

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.



**Gwinnett County
Board of Education**

Dr. Tarece Johnson-Morgan
2023 Chairperson
District V

Steven B. Knudsen
2023 Vice Chair
District II

Karen Watkins
District I

Dr. Mary Kay Murphy
District III

Dr. Adrienne Simmons
District IV

Dr. Calvin J. Watts
Superintendent

**The Mission of
Gwinnett County
Public Schools**
*is to pursue excellence
in academic knowledge,
skills, and behavior
for each student,
resulting in measured
improvement against
local, national, and
world-class standards.*

437 Old Peachtree Road, NW
Suwanee, GA 30024-2978
678-301-6000
www.gcpsk12.org

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



Gwinnett County Public Schools is a
Learning 2025 Demonstration District.

July 18, 2023

Dear Parent and/or Guardian,

RE: 2023/2024 Student Insurance

We are pleased to provide you with information about Student Accident Insurance available through K&K Insurance. This affordable insurance plan can help cover costs associated with accidental injuries to your student.

This insurance plan is not intended to replace your child's health insurance coverage. Rather, this insurance can supplement any existing insurance policies, providing a specified amount of coverage if your student should be injured at school. (For greater protection, you may select the "full time" plan, offering 24-hour accident coverage.)

WHAT IS THE COST?

SCHOOL TIME: \$ 18.00 Low Option or \$26.00 High Option without dental
\$ 26.00 Low Option or \$34.00 High Option with dental

FULL TIME (24 HR): \$ 75.00 Low Option or \$114 High Option without dental
\$ 83.00 Low Option or \$122.00 High Option with dental

To enroll, file a claim, or for more information about the plans, visit K & K Insurance at **www.studentinsurance-kk.com**.

If you have any other questions, please contact Cheryl Norris, K&K Insurance, at 855-742-3135.

Sincerely,


Dawn Jones

Assistant Director
Risk Management

2023-2024 Student Accident Coverage

Serviced by: **K&K Insurance Group, Inc.** Phone: 855-742-3135



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.*

Compare and Choose	Low Option Accident Only	High Option Accident Only
Maximum Benefit:	\$25,000 (For Each Injury)	\$25,000 (For Each Injury)
Deductible:	\$0	\$0
Inpatient Hospital Services		
Room & Board Expenses:	Up to \$150 per day/ Semi-private room rate	80% of Usual and Customary Charges/ Semi-private room rate
Miscellaneous Expenses:	\$600 maximum per day	\$1,200 maximum per day
Physician's Visits: (Limited to one visit per day)	\$40 first day/\$25 each subsequent day	\$60 first day/\$40 each subsequent day
Ambulatory Medical Center	\$1,000 maximum	\$1,200 maximum
Emergency Room Treatment: (Treatment must be rendered within 72 hours from the time of the injury)	\$150 maximum	\$300 maximum
Surgery (*Allowance is calculated: 100% of Usual and Customary Charges for the 1st procedure, 50% of Usual and Customary Charges for the 2nd procedure, and 25% of Usual and Customary Charges for each additional procedure when performed through different incisions/portals.)	\$1,000 maximum	\$1,200 maximum
Assistant Surgeon	100% of Usual and Customary Charges (*Allowance is calculated: 20% of the surgical maximum for the surgery performed as indicated above.)	100% of Usual and Customary Charges (*Allowance is calculated: 25% of the surgical maximum for the surgery performed as indicated above.)
Anesthesia and its Administration	100% of Usual and Customary Charges (*Allowance is calculated: 20% of the surgical maximum for the surgery performed as indicated above.)	100% of Usual and Customary Charges (*Allowance is calculated: 25% of the surgical maximum for the surgery performed as indicated above.)
Outpatient		
Outpatient Physician Visits: (Limited to one visit per day)	\$40 first day/\$25 each subsequent day	\$60 first day/\$40 each subsequent day
Outpatient X-ray:	\$200 maximum	\$600 maximum
Outpatient Diagnostic Imaging Services:	\$300 maximum	\$600 maximum
Outpatient Laboratory:	\$50 maximum	\$300 maximum
Outpatient Physiotherapy: (Limited to one visit per day. Includes acupuncture; microthermy; manipulation; diathermy; massage therapy; heat treatment; and ultrasonic treatment)	\$30 first day/\$20 each subsequent day/ 5 days maximum	\$60 first day/\$40 each subsequent day/ 5 days maximum
Ambulance Services: (Air and Ground)	\$300 maximum	\$800 maximum
Medical Equipment Rental: (Includes Orthopedic devices)	\$75 maximum	\$140 maximum
Dental Services:	\$10,000 maximum per policy term if extended dental option is purchased. \$200 per tooth if extended dental option is not purchased.	\$10,000 maximum per policy term if extended dental option is purchased. \$500 per tooth if extended dental option is not purchased.
Prescription Drugs:	\$75 maximum	\$200 maximum
Consultant:	\$200 maximum	\$400 maximum
Replacement of Eye Glasses, Contact Lenses or Hearing Aids:	100% of Usual and Customary Charges	100% of Usual and Customary Charges

