



How to file a Medical Claim

(For Special Risk, Sports, Campers, Youth Groups, and Participant Accident Insurance Policies)

Attached is a claim form for your accident policy.

Please forward claims and questions to the following address:

90 Degree Benefits

PO Box 6540

Harrisburg, Pa 17112

Ph: 1-800-427-9308

Fax: (717) 652-8328

Email: Student.Insurance@90degreebenefits.com

Step 1: The Participating Organization (NOT the Parent, Claimant or Agent) should:

- Fully answer each item in Part I, The Participating Organization Statement.
- Read the fraud warning statement on page 3 and sign the form where indicated in Part I.

Step 2: The Parent/Guardian or Adult Claimant Should:

- Fully answer each item in Part II, including the claimant's personal information, parent's information, along with other insurance information.
- In order to ensure we receive complete claim information, we require providers to submit standardized itemized bills (called "UB04" for hospital charges and/or a "CMS-1500" for physician charges).
- Providers may bill us directly. If they do, please ensure a completed claim form has first been submitted to our office.
- If other insurance exists, include the other insurance company's corresponding Explanation of Benefits (EOBs). **We are Primary over State provided Insurance (i.e. all Medicaid programs) and Non-active Duty TRICARE.**
- Unless proof of payment is submitted with the medical bill (a copy of the check, a medical bill that indicates the claimant has made all or partial payment, or zero balance information) claim payment is sent directly to the medical providers.
- Review Part III, Authorizations
- Read the fraud warning statement on page 3 and sign where indicated on the bottom of the Claim Form.

Helpful information for submitting claims

- A fully completed Claim Form is required for each accident/injury. Claims submitted with incomplete information will be sent back to injured party, to complete missing information.
- The acceptance of a claim form by an insurance company is not an admission of coverage.
- The claimant must seek treatment, resulting in a medical expense, within 90 days of the injury. Contact our office for verification.
- Written proof of loss must be furnished to the Company within 90 days after the date of the Covered Loss or as soon as reasonably possible and in no event, except in the absence of legal capacity of the claimant, later than one year from the time proof is otherwise required.

Step 3: Submit the Completed Notice of Claim (Claim Form) via either by mail, fax, or email listed above. Please note: if sending information via email, it is only used to receive incoming information. Any questions about claims please call our office.

1. Please Fully Complete This Form
2. See Filing Instructions Attached
3. Mail To

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



Email: Student.Insurance@90degreebenefits

PART I - PARTICIPATING ORGANIZATION STATEMENT

Policy Number:		Organization Name:		Event, Activity, or Sport:	
Claimant's Name (Injured Person)		The Injured Person Was A: <input type="checkbox"/> Participant <input type="checkbox"/> Staff Member <input type="checkbox"/> Other		Date and Time Of Accident:	
Place Where Accident Occurred:		Type of Injury: (Indicate Part Of Body Injured - e.g. broken arm, etc.)			
Describe How Accident Occurred - Provide All Possible Details:					
Dental Claims	Indicate Which Teeth Were Involved:		Describe Condition of Injured Teeth Prior To Accident: <input type="checkbox"/> Whole, Sound & Natural <input type="checkbox"/> Filled <input type="checkbox"/> Capped <input type="checkbox"/> Artificial		
Did Accident (Check Yes or No for Each of The Following):					
A. During A Participating Organization Sponsored & Supervised, or Sanctioned Activity?		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> No		
B. On Activity Premises:		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> No		
C. While Traveling Directly and Uninterruptedly to Or From the Activity?		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> No		
D. During A Participating Organization Practice or Competition?		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> No		
E. Did Injury Result in Death:		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> No		
Signature of Participating Organization Representative:			Name & Title of Participating Organization Representative:		Date:

