

2014-2015 INTERSCHOLASTIC ATHLETIC INSURANCE COVERAGE CERTIFICATION

Dear Parent or Guardian:

Before your son or daughter is eligible to participate in interscholastic athletics, insurance coverage for medical, hospital, and dental expenses resulting from accidental bodily injury in an amount of at least \$1,500.00 for all services is required according to the Education Code Sections 32220 and 32221 and must be obtained by you for the student who expects to participate. Please read carefully the following affidavit, and if, and only if, you presently have the required coverage for your child, sign the affidavit.

AFFIDAVIT

I, _____, parent or guardian
(Name of Parent or Guardian)

of _____, do hereby declare that he/she is insured in accordance
(Name of Student)

with Education Code Sections 32220 and 32221, through:

My own insurance: _____
(Health Insurance Company - \$1,500.00 minimum)

OR

I wish to purchase (indicate with check mark and get brochure from Athletic Director):

1. MYERS-STEVENSON & TOOHEY & CO., INC.- Athletic Coverage
(Coverage in season of sport only. Please send the brochure with payment to the school and make checks payable to Myers-Stevens & Toohey & Co., Inc.)

	RATE/SCHOOL YR.	PLEASE CHECK
Interscholastic tackle football		
Low Option	\$235.00	<input type="checkbox"/>
Mid Option	\$295.00	<input type="checkbox"/>
High Option	\$339.00	<input type="checkbox"/>

All sports except tackle football (see #2 below)

2. MYERS-STEVENSON & TOOHEY & CO., INC. - Student Accident Insurance
(Includes regular student accident medical/hospital/dental benefits for all sports, except does not provide coverage for tackle football, for grades 9 through 12. Please send the brochure with payment to the school and make check payable to Myers-Stevens & Toohey & Co., Inc.)

7th through 12th grades	School time	24-Hour Coverage
Low Option	\$53.00	<input type="checkbox"/>
Mid Option	\$68.00	<input type="checkbox"/>
High Option	\$79.00	<input type="checkbox"/>
Dental (separately).....	\$24.00	<input type="checkbox"/>
Dental (when added to any plan)	\$18.00	<input type="checkbox"/>

I understand that the aforesaid law requires that the above coverage apply to members of athletic teams and non-competitors who perform duties in connection with inter-school athletic events while such persons are engaged in or preparing for an athletic event promoted under the sponsorship or arrangement of the school district or student body association, and/or while such persons are being transported by or under the sponsorship of the school district or student body association to or from or other place of instruction and the place of the athletic event.

I declare that I will maintain this insurance and will notify, in writing, the principal of the appropriate school immediately if the policy is canceled or is in default.

I declare under penalty of perjury the foregoing is true and correct.

(Signature of Parent or Guardian)

(Date)

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LA CIUDAD DE SAN BERNARDINO
CERTIFICACIÓN DE LA COBERTURA DE SEGURO INTERESCOLAR ATLÉTICO 2014-2015

Estimados padres o encargados:

Antes que su hijo o hija pueda reunir los requisitos para participar en los deportes interescolares, se requiere que ustedes obtengan la cobertura de seguro para los gastos médicos, del hospital y del dentista como resultado de lesiones corporales accidentales en la cantidad de por lo menos \$1.500,00 para todos los servicios para su hijo o hija que espera participar, de acuerdo con los Artículos 32220 y 32221 del Código de Educación. Por favor lean cuidadosamente la siguiente declaración, y si acaso, solamente si acaso, actualmente tienen la cobertura de seguro para su hijo o hija, firmen la declaración.

DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____ padre, madre o encargado de
 (nombre del padre, de la madre o del encargado)

_____, por la presente declaro que él/ella tiene cobertura de seguro de
 (nombre del estudiante)

acuerdo con los Artículos 32220 y 32221 del Código de Educación, por medio de:

Mi propio seguro: _____
 (nombre de la compañía de seguro - mínimo \$1.500,00)



Deseo comprar (indiquen con una marca ✓ y consigan el folleto del coordinador atlético):

1. MYERS-STEVENS & TOOHEY & CO., INC. - Cobertura de Deportes
 (La cobertura es únicamente para el deporte de la temporada. Por favor envíen el folleto con su pago a la escuela. Extiendan el cheque a nombre de: Myers-Stevens & Toohey & Co., Inc.)

	COSTO/ AÑO ESCOLAR	FAVOR DE MARCAR
Fútbol americano interescolar		
Opción baja.....	\$235.00	<input type="checkbox"/>
Opción media.....	\$295.00	<input type="checkbox"/>
Opción alta.....	\$339.00	<input type="checkbox"/>

Todos los deportes menos el fútbol americano (vean el núm. 2 abajo)

2. MYERS-STEVENS & TOOHEY & CO., INC. - Seguro Estudiantil de Accidentes
 (Incluye beneficios médicos/hospitalarios/dentales regulares en contra de accidentes estudiantiles para los alumnos en grados 9° al 12° para todos los deportes, salvo que no provee cobertura para fútbol americano. Por favor envíen el folleto con su pago a la escuela. Extiendan el cheque a nombre de: Myers-Stevens & Toohey & Co., Inc.)

	HORARIO ESCOLAR		COBERTURA LAS 24 HORAS	
Grados 7°a 12°				
Opción baja.....	\$53.00	<input type="checkbox"/>	\$225.00	<input type="checkbox"/>
Opción media.....	\$68.00	<input type="checkbox"/>	\$276.00	<input type="checkbox"/>
Opción alta.....	\$79.00	<input type="checkbox"/>	\$328.00	<input type="checkbox"/>
Dental (separado).....	\$24.00	<input type="checkbox"/>		
Dental (cuando agreue otro plan).....	\$18.00	<input type="checkbox"/>		

Yo comprendo que la ley antedicha requiere que la cobertura de arriba sea aplicada a miembros de equipos atléticos y aquellos que no están compitiendo pero llevan a cabo otras obligaciones con respecto a eventos atléticos interescolares mientras tales personas están participando en o preparándose para un evento atlético promovido bajo el patrocinio o arreglo del Distrito Escolar o la asociación del cuerpo estudiantil y/o mientras tales personas son trasladadas por o bajo el arreglo del Distrito Escolar o la asociación del cuerpo estudiantil de ida y vuelta a la escuela o a otro lugar de instrucción y al lugar del evento atlético.

Yo declaro que mantendré este seguro y le avisaré inmediatamente, por escrito, al director de la escuela pertinente si la póliza es cancelada o está en estado de impago.

Yo declaro so pena de perjurio que lo antedicho es verdadero y correcto.

 (Firma del padre, de la madre o del encargado)

 (fecha)