scooters, lawn mowers, heavy equipment used for excavating, boats, and personal watercraft. Motorized Vehicle does not include a Medically Necessary motorized wheelchair, unless such activity is specifically listed as a Covered Activity in the Schedule of Benefits.

5. Medical or surgical treatment, diagnostic or preventative care of any Sickness, except for treatment of pyogenic infection that results from an Accidental Injury or a bacterial infection that results from the Accidental ingestion of contaminated substances.

6. Any Heart or Circulatory Malfunction, whether or not known or diagnosed, except as may be otherwise covered under the Policy or unless the immediate cause of such malfunction is external trauma.
- ## Additional exclusions for the Accident Medical Expense Benefit and any applicable Riders: **We will not pay Benefits for:**
1. Expenses Incurred for services or treatment rendered by a Physician, Nurse or any other Provider who is:

a. employed or retained by the Policyholder, or its subsidiaries or affiliates;

b. the Insured, or the Insured's Family Member.

2. Expenses Incurred for charges which the Insured would not have to pay if he/she did not have insurance or for which no charge is made.

3. Expenses Incurred for charges which are in excess of Reasonable Charges.

4. Services or supplies for the treatment of an Occupational Injury or Sickness, which are paid under the North Carolina Workers Compensation Act only to the extent such services or supplies are the liability of the employee, employer or Workers' Compensation insurance carrier according to a final adjudication under the North Carolina Industrial Commission approving a settlement agreement under the North Carolina Workers' Compensation Act.

5. That part of medical expenses payable by any automobile insurance Policy without regard to fault.

6. Expenses Incurred for any treatment that is considered to be experimental by the American Medical Association (AMA) or the American Dental Association (ADA).

7. Expenses Incurred for the examination, prescription, purchase, or fitting of eyeglasses, contact lenses, or hearing aids, unless Injury has caused impairment of sight or hearing or unless repair or replacement of existing eye glasses, contact lenses or hearing aids is necessary as a result of a covered Injury.

8. Expenses Incurred for new, or repair or replacement of, dentures, bridges, dental implants, dental bands or braces or other dental appliances, crowns, caps, inlays or onlays, fillings or any other treatment of the teeth or gums, except as a result of Injury up to the Dental Maximum shown in the Schedule of Benefits, if applicable.

9. Expenses Incurred for personal comfort or convenience items including, but not limited to, Hospital telephone charges, television rentals, or guest meals.

10. Expenses Incurred for or in connection with Custodial Care, unless otherwise specified in the Schedule of Benefits.

11. Expenses Incurred for supervision of an anesthetist.

12. Expenses Incurred for Durable Medical Equipment rental in excess of the purchase price.

13. Expenses Incurred for subsequent repairs and replacement of prosthetic devices.
- ## Accident Only Definitions:
- Injury** A bodily injury which is:
1. directly and independently caused by specific Accidental contact with another body or object;

2. a source of loss that is sustained while the Insured Person is covered under this Policy and while he or she is taking part in a Covered Activity.
- For all Benefits, Injury includes Heart and Circulatory
- Malfunction, subject to the following conditions:
1. Malfunction must occur before age 65 while the Insured is taking part in a Covered Activity; and
2. The symptom(s) of such malfunction(s) is (are) first medically treated while the Policy is in force with respect to the Insured and within 48 hours of having taken part in a Covered Activity; and

3. Such Insured has not, within one year prior to the date of participation in the Covered Activity, been medically diagnosed with, or received any medication for, any myocardial infarction, angina pectoris, coronary thrombosis, hypertension, heart attack, or a cerebral vascular incident.
- For the Accident Medical Expense Benefit, Injury also includes repetitive motion injuries resulting from participation in a Covered Activity. Repetitive motion injuries are injuries such as, but not limited to, strains, sprains, hernias, tennis elbow, tendonitis, bursitis, and muscle tears. The repetitive motion injury must be diagnosed by a Physician and occur within 30 days of participation in a Covered Activity.
- All Injuries sustained in one Accident, including all related conditions and recurrent symptoms of these Injuries will be considered as one Injury.
- ## Accidental Death & Specific Loss Benefits:
- The Aggregate Limit is \$500,000 and is the maximum amount payable for claims incurred for all Insureds under the Policy which are caused by any one Incident that occurs when the Policy is in force. If this limit is not sufficient to pay the total of all such Claims, then the Benefit payable to any one Insured will be determined in proportion to our total aggregate limit of liability. This Aggregate Limit of Liability applies only to Accidental Death and Specific Loss Benefits.
- | | |
|--|----------|
| Life | \$10,000 |
| Both arms or both legs | \$10,000 |
| Both hands and both feet | \$10,000 |
| One arm and one leg | \$10,000 |
| One hand and one foot | \$10,000 |
| Either both hands or both feet | \$10,000 |
| Speech and hearing in both ears | \$10,000 |
| The sight of both eyes | \$10,000 |
| The sight of one eye and either one hand or one foot | \$10,000 |
| Either one arm or one leg | \$7,500 |
| Either one hand or one foot | \$5,000 |
| Speech or hearing in both ears | \$5,000 |
| Sight of one eye | \$5,000 |
| Hearing in one ear | \$2,500 |
| Both the thumb and index finger of one hand | \$2,500 |