PART II - PARENT, RESPONSIBLE PARTY, OR GUARDIAN STATEMENT

Best Contact Number (Included Area Code):		Social Security Number (Of Injured):		Gender (Of Injured): <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Date of Birth (Of Injured):	
Address (in which information should be mailed to):							
Do you/spouse/parent have medical/health care, or are you enrolled as an individual, employee or dependent member of a Health Maintenance Organization (HMO) or similar prepaid health care plan, or any other type of accident/health/sickness plan coverage through an employer, a parent's employer, or other source? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> No							
If yes, name of insurance company: _____				Policy #: _____			
Are you eligible to receive benefits under any governmental plan or program, including Medicare?						<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> No
If yes, please explain: _____							
Mother (Guardian's) primary employer name, address & telephone: _____							
Father (Guardian's) primary employer name, address & telephone: _____							

PART III - AUTHORIZATIONS

I authorize medical payments to physician or supplier for services described on any attached statements. If not signed, provide proof of payment.

SIGNATURE: _____ **DATE:** _____

I authorize any physician, medical professional, hospital, covered entity as defined under HIPPA, insurer or other organization or person having any records, dates or information concerning the claimant to disclose when requested to do so, all information with respect to any injury, policy coverage, medical history, consultation, prescription or treatment, and copies of all hospital or medical records or all such records in their entirety to **AXIS Insurance Company** or its designated administrator. A photo static copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

I agree that should it be determined at a later date there is other insurance (or similar), to reimburse **AXIS Insurance Company** to the extent of any amount collectible. I understand that any person who knowingly and with the intent to defraud or deceive any insurance company; files a claim containing any material by false, incomplete, or misleading information, may be subjected to prosecution for insurance fraud.

SIGNATURE: _____ **DATE:** _____

Important Notice

- ❖ ***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 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 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 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 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 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 resident 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.

UP TO \$1,000,000 STUDENT ACCIDENT MEDICAL INSURANCE PROTECTION



ADMINISTERED BY:

Lefebvre Insurance, LLC
901 Pleasant Street #1413
Attleboro, MA 02703
(800) 451-9668

2022-2023

Underwritten By:
AXIS Insurance Company

24 HOUR ACCIDENT COVERAGE

Provides accident coverage for the full 24 hours of the day, not only during school hours, but also at home or on week-ends, during vacation periods, at camp, anytime, anywhere when school is not in session. SEE EXCLUSIONS.

Full Time, Registered Student K-12, Teachers, Administrative and Other Personnel \$50.00

SCHOOL TIME ACCIDENT COVERAGE

Provides coverage while in attendance at school during the hours and on the days that school is in session. Includes traveling directly and without interruption to or from the Insured's residence and the school for regular school session, for such travel time as is required, but not to exceed one hour after school is dismissed, or if additional travel time on the school bus is required, coverage here under shall extend for such additional travel time as might be necessary. Participation in or attending an activity exclusively organized, sponsored and solely supervised by the school and while under the supervision of school employees. Travel is limited to school supervised transportation. SEE EXCLUSIONS.

Full Time, Registered Student K-12, Teachers, Administrative and Other Personnel . . . \$8.00

CONDITIONS

The accident must be reported immediately to a school authority under the School Time Coverage. Under the 24 Hour Coverage report the accident to the school or Lefebvre Insurance (the address is below). The claim form must be filed with the Company within 90 days after the accident. Covered Excess Expenses must be incurred within 90 days from the date of accident. Related expenses are eligible for up to two years from the date of accident. A claim for those Covered Expenses must be submitted to the Company for payment as soon as reasonably possible, but no later than one year from the date of service. It is the parent's responsibility to file the claim form within 90 days.

Direct All Questions and Correspondence To:

LEFEBVRE INSURANCE, LLC
901 Pleasant Street #1413
Attleboro, MA 02703
(800) 451-9668

This brochure is not a contract. It is simply an illustration of benefits. You may read the master policy at the school district office. You will not receive an Individual Accident Policy. Keep your cancelled check, as it is proof of purchase. DO NOT SEND CASH.

Disclosure: US insurance coverage is underwritten by AXIS Insurance Company. 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.

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. IF YOU DON'T HAVE MINIMUM ESSENTIAL COVERAGE, YOU MAY OWE ADDITIONAL PAYMENT WITH YOUR TAXES.