THIS IS A BLANKET ACCIDENT ONLY POLICY.

U.S. Insurance coverage is underwritten by AXIS Insurance Company under group policy form series number BACC-001-0909, et al. Coverage is subject to exclusions and limitations, and may not be available in all US states and jurisdictions. Product availability and plan design features, including eligibility requirements, descriptions of benefits, exclusions or limitations may vary depending on local country or US state laws. Full terms and conditions of coverage, including effective dates of coverage, benefits, limitations, and exclusions, are set forth in the policy.

The amount of benefits provided depends upon the plan selected; the premium will vary with the amount of the benefits selected.

THIS INSURANCE DOES NOT COORDINATE WITH ANY OTHER INSURANCE PLAN. IT DOES NOT PROVIDE MAJOR MEDICAL OR COMPREHENSIVE MEDICAL COVERAGE AND IS NOT DESIGNED TO REPLACE MAJOR MEDICAL INSURANCE. FURTHER, THIS INSURANCE IS NOT MINIMUM ESSENTIAL BENEFITS AS SET FORTH UNDER THE PATIENT PROTECTION AND AFFORDABLE CARE ACT.

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

PLEASE NOTE - FOR COVERAGE PLANS LISTED BELOW

Coverage Effective Date: A person's coverage takes effect at the later of the date his or her completed student accident enrollment form 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 an eligible person per the definition below. 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 Around-the-clock. Before, during and after school. Weekends, vacation and all summer including summer school. School sponsored and extracurricular sports excluding High School Football.	Low Option High Option	\$83.00 \$122.00	Low Option High Option	\$75.00 \$114.00
24-Hour Accident (Summer Only Coverage) Summer begins on the first day after the school year ends. Summer ends the first day of the next school year.	Low Option High Option	\$27.00 \$38.00	Low Option High Option	\$19.00 \$30.00
At-School Accident 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 High Option	\$26.00 \$34.00	Low Option High Option	\$18.00 \$26.00
Extended Dental (Accident Only) Supplemental coverage extended to students with At-School, 24-Hour or Football Coverage – Limited to Covered Person's policy effective dates and accident only coverage option selected. Replaces standard dental coverage with coverage of 80% of Reasonable Charges to a maximum limit of \$10,000 per policy term.				
High School Football Play or practice of regularly scheduled football.	Low Option High Option	\$136.00 \$208.00	Low Option High Option	\$128.00 \$200.00
High School Football (Spring Only) 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 High Option	\$58.00 \$88.00	Low Option High Option	\$50.00 \$80.00

About Your Coverage

1. ELIGIBLE PERSONS: students of the policyholder who enroll and make the required premium contribution for the coverage selected are Eligible Persons under the Policy. Depending on the coverage selected, coverage may continue after graduation and between school years unless the person enrolls at a different school district.
2. The Master Policy is on file with the school district and is a non-renewable policy. The student coverage selected is non-renewable and requires the student to re-enroll each school year.
3. This is a limited benefit policy.
4. COVERAGE EFFECTIVE DATE: Insurance becomes effective for a student who enrolls and makes the required premium contribution on the latest of the following dates:
 - a. the Policy Effective Date;
 - b. the date the Company receives student's completed enrollment form and the required premium payment.In no event will insurance for the Eligible Person become effective before the Policy Effective Date.
5. COVERAGE TERMINATION DATE: Coverage ends on the earlier of the date: he or she is no longer an Eligible Person, the end of the 1 year coverage term or the date the School's policy ends. 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 for a Covered Accident that occurs before the termination date.
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: Your coverage under the Policy will not be cancelled, and accordingly, premiums may not be refunded after acceptance by the Company.

