

COBERTURA EN LA ESCUELA \$40.00

Participar o asistir a cualquier actividad patrocinada por el Titular de la Póliza, excluido el fútbol de la escuela secundaria, o mientras viaja hacia o desde la residencia de la Persona Asegurada y las instalaciones del Titular de la Póliza en los días en que la Persona Asegurada tiene clases programadas con regularidad o en cualquier otro momento si viaja en transporte provisto o aprobado por el Titular de la Póliza. Actividades cubiertas por la escuela: 1. instrucción en el aula de clases programada con regularidad; 2. período de recreo o almuerzo programado y supervisado con regularidad; 3. un período de estudio o período de instrucción especial supervisado por un miembro del profesorado de la Escuela; 4. una Actividad Escolar Supervisada y Patrocinada; o 5. Viaje Escolar Cubierto.

COBERTURA DE 24 HORAS \$150.00

La Compañía pagará el Monto del Beneficio que se muestra en el Programa de Beneficios, sujeto a todas las condiciones y exclusiones aplicables, cuando la Persona Asegurada sufra una Pérdida Cubierta que ocurra en cualquier momento mientras esté asegurada por esta Póliza.
Exclusiones: esta cobertura no tendrá efecto mientras la Persona Asegurada participe en cualquier actividad, incluidas las pruebas, la práctica o cualquier competencia o juego para fútbol americano de tacleo

Interescolar de la Escuela Secundaria para estudiantes en el 9.º grado o superior, o estudiantes de los dos primeros cursos de secundaria (Junior High School) y estudiantes de secundaria intermedia (Middle School) que participan con estudiantes del 9.º grado o superior en fútbol americano de tacleo Interescolar.

**TEMPORADA DE FÚTBOL AMERICANO COMPLETA \$300.00
FÚTBOL AMERICANO DE PRIMAVERA \$125.00**

Practicar o jugar fútbol americano de escuela secundaria de conformidad con las reglas de la autoridad atlética de la escuela secundaria del estado. Los viajes en grupo o en equipo supervisados por el Titular de la Póliza hacia o desde una práctica o juego están cubiertos si se realizan en un vehículo proporcionado o aprobado por el Titular de la Póliza. La compañía pagará el Monto del Beneficio que se muestra en el Programa de Beneficios, sujeto a todas las condiciones y exclusiones aplicables, cuando la Persona Asegurada sufra una Pérdida Cubierta que ocurra mientras esté participando o asistiendo a una de las siguientes Actividades Deportivas Cubiertas: 1. práctica o entrenamiento programados con regularidad; 2. competición o juego de exhibición programados con regularidad; 3. una prueba programada, una sesión de entrenamiento o una reunión de equipo; 4. una Actividad Deportiva Supervisada y Patrocinada; o 5. Viaje Deportivo Cubierto.

BENEFICIOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

La póliza proporciona beneficios por pérdida debido a una Lesión Cubierta hasta el Máximo Total para todos los Beneficios Médicos por Accidentes de \$50,000 por cada Accidente Cubierto. No hay deducible. El límite de beneficio para Pérdidas Cubiertas por cualquier Accidente Automovilístico es de \$2,500. El tratamiento médico debe ser proporcionado por un Médico calificado y autorizado y debe comenzar dentro de los 90 días a partir de la fecha del Accidente Cubierto. Los beneficios serán pagaderos por los Gastos Cubiertos incurridos dentro de las 52 semanas a partir de la fecha del Accidente Cubierto hasta el Monto Máximo de Beneficios por servicio, según se muestra en el Programa de Beneficios de la Póliza.

BENEFICIOS POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

La Pérdida Cubierta debe ocurrir dentro de los 365 días posteriores al Accidente Cubierto. Cantidad principal: \$5,000. Beneficio por desmembramiento: \$10,000. Se incluye Exposición y Desaparición.