Enroll online for quicker service at www.StudentInsurance-kk.com
or complete and mail this form

Enrollment Form (School Year 2019-2020)

Student's Last Name: _____

Student's First Name: _____

Student's Middle Name: _____ Date of Birth: _____

Street Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Name of School District (required): _____

Name of School: _____

Grade Level: ☐ Pre-K/Headstart ☐ Kindergarten/Elementary ☐ Middle School ☐ High School/Above

Signature of Parent or Guardian: _____

Date: _____ Email Address: _____ Phone Number: _____

Student Insurance Plan Options — Check Your Selection:

Accident Only Coverage Plans	Low Option	Middle Option	High Option
24-HOUR with Extended Dental	☐ \$68.00	☐ \$140.00	☐ \$358.00
24-HOUR without Extended Dental	☐ \$59.00	☐ \$131.00	☐ \$358.00
Summer Only 24-HOUR with Extended Dental	☐ \$23.00	☐ \$35.00	☐ \$69.00
Summer Only 24-HOUR without Extended Dental	☐ \$14.00	☐ \$26.00	☐ \$69.00
AT-SCHOOL with Extended Dental	☐ \$18.00	☐ \$32.00	☐ \$61.00
AT-SCHOOL without Extended Dental	☐ \$9.00	☐ \$23.00	☐ \$61.00
HIGH SCHOOL FOOTBALL Coverage			
with Extended Dental	☐ \$119.00	☐ \$190.00	☐ \$420.00
without Extended Dental	☐ \$110.00	☐ \$181.00	☐ \$420.00
*For New Players			
*Football Spring with Extended Dental	☐ \$56.00	☐ \$82.00	☐ \$146.00
*Football Spring without Extended Dental	☐ \$47.00	☐ \$73.00	☐ \$146.00

Enclose check for total payment payable to: Nationwide Life Insurance Company. Checks, money orders, or credit cards accepted.
DO NOT SEND CASH

TOTAL ENCLOSED: \$ _____

1713 (NC_MB_ENG_03/19)

Mail this completed form back with payment to: K&K Insurance Group, P.O. Box 2338, Fort Wayne, IN 46801-2338

Complete this section only if you wish to pay with a Credit Card

Full name as it appears on card

First Name: _____ MI: _____ Last Name: _____

Billing Address (if different than above)

Street # _____ Address _____ Apt # _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Card Number: Expiration Date: Month: Year:

Cardholder signature: _____

Company does not issue refunds nor accept responsibility for cash payments. (Rejection of check or credit card by bank for any reason, will invalidate insurance.)



Cobertura de accidentes para estudiantes 2019-2020 (NC)

Servicio prestado por: **McGriff Insurance Services** Teléfono: 800-476-4339 ext.1345 Fax: 888-751-3014



Recuerde visitar nuestro sitio web para una inscripción más rápida: www.studentinsurance-kk.com
Inscripción por Internet —La Cobertura de accidentes garantizada se puede comprar en cualquier momento durante todo el año.

COBERTURA SOLO PARA ACCIDENTES: La Póliza ofrece beneficios por pérdida debido a una Lesión cubierta hasta un Beneficio máximo de \$25,000 por cada Lesión. Siempre que el tratamiento a cargo de un Médico calificado y matriculado comience en el término de 60 días a partir de la fecha de la Lesión, se pagarán beneficios por los Gastos médicos cubiertos incurridos dentro de las 52 semanas a partir de la fecha de la Lesión, hasta el Beneficio máximo por servicio según se muestra a continuación.

PROGRAMA DE BENEFICIOS: Los Beneficios máximos se pagan según lo especificado a continuación. Los Cargos razonables y necesarios por razones médicas están basados en el percentil 75.