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 Axis 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

 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: AXIS Insurance Company
Claims Questions: K&K Insurance Group, Inc.
1712 Magnavox Way • Fort Wayne, IN 46801 • 800-237-2917

COMMON EXCLUSIONS

In addition to any benefit or coverage specific exclusion, benefits will not be paid for any loss which directly or indirectly, in whole or in part, is caused by or results from any of the following unless coverage is specifically provided for by name in the Description of Benefits Section or Conditions of Coverage Section:

1. intentionally self-inflicted injury, suicide, or any attempt while sane or insane;

2. commission or attempt to commit a felony or an assault;

3. commission of or active participation in a riot or insurrection;

4. declared or undeclared war or act of war or any act of declared or undeclared war unless specifically provided by this Policy;

5. flight in, boarding or alighting from an Aircraft, except as a passenger on a regularly scheduled commercial airline;

6. travel in any Aircraft owned, leased operated or controlled by the Policyholder, or any of its subsidiaries or affiliates. An Aircraft will be deemed to be "controlled" by the Policyholder if the Aircraft may be used as the Policyholder wishes for more than 10 straight days, or more than 15 days in any year;

7. sickness, disease, bodily or mental infirmity, bacterial or viral infection or medical or surgical treatment thereof, (including exposure, whether or not Accidental, to viral, bacterial or chemical agents) whether the loss results directly or non directly from the treatment except for any bacterial infection resulting from an Accidental external cut or wound or Accidental ingestion of contaminated food;

8. voluntary ingestion of any narcotic, drug, poison, gas or fumes, unless prescribed or taken under the direction of a Physician and taken in accordance with the prescribed dosage;
9. injuries compensable under Workers' Compensation law or any similar law;

10. operating any type of vehicle or Conveyance while under the influence of alcohol or any drug, narcotic or other intoxicant including any prescribed drug for which the Insured Person has been provided a written warning against operating a vehicle or Conveyance while taking it. Under the influence of alcohol, for purposes of this exclusion, means intoxicated, as defined by the motor vehicle laws of the state in which the Covered Loss occurred;

11. the Insured Person's intoxication. The Insured Person is conclusively deemed to be intoxicated if the level in His blood exceeds the amount at which a person is presumed, under the law of the locale in which the accident occurred, to be under the influence of alcohol if operating a motor vehicle, regardless of whether He is in fact operating a motor vehicle, when the injury occurs. An autopsy report from a licensed medical examiner, law enforcement officer's report, or similar items will be considered proof of the Insured Person's intoxication;

12. an Accident if the Insured Person is the operator of a motor vehicle and does not possess a valid motor vehicle operator's license, unless: (a) the Insured Person holds a valid learners permit and (b) the Insured Person is receiving instruction from a driver's education instructor;
13. aggravation, during a Covered Activity, of an injury the Insured Person suffered before participating in that Covered Activity unless the Company receives a written medical release from the Insured Person's Physician;

14. 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;

15. medical or surgical treatment, diagnostic procedure, administration of anesthesia, or medical mishap or negligence, including malpractice unless it occurs during treatment of a Covered Injury; or

16. benefits will not be paid for services or treatment rendered by any person who is:

a. employed or retained by the Policyholder;

b. living in the Insured Person's household;

c. an Immediate Family Member, including domestic partner, of either the Insured Person or the Insured Person's Spouse; or

d. the Insured Person.

