Cobertura de accidentes para estudiantes 2025-2026

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**
Inscripción en línea—La Cobertura asegurada de accidentes puede adquirirse en cualquier momento del año.

COBERTURA SOLO ACCIDENTES: La Póliza ofrece beneficios por siniestros causados por una lesión cubierta hasta un Beneficio máximo de $25,000 por lesión. Siempre que un Médico titulado y con licencia para ejercer inicie el tratamiento 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.

PROGRAMA DE BENEFICIOS: *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)
Deducible:	$0	$0
Servicios hospitalarios para pacientes internos		
Gastos de alojamiento y comida: *(Tarifa por habitación privada/semiprivada)*	Hasta $150 por día	80% de los Gastos usuales y acostumbrados
Gastos varios	Máximo de $600 por día	Máximo de $1,200 por día
Visitas médicas *(Limitado a una visita al día)*	$40 el primer día/$25 por día posterior	$60 el primer día/$40 por día posterior
Centro médico ambulatorio	Máximo de $1,000	Máximo de $1,200
Tratamiento en sala de emergencias: *(El tratamiento debe administrarse en las 72 horas siguientes al momento de la lesión)*	Máximo de $150	Máximo de $300
Cirugía: *(*Se calcula la prestación: 100 % de los Gastos usuales y habituales correspondientes al primer procedimiento, 50 % de los Gastos usuales y habituales correspondientes al segundo procedimiento y 25 % de los Gastos usuales 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 usuales y habituales (*La prestación se calcula: 20 % del máximo quirúrgico para la cirugía realizada del modo indicado anteriormente).	100 % de los Gastos usuales y habituales (*La prestación se calcula: 25 % del máximo quirúrgico para la cirugía realizada del modo indicado anteriormente).
Anestesia y su administración	100 % de los Gastos usuales y habituales (*La prestación se calcula: 20 % del máximo quirúrgico para la cirugía realizada del modo indicado anteriormente).	100 % de los Gastos usuales y habituales (*La prestación se calcula: 25 % del máximo quirúrgico para la cirugía realizada del modo indicado anteriormente).
Ambulatorio		
Visitas médicas ambulatorias: *(Limitadas a una visita por día)*	$40 el primer día/$25 por día posterior	$60 el primer día/$40 por día posterior
Radiografías ambulatorias:	Máximo de $200	Máximo de $600
Servicios ambulatorios de diagnóstico por imágenes: *(tomografía computarizada, resonancia magnética)*	Máximo de $300	Máximo de $600
Análisis de laboratorio ambulatorios:	Máximo de $50	Máximo de $300
Fisioterapia ambulatoria: *(Limitada a una visita por día. Incluye acupuntura, microtermia, manipulación, diatermia, masajes, tratamiento con calor y tratamiento ultrasónico)*	$30 el primer día/$20 por día posterior/ máximo de 5 días	$60 el primer día/$40 por día posterior/ máximo de 5 días
Servicios de ambulancia: *(aérea y terrestre)*	Máximo de $300	Máximo de $800
Alquiler de equipos médicos: *(incluye dispositivos ortopédicos)*	Máximo de $75	Máximo de $140
Servicios odontológicos:	$10,000 como máximo por período de vigencia de la póliza si se adquiere una opción con ampliación de la cobertura odontológica. $200 por diente si no se adquiere una opción con ampliación de la cobertura odontológica.	Máximo de $10,000 por período de vigencia de la póliza si se adquiere una opción con ampliación de la cobertura odontológica. $500 por diente si no se adquiere una opción con ampliación de la cobertura odontológica.
Medicamentos recetados:	Máximo de $75	Máximo de $200
Especialista:	Máximo de $200	Máximo de $400
Cambio de anteojos, lentes de contacto o audífonos:	100 % de los Gastos usuales y habituales	100 % de los Gastos usuales y habituales

No se cubren los siguientes gastos: Dispositivos protésicos, trastornos mentales y nerviosos, atención médica domiciliaria, inyecciones.
Esta póliza contiene una provisión excesiva. Las prestaciones no se pagarán bajo el Gasto Médico Básico de Accidentes para los Gastos Cubiertos en la medida en que sean cobrables bajo 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 un contrato. Se ha proporcionado una Póliza Maestra a su distrito escolar que contiene todas las disposiciones, limitaciones, exclusiones y calificaciones de los beneficios del seguro. La póliza Maestra es el contrato y regirá y controlará el pago de las prestaciones.