Compare y elija	Opción baja de Solo accidentes	Opción media de Solo accidentes	Opción alta de Solo accidentes
Beneficio máximo:	\$25,000 (por cada lesión)	\$25,000 (por cada lesión)	\$25,000 (por cada lesión)
Deducible:	\$0	\$0	\$0
Paciente hospitalizado			
Habitación y comidas:	\$150 por día/tarifa de habitación semiprivada	\$200 por día/tarifa de habitación semiprivada	80% de los cargos razonables/tarifa de habitación semiprivada
Varios del hospital:	\$500 por día	\$1,000 por día	80% de los cargos razonables
Personal de enfermería registrado:	75% de los cargos razonables	80% de los cargos razonables	80% de los cargos razonables
Consultas médicas: (Los beneficios se limitan a una consulta por día y no aplican cuando la consulta se relaciona con una cirugía)	\$30 primer día/\$25 cada día subsiguiente	\$50 primer día/\$30 cada día subsiguiente	80% de los cargos razonables
Paciente ambulatorio			
Procedimientos quirúrgicos ambulatorios varios:	\$750 como máximo	\$1,000 como máximo	80% de los cargos razonables/hasta \$5,000 como máximo
Consultas médicas: (Los beneficios se limitan a una consulta por día y no aplican cuando la consulta se relaciona con una cirugía o fisioterapia)	\$30 primer día/\$25 cada día subsiguiente	\$50 primer día/\$30 cada día subsiguiente	80% de los cargos razonables/\$50 por día como máximo
Fisioterapia para pacientes ambulatorios: (Los beneficios se limitan a una consulta por día)	\$30 primer día/\$20 cada día subsiguiente/máximo de 5 días	\$40 primer día/\$30 cada día subsiguiente/máximo de 5 días	80% de los cargos razonables/\$50 por día/máximo de 15 días
Servicios en la sala de emergencias: (El tratamiento se debe realizar en el término de 72 horas desde que se produce la lesión)	\$150 como máximo	\$250 como máximo	80% de los cargos razonables
Radiografías:	\$200 como máximo	\$400 como máximo	80% de los cargos razonables
Servicios de diagnóstico por imágenes:	\$200 como máximo	\$400 como máximo	80% de los cargos razonables/hasta \$1,200 como máximo
Laboratorio:	\$50 como máximo	\$150 como máximo	80% de los cargos razonables/hasta \$600 como máximo
Medicamentos recetados:	\$50 como máximo	\$100 como máximo	80% de los cargos razonables
Inyecciones:	No hay beneficios	No hay beneficios	No hay beneficios
Aparatos y dispositivos ortopédicos:	\$75 como máximo	\$100 como máximo	80% de los cargos razonables
Paciente hospitalizado y/o paciente ambulatorio			
Aranceles de cirugía: (Limitado al procedimiento primario por herida)	\$750 como máximo	\$1,000 como máximo	80% de los cargos razonables/hasta \$5,000 como máximo
Anestesia:	20% de la prestación por cirugía	25% de la prestación por cirugía	30% de la prestación por cirugía
Auxiliar quirúrgico:	20% de la prestación por cirugía	25% de la prestación por cirugía	30% de la prestación por cirugía
Ambulancia:	\$200 como máximo	\$500 como máximo	80% de los cargos razonables
Asesor:	\$200 como máximo	\$400 como máximo	80% de los cargos razonables
Odontología: (Para Lesiones en dientes naturales y en buen estado)	\$100 por diente	\$300 por diente	80% de los cargos razonables
Reemplazo de anteojos, lentes de contacto o audífonos que se rompen como consecuencia de una Lesión cubierta:	100% de los cargos razonables	100% de los cargos razonables	100% de los cargos razonables
Maternidad:	No hay beneficios	No hay beneficios	No hay beneficios
Complicación del embarazo:	No hay beneficios	No hay beneficios	No hay beneficios

No se cubren los gastos de los siguientes rubros: Dispositivos protésicos, trastornos mentales y nerviosos, atención de la salud en el hogar, inyecciones.

Los beneficios se brindan según lo exigido por el estado de Carolina del Norte. Los detalles de estos beneficios se pueden encontrar en la Póliza maestra archivada en el distrito escolar.

NOTA: Este es un breve resumen de los beneficios y no es un contrato. Se le ha entregado al distrito escolar una Póliza maestra que contiene todas las disposiciones, limitaciones, exclusiones y calificaciones de los beneficios del seguro. La Póliza maestra es el contrato que regirá y controlará el pago de los beneficios.