EXCLUDED EXPENSES

The following will not be considered Medically Necessary Covered Expenses unless coverage is specifically provided:

1. cosmetic surgery, except for reconstructive surgery needed as the result of a Covered Injury;

2. any elective or routine treatment, surgery, health treatment, or examination, including any service, treatment of supplies that: (a) are deemed by the Company to be experimental or investigational; and (b) are not recognized and generally accepted medical practice in the United States;

3. examination or prescriptions for, or purchase, repair or replacement of wheelchairs, braces, appliances, orthopedic braces, or orthotic devices;
4. treatment in any Veteran's Administration, Federal, or state facility, unless there is a legal obligation to pay;

5. services or treatment provided by persons who do not normally charge for their services, unless there is a legal obligation to pay;

6. repair or replacement of existing artificial limbs, eyes and larynx;
7. treatment of an injury resulting from a condition that the Insured Person knew existed on the date of a Covered Accident, unless the Company has received a written medical release from his Physician.

ACCIDENT ONLY DEFINITIONS:

Covered Injury means Accidental bodily injury:

1. which is sustained by an Insured Person as a direct result of an unintended, unanticipated Covered Accident that is external to the body and that occurs while the injured person's coverage under the Policy is in force;
2. which results directly and independently from all other causes from a Covered Accident; and
3. which occurs while such person is participating in a Covered Activity. The Covered Injury must be caused through Accidental means. All injuries sustained by an Insured Person in any one Covered Accident, including related conditions and recurrent symptoms of these injuries, are considered a single injury.

Accident or Accidental: means a sudden, unexpected, specific and abrupt event that occurs by chance at an identifiable time and place while the Insured Person is covered under this Policy.

Covered Expenses: means expenses actually incurred by or on behalf of an Insured Person for treatment, services and supplies covered by this Policy. A Covered Expense is deemed to be incurred on the date treatment, service or supply that gave rise to the expense or the charge, was rendered or obtained.

Medically Necessary: means medical services that:

1. are essential for diagnosis, treatment or care of the Covered Injury for which it is prescribed or performed;
2. meets generally accepted standards of medical practice; and
3. are ordered by a Physician and performed under His care, supervision or order.

ACCIDENTAL DEATH AND DISMEMBERMENT BENEFITS:

Covered Loss must occur within 365 days of the Covered Accident. Not more than the Aggregate Limit of \$500,000 will be paid for all Covered Losses, Covered Accidents and Covered Injuries suffered by all Insured Persons as the result of any one Covered Accident that occurs under one of the Conditions of Coverage. This Aggregate Limit is payable only once, should more than one Condition of Coverage apply, We will pay the greater amount. If this amount does not allow all Insured Persons to be paid the amounts this Policy otherwise provides, the amount paid will be the proportion of the Insured Person's loss to the total of all losses, multiplied by the Aggregate Limit.

COVERED LOSS	BENEFIT AMOUNT
Loss of Life	\$10,000
Loss of Two or More Hands or Feet	\$10,000
Loss of Sight of Both Eyes	\$10,000
Loss of Speech and Hearing (in Both Ears)	\$10,000
Loss of One Hand or Foot and Sight in One Eye	\$10,000
Loss of One Hand or Foot	\$5,000
Loss of Sight in One Eye	\$5,000
Loss of Speech	\$5,000
Loss of Hearing (in Both Ears)	\$5,000
Loss of Hearing in One Ear	\$2,500
Loss of Thumb and Index Finger of the same Hand	\$2,500
Exposure and Disappearance	Included

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

Student Accident Enrollment Form (School Year 2023-2024)

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	High Option
24-HOUR with Extended Dental	☐ \$83.00	☐ \$122.00
24-HOUR without Extended Dental	☐ \$75.00	☐ \$114.00
Summer Only 24-HOUR with Extended Dental	☐ \$27.00	☐ \$38.00
Summer Only 24-HOUR without Extended Dental	☐ \$19.00	☐ \$30.00
AT-SCHOOL with Extended Dental	☐ \$26.00	☐ \$34.00
AT-SCHOOL without Extended Dental	☐ \$18.00	☐ \$26.00
HIGH SCHOOL FOOTBALL Coverage		
with Extended Dental	☐ \$136.00	☐ \$208.00
without Extended Dental	☐ \$128.00	☐ \$200.00
*For New Players		
*Football Spring with Extended Dental	☐ \$58.00	☐ \$88.00
*Football Spring without Extended Dental	☐ \$50.00	☐ \$80.00

Enclose check for total payment payable to: **AXIS INSURANCE COMPANY**. Checks, money orders, or credit cards accepted.