ESTA ES UNA PÓLIZA GENERAL DE SOLO ACCIDENTES.

EE. UU. AXIS Insurance Company suscribe la cobertura de seguro en los EE. UU. 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, incluidos 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 las leyes estatales de los EE. UU. 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 PROPORCIONA COBERTURA MÉDICA MAYOR NI COBERTURA MÉDICA INTEGRAL Y NO HA SIDO DISEÑADO PARA SUSTITUIR UN SEGURO MÉDICO MAYOR. ADEMÁS, ESTE SEGURO NO CONSTITUYE BENEFICIOS ESENCIALES MÍNIMOS SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LA LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y ATENCIÓN MÉDICA ASEQUIBLE.

1846-VIRGINIA-MB-SP(02/25)

Elija su plan de cobertura: *Pago único por la cobertura de 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 de inscripción en la cobertura de accidentes para estudiantes completado 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 año lectivo siguiente, lo que ocurra en primer término. Toda la cobertura cesará si el titular de póliza 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 una reclamación que se produzca con anterioridad a la finalización de la cobertura.

	Con ampliación de la cobertura odontológica		Sin ampliación de la cobertura odontológica	
Accidente 24 horas Las 24 horas. Antes, durante y después de la escuela. Fines de semana, vacaciones y todo el verano, incluida la escuela de verano. Deportes escolares y extraescolares, excepto fútbol americano de la escuela secundaria	Opción baja Opción alta	$92.00 $136.00	Opción baja Opción alta	$82.00 $126.00
Accidente 24 horas (cobertura solo verano) El verano comienza al día siguiente de terminar el año lectivo. El verano finaliza el primer día del año lectivo siguiente.	Opción baja Opción alta	$31.00 $44.00	Opción baja Opción alta	$21.00 $34.00
Accidente en la escuela Durante el período lectivo normal, en las instalaciones del centro escolar durante las horas escolares. Viajes directos e ininterrumpidos de ida y vuelta entre la casa y las clases programadas. Actividades o deportes escolares y con supervisión escolar, excepto fútbol americano de la escuela secundaria. Viajes de ida y vuelta entre actividades o deportes escolares y con supervisión de la escuela mientras se encuentre en un vehículo facilitado o aprobado por la escuela.	Opción baja Opción alta	$29.00 $37.00	Opción baja Opción alta	$20.00 $28.00
Ampliación de la cobertura odontológica (solo accidentes) Cobertura complementaria ampliada para estudiantes con cobertura en la escuela, 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 para accidentes seleccionada. Sustituye la cobertura odontológica estándar por una cobertura del 80 % de los gastos razonables hasta un límite máximo de $10,000 por lesión				
Fútbol americano de la escuela secundaria Jugar o practicar fútbol americano programado regularmente. Consulte a su Departamento de Deportes para obtener instrucciones sobre la inscripción.	Opción baja Opción alta	$145.00 $221.00	Opción baja Opción alta	$136.00 $212.00
Fútbol americano de la escuela secundaria (solo primavera) Para nuevos jugadores que participen en el entrenamiento de primavera y que no estén ya asegurados con la Cobertura de fútbol americano. Las temporadas deportivas son definidas por la asociación deportiva de las escuelas secundarias de su estado.	Opción baja Opción alta	$64.00 $94.00	Opción baja Opción alta	$55.00 $84.00
Fútbol americano de la escuela secundaria y Accidentes en la escuela (Cubre todos los deportes)	Opción baja Opción alta	$174.00 $258.00	Opción baja Opción alta	$156.00 $240.00
Fútbol americano de la escuela secundaria y Accidente las 24 horas (Cubre todos los deportes)	Opción baja Opción alta	$237.00 $357.00	Opción baja Opción alta	$218.00 $338.00

Acerca de su cobertura

1. PERSONAS ELEGIBLES: Los estudiantes del titular de póliza que se inscriban y realicen la contribución requerida para la prima correspondiente a la cobertura seleccionada son Personas elegibles según la póliza. Dependiendo de la cobertura seleccionada, la cobertura puede continuar después de la graduación y entre años lectivos, a menos que la persona se inscriba en un distrito escolar diferente.
2. 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 debe volver a inscribirse en cada año lectivo.
3. Esta es una póliza de beneficios limitados.
4. FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA COBERTURA: El seguro entra en vigencia para un estudiante que se inscriba y realice la contribución requerida para la prima en la última de las siguientes fechas:
   a. la Fecha de entrada en vigencia de la póliza;
   b. la fecha en que la Compañía reciba el formulario de inscripción completado 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.
5. 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 titular de póliza cancela la póliza o cuando la persona deje de ser elegible. La terminación por cualquier motivo de la cobertura no afectará a una reclamación por un Accidente cubierto que se produzca con anterioridad a la fecha de terminación.
6. INSCRIPCIÓN TARDÍA: La cobertura se puede adquirir en cualquier momento durante el año lectivo. No habrá reducción de la prima para ninguna persona que se inscriba de manera tardía durante el año.
7. 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

o por correo con el formulario de inscripción adjunto.