Elija su plan de cobertura: Pago único para cobertura de accidente

OBSÉRVESE – PARA LOS PLANES DE COBERTURA ENUMERADOS A CONTINUACIÓN

(excepto Cobertura solo durante el verano)

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: La cobertura de una persona entra en vigencia cuando la compañía recibe la solicitud completada y la prima, o en la fecha de entrada en vigencia de la póliza emitida a su escuela o distrito escolar, la fecha que sea posterior.

Fecha de vencimiento de la cobertura: La cobertura finaliza cuando se cumplen doce meses de vigencia de la cobertura o el primer día del año escolar siguiente, la fecha que sea anterior. Se extinguirá toda la cobertura si el titular de la póliza cancela la póliza o cuando la persona deja de reunir los requisitos necesarios. La extinción de la cobertura por cualquier motivo no afectará a ninguna reclamación que tenga lugar antes de la finalización de la cobertura.

COBERTURA SOLO DURANTE EL VERANO

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: La cobertura de una persona entra en vigencia cuando la compañía recibe la solicitud completada y la prima o el primer día posterior a la finalización del año escolar, la fecha que sea posterior.

Fecha de vencimiento de la cobertura: El primer día del año escolar siguiente. Se extinguirá toda la cobertura si el titular de la póliza cancela la póliza o cuando la persona deja de reunir los requisitos necesarios. La extinción de la cobertura por cualquier motivo no afectará a ninguna reclamación que tenga lugar antes de la finalización de la cobertura.

	Con ampliación de la cobertura odontológica		Sin ampliación de la cobertura odontológica	
Accidente las 24 horas (alumnos y empleados) A toda hora/en cualquier parte del mundo. Antes, durante y después del horario escolar. Los fines de semana, vacaciones y todo el verano, incluidos los cursos de verano. Deportes patrocinados por la escuela y extracurriculares, queda excluido el fútbol americano, de preparatoria.	Opción baja	\$68.00	Opción baja	\$59.00
	Opción media	\$140.00	Opción media	\$131.00
	Opción alta	\$358.00	Opción alta	\$358.00
Accidente las 24 horas (cobertura solo durante el verano, solo estudiantes) El verano comienza el primer día después de que termina el año escolar. El verano termina el primer día del año escolar siguiente.	Opción baja	\$23.00	Opción baja	\$14.00
	Opción media	\$35.00	Opción media	\$26.00
	Opción alta	\$69.00	Opción alta	\$69.00
Accidente en la escuela (alumnos y empleados) Durante el período lectivo regular, en las instalaciones de la escuela durante las horas de clase. Traslado directo e ininterrumpido desde y hacia el hogar y las clases programadas. Actividades y deportes patrocinados y supervisados por la escuela; queda excluido el fútbol americano, de preparatoria. Traslados desde y hacia actividades y deportes patrocinados y supervisados por la escuela en un vehículo proporcionado o aprobado por la escuela.	Opción baja	\$18.00	Opción baja	\$9.00
	Opción media	\$32.00	Opción media	\$23.00
	Opción alta	\$61.00	Opción alta	\$61.00
Ampliación de la cobertura odontológica (solo accidentes) Cobertura complementaria ampliada para alumnos con Cobertura en la escuela, las 24 horas o de fútbol americano que adquirieron las opciones baja o media – Limitada a las fechas de vigencia de la póliza y la opción de cobertura de solo accidentes seleccionada de la Persona cubierta. Reemplaza la cobertura odontológica estándar de las opciones baja y media con una cobertura del 80% de los Cargos razonables hasta un límite máximo de \$10,000 por período de póliza.				
Preparatoria Fútbol americano (todo el año) Juego, práctica o partidos de fútbol americano regulares programados. Todo alumno de 9° grado que juegue con los grados superiores debe adquirir esta cobertura. Consulte con el Departamento de Deportes a fin de obtener las instrucciones para la inscripción.	Opción baja	\$119.00	Opción baja	\$110.00
	Opción media	\$190.00	Opción media	\$181.00
	Opción alta	\$420.00	Opción alta	\$420.00
Preparatoria Fútbol americano (tarifas exclusivas para primavera) Para los jugadores nuevos que participan en el entrenamiento de primavera y todavía no están asegurados en virtud de la Cobertura de fútbol americano. La asociación de atletismo de las preparatorias de su estado define las temporadas de deportes.	Opción baja	\$56.00	Opción baja	\$47.00
	Opción media	\$82.00	Opción media	\$73.00
	Opción alta	\$146.00	Opción alta	\$146.00