Pérdida Cubierta	Monto del Beneficio
Pérdida de la vida	100 % del total principal
Pérdida de dos o más manos o pies	100 % del beneficio por desmembramiento
Pérdida de la vista en ambos ojos	100 % del beneficio por desmembramiento
Pérdida del habla y audición (en ambos oídos)	100 % del beneficio por desmembramiento
Pérdida de una mano o un pie y de la vista en un ojo	100 % del beneficio por desmembramiento
Pérdida de una mano o un pie	50 % del beneficio por desmembramiento
Pérdida de la vista en un ojo	50 % del beneficio por desmembramiento
Pérdida del habla	50 % del beneficio por desmembramiento
Pérdida de la audición (en ambos oídos)	50 % del beneficio por desmembramiento
Pérdida de la audición en un oído	25 % del beneficio por desmembramiento
Pérdida del dedo pulgar e índice en la misma mano	25 % del beneficio por desmembramiento

PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS POR ACCIDENTES

La compañía determinará el monto de cada Gasto Cubierto y, cuando corresponda, cada Cargo Usual y Habitual.

Gastos cubiertos	Porcentaje de beneficios y otros límites
Beneficio médico ampliado para afecciones deportivas cubiertas	100 % de los Cargos Usuales y Habituales (Afecciones Deportivas Cubiertas: bursitis, esguinces, hernias, desgarros musculares, tendinitis y lesiones por movimientos repetitivos)
Afecciones cardíacas y circulatorias Afecciones cardíacas y circulatorias cubiertas	100 % de los Cargos Usuales y Habituales agotamiento por calor; infarto de miocardio; paro cardíaco, accidente cerebrovascular; rotura de un aneurisma
Servicios de hospitalización Gastos de alojamiento y manutención Unidad de cuidados intensivos Habitación privada/semiprivada	\$250 por día sujeto a un máximo de \$1,000 \$200 por día
Gastos varios Servicios de enfermería de fisioterapia en el hospital Pruebas previas a la admisión de aparatos ortopédicos	80 % de los Cargos Usuales y Habituales sujetos a un máximo de \$1,200 Incluido en el máximo anterior Incluido en el máximo anterior Incluido en el máximo anterior
Centro Médico Ambulatorio	Máximo de \$350
Tratamiento en la sala de emergencias	Máximo de \$200
Servicios médicos	
Cirugía	50 % de los cargos regulares y habituales sujetos a un máximo de \$1,250
*El subsidio se calcula: 100 % de los Cargos Usuales y Habituales para el 1.º procedimiento, 50 % de los Cargos Usuales y Habituales para el 2.º procedimiento y 25 % de los Cargos Usuales y Habituales para cada procedimiento adicional cuando se realiza a través de diferentes incisiones/portales.	
Cirujano Asistente	Máximo de \$315
*El subsidio se calcula: 25% de los Cargos Usuales y Habituales por la cirugía realizada según lo indicado anteriormente.	
Anestesia y su administración	Máximo de \$315
*El subsidio se calcula: 25% de los Cargos Usuales y Habituales por la cirugía realizada según lo indicado anteriormente.	
Uso de los centros quirúrgicos del médico	Máximo de \$350
Asistente médico	No cubierto
Segunda opinión o consulta	Máximo de \$50
Visitas dentro del hospital	\$40 para la primera visita, \$25 para las siguientes visitas. Limitado a una visita al día.
Visitas al consultorio	\$40 para la primera visita, \$25 para las siguientes visitas. Limitado a una visita al día.
Radiografías ambulatorias	Máximo \$250
Tomografía computarizada (TC), imagen por resonancia magnética (IRM) y pruebas de laboratorio para pacientes ambulatorios	Máximo de \$300
Fisioterapia ambulatoria	\$25 por visita sujeta a un máximo de 10 visitas (incluye acupuntura, microtermia, manipulación, diatermia, terapia de masaje, tratamiento térmico y tratamiento ultrasónico)
Servicios de enfermería ambulatoria	100 % de los Cargos Usuales y Habituales
Servicios de ambulancia (aérea y terrestre)	Máximo de \$150
Alquiler del equipo médico	Máximo de \$75 (incluye dispositivos ortopédicos)
Servicios y suministros médicos	Máximo de \$75
Servicios dentales	\$150 por día
Medicamentos de venta con receta	Máximo de \$25
Anteojos, lentes de contacto, audífonos	Máximo de \$150

EXCLUSIONES COMUNES

Además de cualquier beneficio o exclusión específica de cobertura, los beneficios no se pagarán por ninguna pérdida que, de forma directa o indirecta, en su totalidad o en parte, sea causada o sea resultado de cualquiera de los siguientes casos, a menos que la cobertura se proporcione específicamente por su nombre en la sección de Descripción de Beneficios o la sección de Condiciones de Cobertura:

1. una lesión autoinfligida intencionalmente, suicidio o cualquier intento de suicidio, en sano juicio o no;

2. cometer o intentar cometer un delito o una agresión;
3. cometer o participar activamente en un disturbio o en una rebelión;
4. guerra declarada o no declarada o acto de guerra o cualquier acto de guerra declarada o no declarada, a menos que se disponga específicamente en esta Póliza;
5. volar, embarcar o descender de una aeronave, excepto como pasajero en una aerolínea comercial de programación habitual;

6. viaje en una aeronave que sea propiedad, arrendada, operada o controlada por el Titular de la Póliza o cualquiera de sus sucursales o afiliados. Se considerará que la aeronave es "controlada" por el Titular de la Póliza si puede utilizarla como desee por más de 10 días seguidos o más de 15 días al año;
7. enfermedad, dolencia, debilidad corporal o mental, infección bacteriana o viral o su tratamiento médico o quirúrgico (incluida la exposición, ya sea accidental o no, a agentes virales, bacterianos o químicos), ya sea que la pérdida sea el resultado directo o no directo del tratamiento, excepto por cualquier infección bacteriana resultante de un corte o herida externa Accidental o ingestión Accidental de alimentos contaminados;
8. ingerir voluntariamente cualquier narcótico, veneno, gas o vapor, a menos que hayan sido recetados o tomados bajo el cuidado de un Médico o de acuerdo con una dosis recetada;
9. lesiones indemnizables según la ley de Compensación para Trabajadores o cualquier ley similar;
10. conducir cualquier tipo de vehículo o Transporte bajo la influencia de alcohol o narcóticos u otro intoxicante, incluida cualquier droga recetada para la cual la Persona Asegurada ha recibido una advertencia por escrito contra la operación de un vehículo o Transporte mientras lo lleva. Bajo la influencia del alcohol, para los propósitos de esta exclusión, significa embriagado, según lo definen las leyes de vehículos automóviles del estado en el que ocurrió la pérdida Cubierta;
11. la intoxicación de la Persona Asegurada. Se considerará que la Persona Asegurada se encuentra definitivamente embriagada si sus niveles en sangre sobrepasan la cantidad que se presume que una persona se encuentra bajo los efectos del alcohol al manejar, en virtud de la ley local del lugar en la que ocurre el accidente, independientemente de si se encuentra de hecho manejando un vehículo automóvil al momento de la lesión. Se considerará evidencia de la embriaguez de la Persona Asegurada el informe de autopsia de un médico forense autorizado o un oficial de policía o documentos similares;
12. un accidente en el que la Persona Asegurada conduzca el vehículo automóvil y no posea una licencia válida para hacerlo, a menos que: (a) la Persona Asegurada cuente con un permiso válido de aprendiz y (b) se encuentre recibiendo clases de un instructor de manejo;
13. empeoramiento, durante una Actividad Cubierta, de una lesión que la Persona Asegurada sufrió 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. tratamiento médico o quirúrgico, procedimiento diagnóstico, administración de anestesia o percance o negligencia médica, incluida la mala praxis, a menos que ocurra durante el tratamiento de una Lesión con Cobertura; o
15. no se pagarán los beneficios por servicios ni el tratamiento para cualquier persona que: a. esté empleada o contratada por el Titular de la Póliza; b. viva en el hogar de la Persona Asegurada; c. un Familiar Inmediato, incluida la pareja, de la Persona Asegurada o del Cónyuge de la Persona Asegurada; o d. la Persona Asegurada.

LIMITACIONES DE BENEFICIOS MÉDICOS POR ACCIDENTE Y GASTOS EXCLUIDOS

Limitación de la cobertura escolar o deportiva contributiva: si los beneficios son pagaderos por cualquier Pérdida Cubierta bajo esta Póliza y bajo otra póliza de seguro a todo riesgo contra accidentes emitida por la Compañía por la cual el Titular de la Póliza paga la prima completa:

1. los beneficios se pagarán primero bajo esa póliza; y
2. los beneficios totales pagaderos bajo ambas pólizas no excederán el monto máximo de beneficio de la póliza que proporciona el máximo mayor.