OPTIONAL \$50,000.00 Extended Dental Benefit

When this option is purchased, the basic dental benefit will be extended to provide for the Usual & Customary Charges for Dental Treatment of a Dental Injury expenses incurred within 2 years from the date of the Covered Injury. Also included in this benefit are the following:

1. Dental Treatment means Replacement of caps, crowns, dentures, and orthodontic appliances, (including braces) fillings, inlays, crozat appliances, endodontics, oral surgery, examinations and x- ray services required as a result of Injury.
2. In no event shall the Company's payment exceed the Usual & Customary Charge normally made by a Dentist for necessary treatment actually rendered during the 104-week period immediately following the date of Covered Injury; if there is more than one way to treat a dental problem, the Company will pay benefits for the least expensive procedure provided that this meets acceptable dental standards.
3. If the Insured's Dentist certifies, in writing to the Claim Administrator, that treatment must be deferred until after two (2) years from the date of the Accident, a maximum of \$800.00 will be paid. Deferred Treatment must be completed within two (2) years of the expiration of the Initial Treatment Period. No bills will be paid without written certification. Services must commence within 90 days from the date of the Covered Injury. This benefit is in effect 24 hours a day, even when purchased with School Time Coverage.

Full Time, Registered Student K-12, Teachers, Administrative and Other Personnel \$8.00

This coverage **cannot** be purchased without School Time or 24 Hour coverage.

ACCIDENTAL DEATH AND DISMEMBERMENT BENEFITS

The Loss of Life benefit for Students insured under Senior High School Football or all Interscholastic Sports Insurance is increased to \$15,000

Covered Loss must occur within 180 days of the Covered Accident

Covered Loss	Benefit Amount
Loss of Life	As shown on the Master Insurance Application
Loss of Two or More Hands or Feet	\$20,000
Loss of Sight of Both Eyes	\$20,000
Loss of One Hand or Foot and Sight in One Eye	\$20,000
Loss of One Hand or Foot	\$10,000
Loss of Sight in One Eye	\$10,000
Loss of Thumb and Index Finger of the same Hand	\$10,000
Loss of all Four Fingers of the Same Hand	\$10,000

Exposure and Disappearance Included

"Loss" of a hand or foot means complete severance through or above the wrist or ankle joint. "Loss" of sight of an eye means total and irrecoverable loss of the entire sight in that eye. "Loss" of thumb or index finger means complete severance through or above the metacarpophalangeal joint of both digits. If more than one Loss is sustained by an Insured as a result of the same accident, only one amount, the largest, will be paid.

Effective & Termination Date

Coverage becomes effective on the date the Application and Premium are received by the school. Once effective, coverage continues until the first day of school in the following year or until the policy with the school expires, whichever occurs first.

ACCIDENT INSURANCE PROTECTION PROVIDING A MAXIMUM OF \$1,000,000 ACCIDENT MEDICAL EXPENSE

The company will pay Usual and Customary Expenses incurred for a covered Injury if treatment is received within 90 days after the Injury. The Schedule of Benefits are stated below. Benefits are payable for 104 weeks from the date of the Injury.

MAXIMUM BENEFITS

Hospital Services:

Daily Room & Board (Semi-private) Up to \$800/day
Intensive Care Room & BoardUsual & Customary
(Not to exceed 7 days)

Miscellaneous Services:

During Hospital Confinement or when surgery is performed Up to \$800/day
Emergency Room out-patient: when Hospital Confinement is not required Usual & Customary

Doctor's Services:

Surgery, including pre and post operative care - Usual & Customary Expenses in accordance with the 1974 Revised California Relative Value Study, 5th Edition, having a conversion factor of \$150 unit value
Anesthesia: (including administration) and assistant surgeon: (% of surgical allowance) 25%
Doctor Visits other than for Physiotherapy or similar treatment when no surgery benefit is paid Usual & Customary
Consultants (when required by attending physician for confirmation or determining a diagnosis, but not for treatment) and second opinion: Usual & Customary

Laboratory & X-Ray Services:

Other than Dental and including fee for interpretation and/or reading of X-Ray
X-ray when not Hospital Confined X-ray . Usual & Customary
Lab Usual & Customary
MRI's, CAT Scans, Laser Treatments or similar procedures, including fee for interpretation and/or reading Up to \$800

Additional Services:

Physiotherapy or similar treatment:
In-Hospital Usual & Customary
Out of Hospital Up to \$1,500
Chiropractic Services (in or out of hospital) Up to \$500
Registered Nurse (in or out of hospital) . Usual & Customary
Ambulance to initial treatment facility . . Usual & Customary
Orthopedic Appliances:
In-hospital Usual & Customary
Out of Hospital Up to \$1,000
Outpatient Drugs & Medication:
Administered by a Doctor Usual & Customary
Eyeglasses, Contact Lenses and Hearing Aids; replacement of broken eyeglasses and/or frames, contact lenses, hearing aids, resulting from a covered Injury Up to \$650

Dental Services:

For treatment, repair or replacement of Injured natural teeth, includes initial braces when required

for treatment of a covered Injury, as well as examinations, x-rays, restorative treatment, endodontics, oral surgery, and treatment for gingivitis resulting from trauma Up to \$750/tooth

FULL EXCESS COVERAGE

Benefits are payable for Medically Necessary covered expenses that are in excess of amounts payable under any Other Health Care Plan and are subject to the applicable Total Maximum for all Accident Medical Benefits. If the Insured is not covered by any Other Health Care Plan providing Accident Medical Benefits, the excess provision shall not apply, and benefits are payable to the total Maximum for all Accident Medical Benefits as shown in your Master Insurance Application.

EXCLUSIONS AND LIMITATIONS

Exclusions: The policy does not cover any loss incurred as a result of:

Limitation for Motor Vehicle Accidents

Benefits will be paid for Covered Expenses incurred for treatment of Covered Injuries that result directly and independently of all other causes from a Covered Accident that occurred while the Insured Person was riding in or driving a Motor Vehicle. Benefits will not exceed \$5,000.

Excluded Expenses

For the purposes of this Accident Medical Benefit, the following will not be considered Medically Necessary Covered Expenses unless coverage is specifically provided:

1. expenses payable by any automobile insurance policy without regard to fault;
2. cosmetic surgery, except for reconstructive surgery needed as the result of a Covered Injury;
3. examination or prescriptions for, or purchase, repair or replacement of, eyeglasses, contact lenses; and
4. services or treatment provided by persons who do not normally charge for their services, unless there is a legal obligation to pay.
5. treatment of injuries that result over a period of time (such as blisters, tennis elbow, etc.), and that are a normal, foreseeable result of participation in the Covered Activity (does not apply to Voluntary Coverage) (does not apply if Expanded Sports Medical Coverage is Selected on the Master Application).

COMMON EXCLUSIONS:

1. intentionally self-inflicted injury, suicide, or any attempt while sane or insane;
2. commission or attempt to commit a felony or an assault; or to which a contributing cause was the Insured Person being engaged in an illegal occupation;
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. parachuting;
7. travel in or on any off-road motorized vehicle that does not require licensing as a motor vehicle;
8. 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 indirectly from the treatment except for any bacterial infection resulting from an Accidental external cut or wound or Accidental ingestion of contaminated food;
9. 9. a cardiovascular, event or stroke resulting, directly and independently of all other causes, from exertion, as verified by a Physician, while the Insured Person participates in a Covered Activity (does not apply to Voluntary Coverage) (does not apply if Expanded Sports Medical Coverage is Selected on the Master Application);
10. 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;
11. injuries compensable under Workers' Compensation law or any similar law;
12. 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;
13. practice or play in Senior High Interscholastic Football and/or Senior High Interscholastic Sports, including travelling to and from games and practice, unless specifically provided for in the Master Insurance Application;
14. participation in any sports activity not specifically authorized, sponsored and supervised by the Policyholder, whether or not it takes place on the Policyholder's premises or during normal School hours, including snowboarding skiing and ice hockey;
15. 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.