Datos sobre la Póliza

1. ¿QUIÉNES REÚNEN LOS REQUISITOS? Son elegibles los alumnos del titular de la póliza que efectúan el aporte requerido en concepto de prima para la cobertura seleccionada. La condición de alumno se mantiene después de la graduación y entre los años escolares, a menos que la persona se inscriba en otro distrito escolar.
2. La Póliza maestra archivada en el distrito escolar es una póliza no renovable.
3. Esta es una póliza de beneficios limitados.
4. FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA COBERTURA: La cobertura de una persona entra en vigencia cuando la compañía recibe la solicitud completada y la prima, o en la fecha de entrada en vigencia de la póliza emitida a su escuela o distrito escolar, la fecha que sea posterior.
5. FECHA DE VENCIMIENTO DE LA COBERTURA: la cobertura finaliza cuando se cumplen doce meses de vigencia de la cobertura o el primer día del año escolar siguiente, la fecha que sea anterior.
Se extinguirá toda la cobertura si el titular de la póliza cancela la póliza o cuando la persona deja de reunir los requisitos necesarios. La extinción de la cobertura por cualquier motivo no afectará a ninguna reclamación que tenga lugar antes de la finalización de la cobertura.
6. INSCRIPCIÓN TARDÍA: La cobertura se puede comprar en cualquier momento durante el año escolar. No habrá ninguna reducción de prima para ninguna persona que se inscriba más avanzado el año.
7. CANCELACIÓN: La Cobertura en virtud de la Póliza no se cancelará y, por consiguiente, las primas no se podrán reembolsar después de la aceptación por parte de la Compañía. Sin embargo, se reembolsarán en forma prorrateada las primas en caso de que una Persona cubierta ingrese en el Servicio Militar.
8. TRASLADO DEL ALUMNO: La póliza continúa vigente en cualquier parte del mundo si la Persona cubierta se muda antes del vencimiento de la cobertura.

Inscríbase por Internet en:

www.StudentInsurance-kk.com

o por correo mediante el formulario de inscripción adjunto.

1. Complete y recorte el formulario de inscripción.
2. Emita el cheque o el giro postal pagadero a Nationwide Life Insurance Company. No envíe dinero en efectivo. La Compañía no se hace responsable de los pagos en efectivo.
3. Escriba el nombre de su hijo en el cheque o giro postal.
4. Envíe por correo el formulario completado con el pago a:
**K&K Insurance Group,
P.O. Box 2338
Fort Wayne, IN 46801-2338**
5. El cheque cancelado, la facturación de la tarjeta de crédito o el talón del giro postal serán su comprobante y la confirmación del pago.
6. Conserve este folleto para consultar en el futuro. 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 revelamos ninguna información personal no pública sobre nuestros clientes o exclientes a nadie, excepto según lo permita o exija la ley. Consideramos que mantenemos las salvaguardias 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

Servicio prestado por:

McGriff Insurance Services
Phone: 800-476-4339 ext.1345
Fax: 888-751-3014
Email: Gail.Gray@mcgriffinsurance.com



Recorte la tarjeta y consérvela para sus registros

TARJETA DE SEGURO DEL ALUMNO

Nombre del alumno _____
Si se ha pagado la prima, el alumno, cuyo nombre aparece más arriba, ha sido asegurado en virtud de la Póliza emitida para:

Distrito escolar: _____

Cobertura solo para accidentes: ☐ 24 HORAS ☐ 24 HORAS (cobertura solo durante el verano)
☐ EN LA ESCUELA ☐ FÚTBOL AMERICANO ☐ FÚTBOL AMERICANO (solo primavera)
☐ AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA ODONTOLÓGICA

Pagado con el cheque N.º _____ Cantidad pagada: _____ Fecha de pago: _____

N.º de póliza _____

Suscrito por: Nationwide Life Insurance Company
**Preguntas sobre las reclamaciones: K&K Insurance Group, Inc.
1712 Magnavox Way • Fort Wayne, IN 46801 • 800-237-2917**

Exclusiones y limitaciones de la póliza para Coberturas de solo accidentes

Las siguientes exclusiones aplican a todos los Beneficios y todas las Cláusulas adicionales pertinentes, a menos que se mencione explícitamente lo contrario. **No pagaremos Beneficios por:**