DO NOT SEND CASH

TOTAL ENCLOSED: \$ _____

See Important Notice - Fraud Warning on next page.

Mail this completed form with payment back 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.)

IMPORTANT NOTICE - FRAUD WARNING

- **In General, and specifically for residents of Arkansas, Illinois, Louisiana, Rhode Island and West Virginia:** Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.
- **For Residents of Alabama:** Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to restitution fines and confinement in prison, or any combination thereof.
- **For Residents of California:** For your protection California law requires the following to appear on this form. Any person who knowingly presents false or fraudulent information to obtain or amend insurance coverage or to make a claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.
- **For residents of Colorado:** It is unlawful to knowingly provide false, incomplete, or misleading facts or information to an insurance company for the purpose of defrauding or attempting to defraud the company. Penalties may include imprisonment, fines, denial of insurance, and civil damages. Any insurance company or agent of an insurance company who knowingly provides false, incomplete, or misleading facts or information to a policyholder or claimant for the purpose of defrauding or attempting to defraud the policyholder or claimant with regard to a settlement or award payable from insurance proceeds shall be reported to the Colorado division of insurance within the department of regulatory agencies.
- **For residents of the District of Columbia:** WARNING: It is a crime to provide false or misleading information to an insurer for the purpose of defrauding the insurer or any other person. Penalties include imprisonment and/or fines. In addition, an insurer may deny insurance benefits if false information materially related to a claim was provided by the applicant.
- **For residents of Florida:** Any person who knowingly and with intent to injure, defraud, or deceive any insurer files a statement of claim or an application containing any false, incomplete, or misleading information is guilty of a felony of the third degree.
- **For residents of Kentucky:** Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance containing any materially false information or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime.
- **For residents of Maine, Tennessee and Washington:** It is a crime to knowingly provide false, incomplete or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines and denial of insurance benefits.
- **For residents of Maryland:** Any person who knowingly or willfully presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or who knowingly or willfully presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.
- **For residents of New Hampshire:** Any person who, with a purpose to injure, defraud, or deceive any insurance company, files a statement of claim containing any false, incomplete, or misleading information is subject to prosecution and punishment for insurance fraud, as provided in RSA 638:20.
- **For residents of New Jersey:** Any person who includes any false or misleading information on an application for an insurance policy is subject to criminal and civil penalties.
- **For residents of New Mexico:** ANY PERSON WHO KNOWINGLY PRESENTS A FALSE OR FRAUDULENT CLAIM FOR PAYMENT OF A LOSS OR BENEFIT OR KNOWINGLY PRESENTS FALSE INFORMATION IN AN APPLICATION FOR INSURANCE IS GUILTY OF A CRIME AND MAY BE SUBJECT TO CIVIL FINES AND CRIMINAL PENALTIES.
- **For residents of New York:** Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information, or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent insurance act, which is a crime, and shall also be subject to a civil penalty not to exceed five thousand dollars and the stated value of the claim for each such violation.
- **For residents of Ohio:** Any person who, with intent to defraud or knowing that he is facilitating a fraud against an insurer, submits an application or files a claim containing a false or deceptive statement is guilty of insurance fraud.
- **For residents of Oklahoma:** WARNING: Any person who knowingly, and with intent to injure, defraud or deceive any insurer, makes any claim for the proceeds of an insurance policy containing any false, incomplete or misleading information is guilty of a felony.
- **For residents of Oregon:** Any person who knowingly and willfully presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or who knowingly or willfully presents false information in an application for insurance may be guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.
- **For residents of Pennsylvania:** Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime and subjects such person to criminal and civil penalties.
- **For residents of Texas:** Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.
- **For residents of Virginia:** Any person who with the intent to defraud or knowing that he is facilitating a fraud against an insurer submits an application or files a false or deceptive statement may have violated state law.