1. Complete y separe el formulario de inscripción.
2. Extienda un cheque o giro postal pagadero a AXIS 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/a en el cheque o giro postal.
4. Envíe este formulario de inscripción con el pago por correo a:

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

5. El cheque cobrado, la factura de la tarjeta de crédito o el talón del giro postal serán su comprobante y confirmación de pago.
6. 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 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 DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante_____

Si se ha pagado la prima, el estudiante cuyo nombre aparece 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)
❑ EN LA ESCUELA ❑ FÚTBOL AMERICANO ❑ FÚTBOL AMERICANO (Solo primavera)
❑ AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA ODONTOLÓGICA

Pagado por cheque n.°_____ Monto pagado:_____ Fecha de pago:_____

Número de póliza_____

Suscrita por: AXIS Insurance Company

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

P.O. Box 2338 · Fort Wayne, IN 46801-2338 · 800-237-2917

EXCLUSIONES COMUNES

Además de los beneficios o exclusiones que sean específicos de la cobertura, no se pagarán beneficios por siniestros 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 Descripción de los beneficios o en la sección Condiciones de la cobertura:

1. lesión autoinfligida de manera intencional, suicidio o cualquier intento de hacerlo en su sano juicio o no;
2. cometer un delito o una agresión o intentar hacerlo;
3. efectuar disturbios o insurrección o participar activamente en ellos;
4. guerra o acto de guerra, declarada o no, o cualquier acto de guerra declarada 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 titular de póliza 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 Titular de póliza si se puede utilizar la Aeronave del modo que desee el Titular de póliza 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 siniestro 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, gas o vapor, a menos que sean recetados o tomados según las indicaciones de un Médico y de conformidad con la dosis recetada;
9. 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 ebrio, según lo definen las leyes para vehículos motorizados del estado en el que ocurrió el Siniestro cubierto;
10. 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;
11. un Accidente si la Persona asegurada es el operador de un vehículo de motor y no posee una licencia válida de operador de vehículo de motor, 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 manejo;
12. agravamiento, 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;
13. participar en actividades peligrosas, como los deportes de motos de nieve, vehículos todoterreno (todoterreno 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;
14. tratamiento médico o quirúrgico, procedimiento de diagnóstico, administración de anestesia, o percance o negligencia médica, incluida mala praxis, a menos que se produzca durante el tratamiento de una Lesión cubierta; o
15. no se pagarán beneficios por servicios o tratamientos proporcionados por cualquier persona que:
    a. sea empleada o contratada por el Titular de póliza;
    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
    d. sea la Persona asegurada.

GASTOS EXCLUIDOS

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

1. cirugía estética, excepto cirugía reconstructiva necesaria como consecuencia de una Lesión cubierta;
2. cualquier tratamiento, cirugía, tratamiento de salud o examen electivo o rutinario, incluido cualquier servicio, tratamiento de suministros que: (a) la Compañía considere experimental o experimental; y (b) no sea una práctica médica reconocida y generalmente aceptada en los Estados Unidos;
3. examen o recetas médicas, o compra, reparación o reemplazo de sillas de ruedas, férulas, aparatos ortopédicos, férulas ortopédicas o dispositivos ortopédicos;
4. tratamiento en cualquier establecimiento de la 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.

En ningún caso los pagos totales de la Compañía a favor de la Persona asegurada podrán superar el Máximo total correspondiente a todos los Beneficios médicos por accidentes indicado en el Programa de beneficios. Otras exclusiones que se aplican a este Beneficio se encuentran en la sección Exclusiones comunes.

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 receten o practiquen;
2. cumplan con los estándares generalmente aceptados de la práctica médica; y
3. sean indicados por un Médico y practicados bajo su atención, supervisión o dirección.

