

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE PLACENTIA-YORBA LINDA

1301 E. Orangethorpe Ave., Placentia, CA 92870

FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DE SEGURO ATLÉTICO/AUXILIAR

Nombre del alumno/a: _____ Escuela: _____

Si su hijo/hija planea participar en eventos atléticos interescolares y/o auxiliares (incluyendo actividades en bandas de marcha, equipos de práctica, equipos de danza, iniciadoras de vivas en partidos de football, escolta a la bandera, abanderados, rotación de bastón, mascotas y dirigentes de equipos), se requiere legalmente que ustedes:

- (1) Presenten a la escuela un certificado de declaración jurada que su hijo/hija está protegido por seguro que provee a lo menos la protección equivalente requerida por la ley como se describe abajo; o
- (2) Comprar el seguro para el alumno en caso de accidente que está disponible por medio de Myers-Stevens & Toohey & Co., Inc. Student Accident Plan. Para los que desean comprar el seguro para el alumno en caso de accidente por medio de Myers-Stevens & Toohey & Co., Inc., las aplicaciones y folletos están disponibles en su paquete atlético de permiso en la Oficina de Actividades del Alumno.

DECLARACIÓN DEL PADRE O GUARDIÁN

Por favor marquen si es aplicable		
<input type="checkbox"/>	Yo certifico por este medio bajo pena de jurar en falso, que el alumno/alumna nombrado/a arriba está protegido/a por un seguro válido que provee lo siguiente: 1) Protección de seguro para gastos médicos y de hospital que resultan de heridas accidentales al cuerpo en una de las siguientes cantidades: (Ed. Clave 32221) a. Un plan médico de grupo o individual con beneficios en caso de accidente o a lo menos doscientos dólares (\$200) para cada caso y una protección médica mayor por lo menos de diez mil dólares (\$10,000) con no más de cien dólares (\$100) deducible y no menos que el ochenta por ciento (80%) pagadero para cada caso. b. Planes médicos de grupo o individual que están certificados por el Comisionado de Seguro a ser equivalente a la protección requerida por lo menos mil quinientos dólares (\$1,500). c. A lo menos mil quinientos dólares (\$1,500) para todos los gastos médicos y de hospital 2) Estoy de acuerdo por este medio que esta póliza no será cancelable sin haber presentado noticia escrita al distrito por lo menos 10 días antes de su cancelación. Mantendré la protección mencionada arriba durante el año escolar presente o notificaré inmediatamente a la escuela si la protección termina o no cumple con los requisitos mencionados arriba. La protección de seguro en cualquiera de las cantidades mencionadas arriba será proporcionada a través de pólizas de seguro de grupo, a todo riesgo o individual en caso de accidente de parte de aseguradores autorizados o por medio de una asociación de beneficio y alivio tal como el Fondo Interescolástico de Protección en California, por muerte o heridas sucedidas a miembros de equipos atléticos mientras que tales miembros están participando o preparando para un evento atlético promovido bajo el patrocinio o arreglos de distritos escolares o una organización de cuerpo de alumnos y de la misma escuela u otro lugar de instrucción y el lugar del evento atlético. Los beneficios médicos mínimos bajo cualquier seguro requerido por este párrafo serán equivalente al promedio de conversión de los tres dólares y cincuenta centavos (\$3.50) como se aplica a los valores de unidad contenidos en el honorario programado mínimo adoptado por el Departamento de Relaciones Industriales del Estado de California, efectivo octubre 1, 1966. (Referido al Código de Educación 32221)	
	Compañía de Seguro	Número de Póliza/Grupo
	Fecha de Expiración de la Póliza	
	Por favor adjunten una copia de Tajeta de Seguro (enfrente y atrás) o Póliza	
<input type="checkbox"/>	Compraré la póliza de Myers-Stevens & Toohey & Co., Inc. Student Accident para todas las actividades atléticas excepto tackle football.	
<input type="checkbox"/>	Compraré la póliza de Myers-Stevens & Toohey & Co., Inc. Student Accident para tackle football.	
<input type="checkbox"/>	Mi hijo no participará en ninguna actividad que requiere seguro conforme el Código de Educación Sección 32220-32222 y no deseo comprar ningún seguro de Myers-Stevens & Toohey & Co., Inc. Student Accident Plan.	

Firma del padre/guardián _____ Nombre del padre/guardián – letra de imprenta _____ Fecha _____

de Teléfono en casa: _____ Domicilio: _____

de teléfono en el trabajo: _____ Ciudad, estado, código postal: _____