**Gwinnett County
Board of Education**

Dr. Tarece Johnson-Morgan
2023 Chairperson
District V

Steven B. Knudsen
2023 Vice Chair
District II

Karen Watkins
District I

Dr. Mary Kay Murphy
District III

Dr. Adrienne Simmons
District IV

Dr. Calvin J. Watts
Superintendent

**The Mission of
Gwinnett County
Public Schools**
*is to pursue excellence
in academic knowledge,
skills, and behavior
for each student,
resulting in measured
improvement against
local, national, and
world-class standards.*

437 Old Peachtree Road, NW
Suwanee, GA 30024-2978
678-301-6000
www.gcpsk12.org

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



Gwinnett County Public Schools is a
Learning 2025 Demonstration District.

18 de julio de 2023

PADRES O TUTORES DE ALUMNOS,

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

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

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

¿CUAL ES EL COSTO?:

DURANTE EL HORARIO ESCOLAR:

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

TIEMPO COMPLETO (24 HR):

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

Para inscribirse, presentar un reclamo o para obtener más información sobre los planes, visite K & K Insurance en www.studentinsurance-kk.com.

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

Atentamente,

Amanecer Jones

Subgerente

Gestión de riesgos

Cobertura contra accidentes para estudiantes 2023-2024

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



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

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

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

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

ESTA ES UNA PÓLIZA GENERAL SOLO ACCIDENTES.

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

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

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

Elija su plan de cobertura:

Pago único por la cobertura contra accidentes

Tenga en cuenta para los planes de cobertura que se indican a continuación

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

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

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

Acerca de su cobertura

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

Inscríbase en línea en:

www.StudentInsurance-kk.com

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

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

Política de privacidad

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

Administrado por:

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

Recorte la tarjeta y guárdela como referencia

TARJETA DE SEGURO DE ESTUDIANTE

Nombre del estudiante

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

Distrito escolar:

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

☐ ESCOLAR ☐ FÚTBOL AMERICANO ☐ FÚTBOL AMERICANO (solo primavera)

☐ AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA DENTAL

Pagada mediante cheque n.º

Monto pagado:

Fecha de pago:

N.º de póliza

Suscrita por: AXIS Insurance Company

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

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

EXCLUSIONES COMUNES

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

1. lesión autoinfligida de manera intencional, suicidio o cualquier intento de hacerlo en su sano juicio o no;

2. comisión o intento de cometer un delito o una agresión;

3. comisión de un disturbio o insurrección, o participación activa en estos;

4. guerra o acto de guerra, declarada o no, o cualquier acto de guerra, declarado o no, a menos que esta póliza lo estipule específicamente;

5. vuelo, embarque o desembarque desde una aeronave, excepto como pasajero en una aerolínea comercial de programación regular;

6. viajes en una aeronave propiedad del tomador o de una de sus subsidiarias o afiliadas, o alquilada, operada o controlada por cualquiera de ellos. Se considerará que una aeronave está "controlada" por el tomador si se puede utilizar la aeronave del modo que desee el tomador durante más de 10 días consecutivos o durante más de 15 días a lo largo de un año;

7. enfermedad, dolencia, debilidad corporal o mental, infección bacteriana o viral, o su tratamiento médico o quirúrgico (incluida la exposición, accidental o no, a agentes virales, bacterianos o químicos), independientemente de si el perjuicio fue consecuencia directa o indirecta del tratamiento; excepto infecciones bacterianas causadas por un corte o herida externos accidentales o por la ingesta accidental de alimentos contaminados;

8. ingesta voluntaria de cualquier narcótico, droga, veneno, gases o humos, a menos que sean recetados o tomados según las indicaciones de un médico y de conformidad con la dosis recetada;
9. lesiones compensables conforme a la Ley de Indemnización Laboral u otra ley similar;

10. conducción de cualquier tipo de vehículo o transporte bajo la influencia de alcohol o drogas, narcóticos u otro estupefaciente, incluidos medicamentos recetados para los que la persona asegurada ha recibido una advertencia escrita sobre la imposibilidad de conducir un vehículo o transporte mientras los toma. A los fines de esta exclusión, bajo la influencia de alcohol significa estar embriagado, según lo definen las leyes para vehículos motorizados del estado en el que ocurrió el perjuicio cubierto;

