

Cobertura de accidentes para estudiantes 2019-2020

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

VOLUNTARY
SC & TN

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

Beneficio máximo:

Opción baja de Solo accidentes

\$25,000 (por cada lesión)

Opción alta de Solo accidentes

\$25,000 (por cada lesión)

Deducible:

\$0

\$0

Paciente hospitalizado

Habitación y comidas:

Hasta \$150 por día/
tarifa de habitación semiprivada

80% de los cargos razonables/
tarifa de habitación semiprivada

Varios del hospital:

\$600 como máximo por día

\$1,200 como máximo por día

Personal de enfermería registrado:

75% de los cargos razonables

100% 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)

\$40 primer día/\$25 cada día subsiguiente

\$60 primer día/\$40 cada día subsiguiente

Paciente ambulatorio

Procedimientos quirúrgicos ambulatorios varios:

\$1,000 como máximo

\$1,200 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)

\$40 primer día/
\$25 cada día subsiguiente

\$60 primer día/
\$40 cada día subsiguiente

Fisioterapia para pacientes ambulatorios:

(Los beneficios se limitan a una consulta por día)

\$30 primer día/\$20 cada día subsiguiente/
máximo de 5 días

\$60 primer día/\$40 cada día subsiguiente/
máximo de 5 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

\$300 como máximo

Radiografías:

\$200 como máximo

\$600 como máximo

Servicios de diagnóstico por imágenes:

\$300 como máximo

\$600 como máximo

Laboratorio:

\$50 como máximo

\$300 como máximo

Medicamentos recetados:

\$75 como máximo

\$200 como máximo

Inyecciones:

No hay beneficios

No hay beneficios

Aparatos y dispositivos ortopédicos:

\$75 como máximo

\$140 como máximo

Paciente hospitalizado y/o paciente ambulatorio

Aranceles de cirugía:

(Limitado al procedimiento primario por herida)

\$1,000 como máximo

\$1,200 como máximo

Anestesiista:

20% de la prestación por cirugía

25% de la prestación por cirugía

Auxiliar quirúrgico:

20% de la prestación por cirugía

25% de la prestación por cirugía

Ambulancia:

\$300 como máximo

\$800 como máximo

Asesor:

\$200 como máximo

\$400 como máximo

Tratamientos dentales debido a Lesiones en los dientes:

(Para Lesiones en dientes naturales y en buen estado)

\$10,000 como máximo por período de póliza

\$10,000 como máximo por período de póliza

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

Equipos médicos duraderos:

No hay beneficios

No hay beneficios

Maternidad:

No hay beneficios

No hay beneficios

Complicación del embarazo:

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.

Esta póliza contiene una disposición de exceso. No se pagarán beneficios en virtud de los Gastos médicos básicos por accidente por gastos cubiertos en la medida en que sean pagaderos en virtud de otro Plan de atención médica.

*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 registrará 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

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.

	Opción baja	Opción alta
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.	\$105.00	\$154.00
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.	\$36.00	\$48.00
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.	\$29.00	\$37.00
Preparatoria Fútbol americano (Todo el año) Juego, práctica o partidos de fútbol americano regulares programados. Consulte con el Departamento de Deportes a fin de obtener las instrucciones para la inscripción.	\$171.00	\$284.00
Preparatoria Fútbol americano (tarifas exclusivas para la 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.	\$74.00	\$120.00
Preparatoria Fútbol americano y Accidentes en la escuela (Cubre todas las disciplinas atléticas)	\$200.00	\$321.00
Preparatoria Fútbol americano y Accidente las 24 horas (Cubre todas las disciplinas atléticas)	\$276.00	\$438.00

Datos sobre la Póliza

- ¿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.
- La Póliza maestra archivada en el distrito escolar es una póliza no renovable.
- Esta es una póliza de beneficios limitados.
- 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.
- 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.
- 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.
- TRASLADO DEL ALUMNO:** La póliza continúa vigente en cualquier parte del mundo si la Persona cubierta se muda antes del vencimiento de la cobertura.

Inscribase por Internet en:

www.StudentInsurance-kk.com

o por correo mediante el formulario de inscripción adjunto.