BENEFICIOS POR MUTILACIÓN O MUERTE ACCIDENTAL:

El Siniestro 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 Siniestros 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 pague a todas las Personas aseguradas los montos indicados por esta Póliza, el monto a pagar será la parte proporcional del siniestro de la Persona asegurada con respecto al total de todos los siniestros, 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 del habla y la audición (en ambos oídos)	$10,000
Pérdida de una mano o pie y de la vista en un ojo	$10,000
Pérdida de una mano o pie	$5,000
Pérdida de la vista en un ojo	$5,000
Pérdida del habla	$5,000
Pérdida de la audición (en ambos oídos)	$5,000
Pérdida de la audición en un oído	$2,500
Pérdida de los dedos pulgar e índice de la misma mano	$2,500
Exposición y desaparición	Incluido

Inscríbase en línea para recibir un servicio más rápido en www.StudentInsurance-kk.com

o complete y envíe este formulario por correo postal

Formulario de inscripción en la cobertura de accidentes para estudiantes (año lectivo 2025-2026)

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 grado: ❑ Prekinder/Preprimaria ❑ Kinder/Escuela primaria ❑ Escuela intermedia ❑ Escuela secundaria/Superior

Firma del padre/madre o tutor:_____

Fecha:_____ Dirección de correo electrónico:_____ 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 odontológica	❑ $92.00	❑ $136.00
24 HORAS, sin ampliación de la cobertura odontológica	❑ $82.00	❑ $126.00
24 HORAS, solo verano, con ampliación de la cobertura odontológica	❑ $31.00	❑ $44.00
24 HORAS, solo verano, sin ampliación de la cobertura odontológica	❑ $21.00	❑ $34.00
EN LA ESCUELA, con ampliación de la cobertura odontológica	❑ $29.00	❑ $37.00
EN LA ESCUELA, sin ampliación de la cobertura odontológica	❑ $20.00	❑ $28.00
FÚTBOL AMERICANO DE LA ESCUELA SECUNDARIA, todo el año, con ampliación de la cobertura odontológica	❑ $145.00	❑ $221.00
FÚTBOL AMERICANO DE LA ESCUELA SECUNDARIA, todo el año, sin ampliación de la cobertura odontológica	❑ $136.00	❑ $212.00
FÚTBOL AMERICANO DE LA ESCUELA SECUNDARIA, solo primavera, con ampliación de la cobertura odontológica *Para jugadores nuevos*	❑ $64.00	❑ $94.00
FÚTBOL AMERICANO DE LA ESCUELA SECUNDARIA, solo primavera, sin ampliación de la cobertura odontológica *Para jugadores nuevos*	❑ $55.00	❑ $84.00
FÚTBOL AMERICANO DE LA ESCUELA SECUNDARIA y EN LA ESCUELA, con ampliación de la cobertura odontológica *Cubre todos los deportes*	❑ $174.00	❑ $258.00
FÚTBOL AMERICANO DE LA ESCUELA SECUNDARIA y EN LA ESCUELA, sin ampliación de la cobertura odontológica *Cubre todos los deportes*	❑ $156.00	❑ $240.00
FÚTBOL AMERICANO DE LA ESCUELA SECUNDARIA y 24 HORAS, con ampliación de la cobertura odontológica *Cubre todos los deportes*	❑ $237.00	❑ $357.00
FÚTBOL AMERICANO DE LA ESCUELA SECUNDARIA y 24 HORAS, sin ampliación de la cobertura odontológica *Cubre todos los deportes*	❑ $218.00	❑ $338.00

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 PREVALECERÁ EN CASO DE CONFLICTO O RECLAMACIÓN. LA VERSIÓN EN ESPAÑOL SE PROPORCIONA CON FINES EXCLUSIVAMENTE INFORMATIVOS.

Adjunte el cheque por el importe total pagadero a: AXIS INSURANCE COMPANY. Se aceptan cheques, giros postales o tarjetas de crédito.
NO ENVÍE DINERO EN EFECTIVO
MONTO TOTAL ENVIADO: $_____

Consulte el AVISO IMPORTANTE - ADVERTENCIA DE FRAUDE en la página siguiente.

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

Complete 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 es distinta de la anterior)*

N.° de calle_____ Dirección_____ N.° de apto._____

Ciudad:_____ Estado:_____ Código postal:_____

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

Firma del titular de la tarjeta:_____

La Compañía no emite reembolsos ni se hace responsable de los pagos en efectivo. (Si el banco rechaza el cheque o la tarjeta de crédito por cualquier motivo, se 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 los 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 Nuevo 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 Nueva 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 Pensilvania:** 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.