11. ebriedad de la persona asegurada. Se considerará de manera concluyente que la persona asegurada está ebria si el nivel en sangre excede la cantidad a la que se supone que una persona, conforme a las leyes de la localidad en la que ocurrió el accidente, está bajo la influencia de alcohol si conduce un vehículo motorizado, independientemente de si de hecho estaba conduciendo un vehículo motorizado, cuando se produce la lesión. El informe de una autopsia de un médico forense con licencia, el informe de un agente de policía o similar se considerará prueba de la ebriedad de la persona asegurada;

12. un accidente cuando la persona asegurada sea el conductor de un vehículo motorizado y no posea una licencia válida para conducir un vehículo motorizado, a menos que: (a) la persona asegurada sea titular de un permiso de aprendizaje válido y (b) la persona asegurada reciba instrucciones de un instructor de educación vial;
13. empeoramiento, durante una actividad cubierta, de una lesión que sufrió la persona asegurada antes de participar en esa actividad cubierta, a menos que la compañía reciba una autorización médica por escrito del médico de la persona asegurada;

14. participación en actividades peligrosas, como los deportes de motos de nieve, todoterrenos (todoterrenos o vehículos con ruedas de un tipo similar), embarcaciones personales, caída libre, submarinismo, buceo a pulmón, ala delta, espeleología, *bungee jumping*, paracaidismo o escalada de montaña;

15. tratamiento médico o quirúrgico, procedimiento de diagnóstico, administración de anestesia, o percance o negligencia médica, incluida mala praxis, a menos que se produzca durante el tratamiento de una lesión cubierta;

16. no se pagarán beneficios por servicios o tratamientos proporcionados por cualquier persona que:

a. sea empleada o contratada por el tomador;

b. viva en la casa de la persona asegurada;

c. sea un familiar directo, incluida la pareja de hecho, de la persona asegurada o del cónyuge de la persona asegurada; o que

d. sea la persona asegurada.

GASTOS EXCLUIDOS

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

1. cirugía estética, excepto cirugía reconstructiva necesaria como consecuencia de una lesión cubierta;

2. tratamientos, cirugías, tratamientos sanitarios o exámenes, de carácter electivo o rutinario, incluidos servicios, tratamientos o suministros, que: (a) sean considerados experimentales o de investigación por parte de la Compañía; y que (b) no se reconozcan y acepten de manera general como práctica médica en los Estados Unidos;
3. examen o prescripción médica, o compra, reparación o reemplazo, de sillas de ruedas, aparatos ortopédicos o dispositivos ortopédicos;

4. tratamiento en un establecimiento de cualquier Administración de Veteranos, federal o estatal, a menos que exista una obligación legal de pago;

5. servicios o tratamientos proporcionados por personas que normalmente no cobran por sus servicios, a menos que exista una obligación legal de pago;
6. reparación o reemplazo de extremidades, ojos o laringe artificiales;

7. tratamiento de una lesión causada por una afección que la persona asegurada sabía que existía en la fecha de un accidente cubierto, a menos que la Compañía hubiera recibido del médico de dicha persona un alta médica por escrito.

DEFINICIONES PARA SOLO ACCIDENTES:

Lesión cubierta significa una lesión corporal accidental:

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

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

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

Necesarios por razones médicas significa servicios médicos que:

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

BENEFICIOS POR MUERTE O MUTILACIÓN ACCIDENTAL:

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

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

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 contra accidentes para estudiantes (año lectivo 2023-2024)

Apellido del estudiante: _____

Nombre del estudiante: _____

Segundo nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre del distrito escolar (obligatorio): _____

Nombre del centro escolar: _____

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

Firma del progenitor o tutor: _____

Fecha: _____ Dirección de e-mail: _____ Número de teléfono: _____

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

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

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

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

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

MONTO TOTAL ENVIADO: \$ _____

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

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

Cumplimente esta sección solo si desea pagar con tarjeta de crédito

Nombre completo tal como aparezca en la tarjeta

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

Dirección de facturación (si fuera distinta de la anterior)

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

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

Firma del titular de la tarjeta: _____

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

AVISO IMPORTANTE - ADVERTENCIA DE FRAUDE

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