Limitaciones para los accidentes automovilísticos: los beneficios se pagarán por los Gastos Cubiertos incurridos para el tratamiento de Lesiones Cubiertas que resulten de forma directa e independiente de todas las demás causas de una Pérdida Cubierta que ocurrió mientras la Persona Asegurada viajaba o conducía un Vehículo Automóvil. Los beneficios no excederán el Monto del Beneficio que se muestra en el Programa de Beneficios.

Los siguientes no se considerarán Gastos Cubiertos Médicamente Necesarios a menos que se proporcione cobertura de forma específica:

1. cirugía cosmética, excepto por la cirugía reconstructiva que se necesita como resultado de una Lesión con Cobertura.
 2. cualquier tratamiento, cirugía, tratamiento de salud o examen opcional o de rutina, incluido cualquier servicio, tratamiento de suministro que: (a) la Compañía considera que es experimental o se encuentra en fase de investigación y (b) no sea reconocido o aceptado como práctica médica general en los Estados Unidos.
 3. exámenes o recetas, compra, reparación o reemplazo de sillas de ruedas, aparatos dentales, accesorios, aparatos o dispositivos ortopédicos;
 4. reparación o reemplazo de dentaduras postizas existentes, dentaduras postizas parciales, aparatos dentales o puentes;
 5. reparación o reemplazo de miembros, ojos y laringe artificiales existentes.
 6. el tratamiento de una lesión resultante de una afección que la Persona Asegurada sabía que existía en la fecha de un Accidente Cubierto, a menos que la Compañía haya recibido una autorización médica por escrito de su Médico;
- En ningún caso los pagos totales de la Compañía para la Persona Asegurada excederán el Máximo Total para todos los Beneficios Médicos por Accidente que se muestran en el Programa de Beneficios.

Descargos de responsabilidad

ESTA ES UNA PÓLIZA DE SEGURO A TODO RIESGO DE SOLO ACCIDENTES.

La cobertura de Seguro de Estados Unidos está asegurada por AXIS Insurance Company. La cobertura está sujeta a exclusiones y limitaciones, y es posible que no esté disponible en todos los estados y jurisdicciones de los Estados Unidos. La disponibilidad del producto y las características de diseño del

plan, que incluye los requisitos de elegibilidad, las descripciones de los beneficios, las exclusiones o las limitaciones, pueden variar según las leyes locales del país o las leyes estatales de los Estados Unidos. Los términos y condiciones completos de la cobertura, incluidas las fechas de vigencia de la cobertura, los beneficios, las limitaciones y las exclusiones, se establecen en la póliza.

ESTE SEGURO NO SE COORDINA CON NINGÚN OTRO PLAN DE SEGURO. NO PROPORCIONA UNA COBERTURA MÉDICA O

INTEGRAL PRINCIPAL Y NO ESTÁ DISEÑADO PARA REEMPLAZAR UN SEGURO MÉDICO PRINCIPAL. ESTE SEGURO NO ES DE BENEFICIOS ESENCIALES MÍNIMOS COMO SE ESTABLECE EN LA LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE.

La cobertura está asegurada por AXIS Insurance Company bajo el número de serie del formulario de póliza grupal BACC-001-0909-SCH-TX.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Apellido del estudiante	
Primer y segundo nombre del estudiante	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Grado y número de teléfono	
Dirección de la casa	
Ciudad, estado y código postal	
Sistema/Distrito escolar	
Nombre de la escuela	
Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.	
Firma del padre, madre o tutor y fecha	
Mi firma arriba certifica que he leído y entendido este folleto y estoy de acuerdo en aceptar los términos y condiciones aquí establecidos.	
Marque su selección:	
<input type="checkbox"/> 1. Cobertura en la escuela	\$40.00 de tasa de la prima por estudiante
<input type="checkbox"/> 2. Cobertura de 24 horas	\$150.00 de tasa de la prima por estudiante
<input type="checkbox"/> 3. Temporada de fútbol americano completa	\$300.00 de tasa de la prima por estudiante
<input type="checkbox"/> 4. Fútbol americano de primavera	\$125.00 de tasa de la prima por estudiante
<input type="checkbox"/> 5. En la escuela + fútbol americano (temporada completa)	\$340.00 de tasa de la prima por estudiante
<input type="checkbox"/> 6. En la escuela + fútbol americano (primavera)	\$165.00 de tasa de la prima por estudiante
<input type="checkbox"/> 7. 24 horas + fútbol americano (temporada completa)	\$450.00 de tasa de la prima por estudiante
<input type="checkbox"/> 8. 24 horas + fútbol americano (primavera)	\$275.00 de tasa de la prima por estudiante