1. Una Lesión o Pérdida que:

a. sea causada por una guerra o cualquier acto de guerra, declarada o no declarada, sea civil o internacional, o cualquier conflicto armado importante entre fuerzas organizadas de naturaleza militar (lo que no incluye actos de terrorismo);

b. sea causada mientras la Persona asegurada presta servicio activo a tiempo completo (más de 31 días) en cualquier rama de las Fuerzas Armadas;

c. sea causada por la participación en una revuelta o disturbio violento;

d. sea el resultado de la participación de la Persona asegurada en la perpetración o intento de perpetración de un delito grave, la intervención en cualquier acto ilícito u ocupación ilegal o la perpetración o provocación de cualquier acto ilícito;

e. se produzca porque la Persona asegurada está bajo la influencia de cualquier droga, narcótico, psicotrópico o sustancia química (a menos que sea recetado por un Médico y se lo utilice de acuerdo con las indicaciones del Médico) según lo definen las leyes de la jurisdicción en la que se produjo la Lesión accidental. No es necesario una condena para determinar si se está “bajo la influencia de...”; o

f. se autoinflija intencionalmente, lo que incluye suicidio o intento de suicidio, en estado de sano juicio o no.

2. Una Lesión o Pérdida que sea resultado de un viaje o vuelo (que incluye entrar, salir, subir o bajar) en cualquier aeronave excepto y exclusivamente como pasajero que paga su pasaje en una aeronave comercial, o como pasajero en una aeronave contratada por el Titular de la póliza, siempre que dicha aeronave tenga un certificado de aeronavegabilidad válido y vigente y sea operada por un piloto autorizado o con la debida licencia, y mientras dicha aeronave sea utilizada exclusivamente con fines de transporte y dicho viaje se consigne como una Actividad cubierta en el Programa de beneficios.

3. Todo Accidente donde la Persona asegurada sea el operador y no posea una licencia de operador de vehículo a motor válida y vigente (excepto en un Programa de formación de conductores).

4. Un Accidente que se produzca durante:

a. la participación en cualquier actividad peligrosa, incluidos los deportes de vehículos de nieve, vehículos todo terreno (vehículos todo terreno o vehículos con ruedas similares), embarcaciones personales, paracaidismo acrobático, buceo, submarinismo, vuelo en ala delta, exploración de cuevas, salto elástico (bungee), lanzamiento en paracaídas o alpinismo;

b. el viaje en, la conducción de o la prueba de un vehículo a motor utilizado en una carrera o competencia de velocidad, deporte, trabajo de exhibición o prueba de manejo. Para los fines de esta disposición, Vehículo a motor significa todo medio de transporte o vehículo autopropulsado, que incluye, entre otros, automóviles, camiones, motocicletas, vehículos todo terreno, motos de nieve, tractores, carros de golf, motopatines, cortadoras de césped, equipos pesados utilizados para excavar, barcos y embarcaciones personales. El concepto Vehículo a motor no incluye una silla de ruedas motorizada necesaria por razones médicas, a menos que dicha actividad esté explícitamente consignada como una Actividad cubierta en el Programa de beneficios.

5. Tratamiento médico o quirúrgico, atención de diagnóstico o preventiva de cualquier Enfermedad, excepto el tratamiento de una infección piógena que sea consecuencia de una Lesión accidental o una infección bacteriana resultado de la Ingestión accidental de sustancias contaminadas.

6. Toda Insuficiencia cardíaca o circulatoria, sea conocida o no o esté diagnosticada o no, excepto según se cubra de otro modo en virtud de la Póliza o a menos que la causa inmediata de dicha insuficiencia sea un traumatismo externo.
- ## Otras exclusiones para el Beneficio de gastos médicos por accidente y toda Cláusula adicional pertinente: No pagaremos Beneficios por:
1. Los Gastos por servicios o tratamientos prestados por un Médico, Enfermero o cualquier Proveedor que:

a. sea empleado de o esté contratado por el Titular de la póliza o sus subsidiarias o filiales;

b. sea la Persona asegurada o un Integrante de la familia de la Persona asegurada.

2. Los Gastos incurridos por cargos que la Persona asegurada no pagaría si no tuviera el seguro o servicios por los que no se cobra ningún cargo.

3. Los Gastos incurridos por cargos que superan los Cargos razonables.

4. Los servicios o suministros para el tratamiento de una Lesión o enfermedad ocupacional, que se pagan en virtud de la Ley de Compensación de los Trabajadores de Carolina del Norte solo en la medida en que dichos servicios o suministros sean responsabilidad del empleado, el empleador o el agente de seguros de Compensación Laboral según un pronunciamiento final de la Comisión

Industrial de Carolina del Norte que aprueba un acuerdo extrajudicial en virtud de la Ley de Compensación de los Trabajadores de Carolina del Norte.