- Complete y recorte el formulario de inscripción.
- 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.
- Escriba el nombre de su hijo en el cheque o giro postal.
- Envíe por correo el formulario completado con el pago a:
**K&K Insurance Group,
P.O. Box 2338
Fort Wayne, IN 46801-2338**
- El cheque cancelado, la facturación de la tarjeta de crédito o el talón del giro postal serán su comprobante y la confirmación del pago.
- 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

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)

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:**

- Una Lesión o Pérdida que:
 - 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);
 - sea causada mientras la Persona asegurada presta servicio activo a tiempo completo (más de 31 días) en cualquier rama de las Fuerzas Armadas;
 - sea causada por la participación en una revuelta o disturbio violento;
 - 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;
 - 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
 - se autointija intencionalmente, lo que incluye suicidio o intento de suicidio, en estado de sano juicio o no.
- 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.
- 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).
- Un Accidente que se produzca durante:
 - 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;
 - 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.
- 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.
- 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:

- Los Gastos por servicios o tratamientos prestados por un Médico, Enfermero o cualquier Proveedor que:
 - sea empleado de o esté contratado por el Titular de la póliza o sus subsidiarias o filiales;
 - sea la Persona asegurada o un Integrante de la familia de la Persona asegurada.
- 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.
- Los Gastos incurridos por cargos que superan los Cargos razonables.
- La parte de los gastos médicos pagaderos por cualquier Póliza de seguro automotor sin tener en cuenta la culpa.
- Los Gastos incurridos por cualquier tratamiento que la American Medical Association (AMA) o la American Dental Association (ADA) consideren experimental.
- 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.
- 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.
- 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.
- Los Gastos incurridos por o a propósito de Atención personal no médica, a menos que se especifique lo contrario en el Programa de beneficios.
- Los Gastos incurridos por la supervisión de un anestesiista.
- Los Gastos incurridos por el alquiler de Equipos médicos duraderos que superen el precio de compra.
- Los Gastos incurridos por la posterior reparación y reemplazo de dispositivos protésicos.
- Los Gastos incurridos por cualquier afección cubierta por alguna Ley de Compensación de los Trabajadores, Ley de Enfermedades Ocupacionales o ley similar.

Definiciones de Solo accidentes:

Lesión Una lesión física que:

- está directa o independientemente causada por un contacto accidental con otro cuerpo u objeto;
- 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:

- La Insuficiencia se debe presentar antes de los 65 años de edad mientras la Persona asegurada participa en una Actividad cubierta; y

- 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
- 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, hemias, 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



**SPECIALTY
BENEFITS, INC.**
an affiliate of K&K Insurance Group Inc.



Nationwide®
On Your Side™

**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN
DE ACCIDENTE DE
UN ESTUDIANTE O ATLETA**

Cobertura en Exceso

CUENTAS DE JARDÍN DE INFANTES HASTA 12° GRADO (K-12)

DEPARTAMENTO DE RECLAMACIONES

1712 Magnavox Way, P.O. Box 2338 | Fort Wayne, IN 46801-2338
Tel.: 800-237-2917 | Fax: 312-381-9077 California License #0334819
Correo electrónico: kk.PAclaims@kandkinsurance.com
www.kandkinsurance.com

INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN

NOTA: El Formulario de Reclamaciones debe completarse en su totalidad y firmarse. Presente su reclamación sin demora.
El hecho de no hacerlo podría tener como resultado la denegación de la cobertura.

Procedimientos básicos para presentar la Declaración de Reclamación

1. Un directivo de la institución educativa completará su parte y luego entregará el formulario de reclamación al estudiante o al (a los) padre(s)/tutor(es) del estudiante o atleta para que lo complete(n).
2. El (los) padre(s)/tutor(es) del estudiante o atleta completará(n) la parte correspondiente del formulario. Adjunte cualquier factura médica relacionada y la explicación de beneficios del seguro principal y envíelo a K&K Insurance Group, Inc.

Al Estudiante o Atleta/Padre o Madre/Tutor

Si está adjuntando facturas médicas relacionadas, estas facturas deben incluir el nombre, la afección (diagnóstico), tipo de tratamiento proporcionado al paciente, fecha en que se incurrió en el gasto y los cargos efectuados. Para los cargos del hospital, sería un UB04 y para los cargos del médico/adicionales, sería un CMS1500. Los proveedores médicos también pueden facturar a K&K Insurance Group, Inc. directamente a la dirección indicada arriba.