Fecha de entrada en vigor: El seguro entra en vigor para la Persona Elegible que se inscribe y acepta hacer las contribuciones requeridas, en la última de las siguientes fechas: 1. la Fecha de Entrada en Vigor de la Póliza; 2. la fecha en que la persona se vuelve elegible; 3. el día después de que la Compañía reciba el formulario de inscripción completo de la Persona Elegible y el pago de la prima requerida. En ningún caso el seguro para la Persona Elegible entrará en vigencia antes de la Fecha de Entrada en Vigor de la Póliza.

Terminación del seguro: El seguro para la Persona Asegurada terminará en la primera de las siguientes fechas: 1. la fecha en que la persona ya no está en una Clase Elegible; 2. el final del período para el que se efectúa la última prima; o 3. la fecha en que finaliza esta Póliza. La terminación no afecta un reclamo por una Pérdida Cubierta debido a un Accidente Cubierto que ocurre antes de la fecha de terminación. Sin embargo, en ningún caso los beneficios se extenderán más allá del primero de los siguientes: 1. el final del Período de Beneficios; y 2. la fecha en que se han pagado los beneficios equivalentes a cualquier límite o máximo de beneficio aplicable, según se muestra en el Programa de Beneficios.

CÓMO INSCRIBIRSE

1. Decida si desea la cobertura En la Escuela, de 24 horas, de Fútbol Americano de Temporada Completa o de Fútbol Americano de Primavera.
2. Complete el formulario de inscripción y adjúntelo junto con un cheque o giro postal pagadero CBG Services Corporation por el monto correcto. Se requiere un formulario de inscripción para **cada** niño.
3. Envíe el sobre por correo a CBG Services Corp., PO Box 164195, Austin, TX 78716.

Su cheque cancelado o talón de giro postal será su recibo y confirmación de pago. Escriba el nombre del estudiante y el nombre de la escuela en su cheque.

PARA PREGUNTAS, CONSULTAS Y CONTACTO PARA OBTENER INFORMACIÓN

Tel.: 1 (800) 749-6458

Combined Benefits Group, PO Box 164195, Austin, TX 78716

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.

LA VERSIÓN ADJUNTA EN INGLÉS DE ESTE DOCUMENTO ES LA VERSIÓN OFICIAL Y RIGE EN CASO DE DISPUTA O QUEJA. LA VERSIÓN EN ESPAÑOL SE PROPORCIONA SOLO CON FINES INFORMATIVOS.



Cómo presentar un reclamo médico

(Para riesgos especiales, deportes, campistas, grupos de jóvenes y pólizas de seguro por accidentes para participantes) se adjunta un formulario de reclamo para su póliza por accidentes.

Envíe sus reclamos y preguntas a la siguiente dirección: 90 Degree Benefits

PO Box 6540

Harrisburg, Pa 17112

Tel.: 1-800-427-9308

Fax: (717) 652-8328

Correo electrónico: Student.Insurance@90degreebenefits.com

Paso 1: la organización participante (NO el padre, el reclamante o el agente) debe:

- Responda completamente cada pregunta de la Parte I, Declaración de la Organización Participante.
- Lea la declaración de advertencia de fraude en la página 3 y firme el formulario donde se indica en la Parte I.

Paso 2: el padre, madre o tutor o el reclamante adulto debe:

- Responder completamente cada elemento de la Parte II, incluida la información personal del reclamante, la información de los padres y otra información del seguro.
- Para asegurarnos de que recibamos la información completa del reclamo, requerimos que los proveedores envíen facturas detalladas estandarizadas (llamadas “UB04” para cargos hospitalarios o una “CMS-1500” para cargos médicos).
- Los proveedores pueden facturarnos directamente. Si es así, asegúrese de haber enviado primero un formulario de reclamación completo a nuestra oficina.
- Si existe otro seguro, incluya la Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) correspondiente de la otra compañía de seguros. **Somos seguros primarios sobre los proporcionados por el estado (es decir, todos los programas de Medicaid) y TRICARE en servicio no activo.**
- A menos que se presente un comprobante de pago con la factura médica (una copia del cheque, una factura médica que indique que el reclamante ha realizado el pago total o parcial, o información de saldo cero), el pago de la reclamación se envía directamente a los proveedores médicos.
- Revise la Parte III, Autorizaciones.
- Lea la declaración de advertencia de fraude en la página 3 y firme donde se le indica en la parte inferior del Formulario de reclamo.