5. La parte de los gastos médicos pagaderos por cualquier Póliza de seguro automotor sin tener en cuenta la culpa.

6. Los Gastos incurridos por cualquier tratamiento que la American Medical Association (AMA) o la American Dental Association (ADA) consideren experimental.

7. Los Gastos incurridos por la inspección, indicación, compra o ajuste de anteojos, lentes de contacto o audífonos, a menos que la Lesión haya causado el deterioro de la vista o la audición, o a menos que sea necesario reparar o reemplazar los anteojos, lentes de contacto o audífonos en uso como consecuencia de una Lesión cubierta.

8. Los Gastos incurridos por dentaduras postizas, puentes, implantes dentales, bandas o frenos u otros aparatos dentales, coronas, fundas, incrustaciones *inlay* u *onlay* y empastes nuevos, su reparación o reemplazo, o cualquier

otro tratamiento de los dientes o las encías, excepto como resultado de una Lesión y hasta el Máximo de cobertura odontológica que figura en el Programa de beneficios, si corresponde.

9. Los Gastos incurridos por artículos para la comodidad o el confort personal, que incluyen, entre otros, cargos por llamadas telefónicas en el Hospital, alquiler de televisores o comidas para las personas de visita.

10. Los Gastos incurridos por o a propósito de Atención personal no médica, a menos que se especifique lo contrario en el Programa de beneficios.

11. Los Gastos incurridos por la supervisión de un anestesista.

12. Los Gastos incurridos por el alquiler de Equipos médicos duraderos que superen el precio de compra.

13. Los Gastos incurridos por la posterior reparación y reemplazo de dispositivos protésicos.
- ## Definiciones de Solo accidentes:
- Lesión** Una lesión física que:
1. está directa o independientemente causada por un contacto accidental con otro cuerpo u objeto;

2. es una fuente de pérdida sufrida mientras la Persona asegurada está cubierta en virtud de la Póliza y mientras esa persona participa en una Actividad cubierta.
- Para todos los Beneficios, Lesión incluye Insuficiencia cardíaca y circulatoria, con sujeción a las siguientes condiciones:
1. La Insuficiencia se debe presentar antes de los 65 años de edad mientras la Persona asegurada participa en una Actividad cubierta; y
2. Un médico trata el o los síntomas de dicha insuficiencia en primera instancia mientras la Póliza está vigente con respecto a la Persona asegurada y en el término de 48 horas de haber participado en una Actividad cubierta; y

3. A dicha Persona asegurada, en el término de un año antes de la fecha de la participación en la Actividad cubierta, un médico no le ha diagnosticado, ni ha recibido medicamentos para, infarto de miocardio, angina de pecho, trombosis coronaria, hipertensión, ataque cardíaco o incidente cerebrovascular.
- Para el Beneficio de gastos médicos por accidente, Lesión también incluye lesiones por movimientos repetitivos como consecuencia de la participación en una Actividad cubierta. Las lesiones por movimientos repetitivos incluyen, entre otras, esguinces, torceduras, hernias, codo de tenista, tendinitis, bursitis y desgarros musculares. La lesión por movimientos repetitivos debe ser diagnosticada por un Médico y se debe producir dentro de los 30 días de participar en una Actividad cubierta.
- Todas las Lesiones sufridas en un Accidente, incluidas todas las afecciones relacionadas y los síntomas recurrentes de estas Lesiones, se considerarán una sola Lesión.
- ## Beneficios por Muerte accidental y pérdida específica:
- El Límite global es de \$500,000 y es la cantidad máxima que se puede pagar por reclamaciones incurridas para todos los Asegurados en virtud de la Póliza que resultan de un Incidente cualquiera que se produce cuando la Póliza se encuentra vigente. Si este límite no fuera suficiente para pagar el total de todas dichas Reclamaciones, el Beneficio que se debe pagar a cualquier Asegurado se determinará proporcionalmente a nuestro Límite global total de responsabilidad. Este Límite global de responsabilidad aplica únicamente a los Beneficios por Muerte accidental y Pérdida específica.
- | | |
|---|----------|
| Vida | \$10,000 |
| Ambos brazos o ambas piernas | \$10,000 |
| Ambas manos y ambos pies | \$10,000 |
| Un brazo y una pierna | \$10,000 |
| Una mano y un pie | \$10,000 |
| Ambas manos o ambos pies | \$10,000 |
| El habla y la audición en ambos oídos | \$10,000 |
| La visión de ambos ojos | \$10,000 |
| La visión de un ojo y una mano o un pie | \$10,000 |
| Un brazo o una pierna | \$7,500 |
| Una mano o un pie | \$5,000 |
| El habla o la audición en ambos oídos | \$5,000 |
| La visión de un ojo | \$5,000 |
| La audición de un oído | \$2,500 |
| El dedo pulgar y el índice de una mano | \$2,500 |