SECCIÓN I – DEBE SER COMPLETADA POR EL (LOS) PADRE(S)/TUTOR(ES) DEL RECLAMANTE

1. Nombre del alumno Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____
2. Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____ Sexo: Masculino Femenino
3. Grado al que asiste el estudiante en la institución educativa: _____
4. Dirección particular: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono particular del (de los) padre(s)/tutor(es): _____
5. Fecha del accidente: _____ Hora del accidente: _____ a.m. p.m.
Naturaleza de la lesión: _____ Describe exactamente cómo ocurrió el accidente: _____

6. Naturaleza de la actividad y ubicación en que se sufrió la lesión (marcar todas las casillas que correspondan):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jardín de infantes | <input type="checkbox"/> Escuela primaria | <input type="checkbox"/> Escuela secundaria |
| <input type="checkbox"/> Preparatoria | <input type="checkbox"/> Cafetería | <input type="checkbox"/> Actividades en el aula |
| <input type="checkbox"/> Deportes entre distintas escuelas | <input type="checkbox"/> Deportes dentro de la institución, <i>nombre del deporte, si corresponde:</i> _____ | <input type="checkbox"/> Otra actividad (especificar) _____ |
| <input type="checkbox"/> Club de deportes | <input type="checkbox"/> Clase de educación física | <input type="checkbox"/> Durante el viaje hacia o desde el evento |
| <input type="checkbox"/> Durante la práctica | <input type="checkbox"/> Durante el juego | |

Naturaleza de su participación:

- | | | |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Voluntario | <input type="checkbox"/> Estudiante/Jefe |
| <input type="checkbox"/> Participante atleta | <input type="checkbox"/> Animador | <input type="checkbox"/> Miembro de la banda |
| <input type="checkbox"/> Otra actividad (especificar) _____ | | |

7. ¿Estudiante transferido? Sí No

En caso afirmativo, identifique el nombre de la institución educativa anterior: _____

8. Nombre, dirección y número de teléfono del médico que primero le administró tratamiento: _____

9. ¿Ha tenido una lesión similar en el pasado? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, describala y proporcione fechas: _____

10. Nombre, dirección y número de teléfono del médico que le administró tratamiento para la lesión previa: _____

11. ¿Está cubierto por otro plan de beneficios para gastos médicos? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, proporcione los nombres del (de los) plan(es) y de la(s) persona(s) a través de las cuales está asegurado y su relación con usted: _____

SI NO TIENE OTRO SEGURO SOBRE SU HIJO, PERO USTED Y/O SU CÓNYUGE ES O SON EMPLEADOS DE TIEMPO COMPLETO, PROPORCIONE UNA DECLARACIÓN DEL (DE LOS) EMPLEADOR(ES) DONDE SE INDIQUE QUE SU HIJO NO ESTÁ CUBIERTO POR NINGÚN SEGURO QUE OFREZCA(N).

TODOS LOS BENEFICIOS SE HARÁN PAGADEROS A LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS INVOLUCRADOS, A MENOS QUE SE ACOMPAÑE CON RECIBOS PAGADOS.

ESTA ES UNA COBERTURA MÉDICA EN EXCESO.

Por la presente, autorizo a cualquier médico, hospital o cualquier otro establecimiento médicamente relacionado, compañía de seguros, u otra organización, institución o persona que tenga cualquier registro en lo que respecta a conocimiento sobre mi persona, y/o el reclamante arriba mencionado, a revelar la totalidad de dicha información en cualquier momento en que así lo solicite K&K Insurance/Specialty Benefits y/o Nationwide Life Insurance Company o su representante. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan vigente y válida como el original.

Toda persona que a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros u otra persona presente formularios de reclamación de seguro que contengan información sustancialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información relacionada con cualquier dato sustancial al respecto, estará cometiendo un acto de seguro fraudulento, lo cual constituirá un delito.

Fecha _____ Firma del padre/tutor _____

SECCIÓN II – (DEBE SER COMPLETADA POR LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICIPANTE)

EL HECHO DE NO COMPLETAR ESTE FORMULARIO EN SU TOTALIDAD PUEDE TENER COMO RESULTADO UNA DEMORA INNECESARIA EN EL PROCESAMIENTO DE ESTA RECLAMACIÓN.

1. Nombre del estudiante: Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

2. Fecha del accidente _____

3. Actividad _____

4. Naturaleza de la lesión _____

5. Nombre del SISTEMA ESCOLAR o DISTRITO ESCOLAR participante _____

6. Nombre de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA participante _____

7. Por la presente certifico que mis declaraciones que anteceden en este formulario son verdaderas a mi leal saber y entender. Estoy al tanto de que si alguna de mis declaraciones anteriores en este formulario es intencionalmente falsa, puedo quedar sujeto a sanciones, que pueden incluir un procesamiento penal.

FIRMA DEL DIRECTIVO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA: _____

NOMBRE/CARGO EN LETRA DE IMPRENTA: _____

TELÉFONO: _____ FAX: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ FECHA: _____

Toda persona que a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros u otra persona presente formularios de reclamación de seguro que contengan información sustancialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información relacionada con cualquier dato sustancial al respecto, estará cometiendo un acto de seguro fraudulento, lo cual constituirá un delito.

Fecha _____ Firma del Titular de la póliza (Directivo de la institución educativa) _____