Información útil para presentar reclamos

- Se requiere un Formulario de Reclamo completo para cada accidente o lesión. Los reclamos enviados con información incompleta se enviarán a la parte lesionada para completar la información faltante.
- La aceptación de un formulario de reclamo por parte de una compañía de seguros no es una admisión de cobertura.
- El reclamante debe buscar tratamiento, que resulte en un gasto médico, dentro de los 90 días posteriores a la lesión. Comuníquese con nuestra oficina para obtener una verificación.
- La prueba por escrito de la pérdida debe proporcionarse a la Compañía dentro de los 90 días posteriores a la fecha de la Pérdida Cubierta o tan pronto como sea razonablemente posible y en ningún caso, excepto en ausencia de la capacidad legal del reclamante, después de un año a partir de la fecha de prueba que de otro modo se requiere.

Paso 3: envíe el Aviso de Reclamo completo (Formulario de Reclamo) por correo, fax o correo electrónico que se indica arriba.

Tenga en cuenta: si envía información por correo electrónico, solo se utiliza para recibir información entrante. Si tiene alguna pregunta sobre reclamos, llame a nuestra oficina.

AXIS 02/2020

1. Llene este formulario en su totalidad
2. Consulte las instrucciones de presentación adjuntas
3. Enviar a

90 Degree Benefits
PO Box 6540
Harrisburg, PA 17112
Teléfono: 1-800-427-9308
Fax: 717-652-8328

Correo electrónico: Student.Insurance@90degreebenefits



PARTE I - DECLARACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN PARTICIPANTE		
Número de la Póliza:	Nombre de la organización:	Evento, actividad o deporte:
Nombre del reclamante (persona lesionada)	La persona lesionada fue un(a): <input type="checkbox"/> Participante <input type="checkbox"/> Miembro del personal <input type="checkbox"/> Otro	Fecha y hora del accidente:
Lugar donde ocurrió el accidente:	Tipo de lesión: (Indique la parte del cuerpo lesionada, por ejemplo, brazo roto, etc.)	
Describa cómo ocurrió el accidente, proporcione todos los detalles posibles:		
Dental Reclamos	Indique qué dientes se afectaron:	Describa el estado de los dientes lesionados antes del accidente: <input type="checkbox"/> Entero, sano y natural <input type="checkbox"/> Obturado <input type="checkbox"/> Recubierto <input type="checkbox"/> Artificial
¿Accidente? (Marque Sí o No para cada uno de los siguientes):		
A. ¿Durante una actividad patrocinada y supervisada por una organización participante o autorizada?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
B. En las instalaciones de la actividad:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
C. ¿Mientras viaja de forma directa e ininterrumpida hacia o desde la actividad?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
D. ¿Durante una práctica o competición de una organización participante?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
E. ¿La lesión resultó en muerte?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Firma del representante de la organización participante:	Nombre y cargo del representante de la organización participante:	Fecha

PARTE II - DECLARACIÓN DEL PADRE, MADRE, PARTE RESPONSABLE O TUTOR			
Número de contacto principal (incluido el código de área):	Número de seguro social (de la persona lesionada)	Sexo (de la persona lesionada): <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (de la persona lesionada):
Dirección (a la que se debe enviar la información):			
¿Tiene usted/su cónyuge/padre o madre atención médica o de salud, o está inscrito como persona, empleado o miembro dependiente de un seguro médico de oferta restringida de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) o plan de atención médica prepago similar, o cualquier otro tipo de cobertura de plan de accidente/salud/enfermedad a través de un empleador, el empleador de un padre o madre u otra fuente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
En caso afirmativo, nombre de la compañía de seguros: _____ N.º de póliza: _____			
¿Es elegible para recibir beneficios de cualquier plan o programa gubernamental, incluido Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
En caso afirmativo, explique: _____			
Nombre, dirección y teléfono del empleador principal de la madre (tutora): _____			
Nombre, dirección y teléfono del empleador principal del padre (tutor): _____			