Formulario de inscripción (Año escolar 2019-2020)

Apellido del alumno: _____
 Nombre del alumno: _____
 Segundo nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Nombre del distrito escolar (obligatorio): _____
 Nombre de la escuela: _____
 Grado: ☐ Prekinder/Preescolar ☐ Kindergarten/Escuela primaria ☐ Escuela secundaria ☐ Preparatoria/Nivel más alto
 Firma del padre/madre o tutor: _____
 Fecha: _____ Dirección de correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____

Opciones del Plan de seguro para estudiantes — Marque su elección:

Planes de cobertura solo para accidentes	Opción baja	Opción media	Opción alta
24 HORAS con ampliación de la cobertura odontológica	☐ \$68.00	☐ \$140.00	☐ \$358.00
24 HORAS sin ampliación de la cobertura odontológica	☐ \$59.00	☐ \$131.00	☐ \$358.00
24 HORAS Solo durante el verano con ampliación de la cobertura odontológica	☐ \$23.00	☐ \$35.00	☐ \$69.00
24 HORAS Solo durante el verano sin ampliación de la cobertura odontológica	☐ \$14.00	☐ \$26.00	☐ \$69.00
EN LA ESCUELA con ampliación de la cobertura odontológica	☐ \$18.00	☐ \$32.00	☐ \$61.00
EN LA ESCUELA sin ampliación de la cobertura odontológica	☐ \$9.00	☐ \$23.00	☐ \$61.00
Cobertura de PREPARATORIA FÚTBOL AMERICANO			
con ampliación de la cobertura odontológica	☐ \$119.00	☐ \$190.00	☐ \$420.00
sin ampliación de la cobertura odontológica	☐ \$110.00	☐ \$181.00	☐ \$420.00
*Para jugadores nuevos			
*Fútbol americano en temporada de primavera con ampliación de la cobertura odontológica	☐ \$56.00	☐ \$82.00	☐ \$146.00
*Fútbol americano en temporada de primavera sin ampliación de la cobertura odontológica	☐ \$47.00	☐ \$73.00	☐ \$146.00

Adjuntar el cheque por el pago total pagadero a: Nationwide Life Insurance Company. Se aceptan cheques, giros postales o tarjetas de crédito. **NO ENVÍE DINERO EN EFECTIVO**

TOTAL ADJUNTO: \$ _____

1850 (NC_MB_SPA_03/19)

Envíe por correo este formulario completado con el pago a: K&K Insurance Group, P.O. Box 2338, Fort Wayne, IN 46801-2338

Complete esta sección únicamente si desea pagar con tarjeta de crédito

Nombre completo según figura en la tarjeta

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Dirección de facturación (si es distinta de la anterior)

N.º de calle _____ Dirección _____ N.º de apto. _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de la tarjeta: Fecha de vencimiento: Mes: Año:

Firma del titular de la tarjeta:

La compañía no emite reembolsos ni acepta responsabilidad por los pagos en efectivo. (Si el banco por cualquier motivo rechaza un cheque o una tarjeta de crédito, el seguro quedará invalidado.)



2019-2020
Student Accident & Sports Insurance
CONTACT LIST

For claims and enrollment questions, please contact:

K&K Insurance Group, Inc.
Claims Customer Service: 800-237-2917
Customer Service # for Enrollment Questions: 855-742-3135

Claims Email: KK.PAClaims@kandkinsurance.com
Claims Fax: 312-381-9077
Claims Mailing Address:
PO Box 2338
Fort Wayne, IN 46801-2338

Voluntary Online Enrollment
www.studentinsurance-kk.com

Your Local Agents:
(Contact for questions or escalated issues)



Gail Gray, Educational Risk Consultant
Lawrence Braxton, Consultant
Dan Nunnery, Agent

PO Box 27149
Greenville, SC 29616-2149
Toll Free: 800-476-4339 ext. 1345
Direct: 864.672.1345
Fax No: 888-751-3014
Email: gail.gray@McGriffInsurance.com