PARTE III - AUTORIZACIONES	
Autorizo pagos médicos al médico o proveedor por los servicios descritos en las declaraciones adjuntas. Si no está firmado, proporciona prueba del pago.	
FIRMA: _____	FECHA: _____
Autorizo a cualquier médico, profesional médico, hospital, entidad cubierta según se define en la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), aseguradora u otra organización o persona que tenga registros, fechas o información sobre el reclamante a divulgar cuando se le solicite, toda la información con respecto a cualquier lesión, cobertura de póliza, historia clínica, consulta, receta o tratamiento, y copias de todos los expedientes médicos u hospitalarios o todos esos expedientes en su totalidad a AXIS Insurance Company o su administrador designado. Una fotocopia estática de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.	
Estoy de acuerdo en que, si se determina en una fecha posterior, existe otro seguro (o similar), para reembolsar a AXIS Insurance Company en la medida de cualquier monto cobrable. Entiendo que cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presenta un reclamo que contenga cualquier material con información falsa, incompleta o engañosa, puede estar sujeta a enjuiciamiento por fraude de seguros.	
FIRMA: _____	FECHA: _____

Aviso importante

- ❖ **En general, y específicamente para los residentes de Arkansas, Illinois, Louisiana, Rhode Island y West Virginia:** cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.
- ❖ **Para los residentes de Alabama:** cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución y reclusión en prisión, o una combinación de ambas.
- ❖ **Para los residentes de Colorado:** es ilegal proporcionar a sabiendas hechos o información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, proporcione hechos o información falsa, incompleta o engañosa a un titular de póliza o reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al Titular de la Póliza o reclamante con respecto a un acuerdo o adjudicación pagadera con los ingresos 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:** Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento o multas. Además, una aseguradora puede negar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa relacionada de forma importante con un reclamo.
- ❖ **Para los residentes de Florida:** cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.
- ❖ **Para los residentes de Kentucky:** cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro que contenga información falsa u oculte, con el propósito de inducir a error, información relativa a cualquier hecho importante, comete un acto de seguro fraudulento, lo cual constituye un delito.
- ❖ **Para los residentes de Maine, Tennessee y Washington:** es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de beneficios de seguro.
- ❖ **Para los residentes de Oregón:** cualquier persona que, a sabiendas y de forma voluntaria presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que presente a sabiendas o de forma voluntaria información falsa en una solicitud de seguro, puede ser culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.
- ❖ **Para los residentes de Maryland:** cualquier persona que, a sabiendas o de forma voluntaria presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que presente a sabiendas o de forma voluntaria información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.
- ❖ **Para los residentes de Nueva Jersey:** cualquier persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud de póliza de seguro está sujeta a sanciones penales y civiles.
- ❖ **Para los residentes de Nuevo México:** CUALQUIER PERSONA QUE, A SABIENDAS, PRESENTE UN RECLAMO FALSO O FRAUDULENTO POR EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO, O QUE PRESENTE A SABIENDAS INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE ESTAR SUJETA A MULTAS CIVILES Y SANCIONES PENALES.
- ❖ **Para los residentes de Nueva York:** cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información falsa u oculte, con el propósito de inducir a error, información relativa a cualquier hecho importante, comete un acto de seguro fraudulento, lo cual constituye un delito. Asimismo, estará sujeta a una multa civil que no excederá los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada infracción.
- ❖ **Para los residentes de Ohio:** cualquier persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa, es culpable de fraude de seguros.
- ❖ **Para los residentes de Oklahoma: ADVERTENCIA:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, realice un reclamo por el producto de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave.
- ❖ **Para los residentes de Pensilvania:** cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información falsa u oculte, con el propósito de inducir a error, información relativa a cualquier hecho pertinente, comete un acto de seguro fraudulento, lo cual constituye un delito y obliga a la persona a estar sujeta a sanciones penales y civiles.
- ❖ **Para los residentes de Texas:** Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.
- ❖ **Para los residentes de Virginia:** cualquier persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente una declaración falsa o engañosa puede haber violado la ley estatal.