Disclosure

US insurance coverage is underwritten by AXIS Insurance Company. 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.

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. IF YOU DON'T HAVE MINIMUM ESSENTIAL COVERAGE, YOU MAY OWE ADDITIONAL PAYMENT WITH YOUR TAXES.

TO FILE A CLAIM:

1. Use attached claim form
2. Fill out all necessary information
3. Be sure to sign and date the bottom
4. Enclose any itemized bills or receipts from services rendered.
5. Send claim forms, itemized bills and receipts to:

90 Degree Benefits

PO Box 6540
Harrisburg, Pa 17112

phone: 1-800-427-9308 **fax:** (717) 652-8328 **email:** Student.Insurance@90degreebenefits.com

Proof of Loss is required within 90 days from the date of the Accident. You have ONE year from the time Proof of Loss would have been required to file a claim. Claims submitted past this period will not be considered for payment under the policy.

ENROLLMENT FORM CHECKLIST

DID YOU:

- Fill out all of the appropriate information on the enrollment form (MAKE SURE SCHOOL DISTRICT IS CLEARLY LISTED)
- Check the appropriate box(s) for the coverage you have selected.
- Enclose a CHECK or MONEY ORDER for the total Premium (your cancelled check or money order stub will serve as proof of payment) along with the completed enrollment form in an envelope.

FOR QUESTIONS, INQUIRIES, AND INFORMATION CONTACT:

Lefebvre Insurance, LLC
901 Pleasant Street #1413
Attleboro, MA 02703
(800) 451-9668

DO NOT SEND CASH ENROLLMENT FORM

Please Print

2022-2023

STUDENT'S LAST NAME

STUDENT'S FIRST NAME

MIDDLE INITIAL

BIRTH DATE (MM/DD/YYYY)

GRADE

PHONE

HOME ADDRESS

APT#

CITY

STATE

ZIP

SCHOOL SYSTEM/DISTRICT

SCHOOL NAME

FRAUD WARNING:

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.

SIGNATURE OF PARENT OR GUARDIAN

DATE

My signature above certifies that I have read and understand the Student Accident Insurance Protection brochure and agree to accept the terms and conditions stated herein.

No obligation to purchase.

School Year Rate - ✓ CHECK YOUR SELECTION

COVERAGE PLANS	PREMIUMS
24-Hour - Including Extended Dental	<input type="checkbox"/> \$58.00
24 Hour Only	<input type="checkbox"/> \$50.00
School Time - Including Extended Dental	<input type="checkbox"/> \$16.00
School Time Only	<input type="checkbox"/> \$8.00

Make checks payable to Axis Insurance Company

HOW TO ENROLL

1. Decide whether you want the School Time, 24-Hour Accident Protection (with or without Dental).
2. Fill out the enrollment form and enclose the form along with a check or money order made payable to AXIS Insurance Company for the correct amount.
3. Mail envelope to Lefebvre Insurance, LLC. - 901 Pleasant Street #1413, Attleboro, MA 02703.
Your cancelled check or money order stub will be your receipt and confirmation of payment. (Please write the student's name and school name on your check.)

1. Please Fully Complete This Form
2. See Filing Instructions Attached
3. Mail To

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



Email: Student.Insurance@90degreebenefits.com

PART I - PARTICIPATING ORGANIZATION STATEMENT

Policy Number:		Organization Name:		Event, Activity, or Sport:	
Claimant's Name (Injured Person)		The Injured Person Was A: <input type="checkbox"/> Participant <input type="checkbox"/> Staff Member <input type="checkbox"/> Other		Date and Time Of Accident:	
Place Where Accident Occurred:		Type of Injury: (Indicate Part Of Body Injured - e.g. broken arm, etc.)			
Describe How Accident Occurred - Provide All Possible Details:					
Dental Claims	Indicate Which Teeth Were Involved:		Describe Condition of Injured Teeth Prior To Accident: <input type="checkbox"/> Whole, Sound & Natural <input type="checkbox"/> Filled <input type="checkbox"/> Capped <input type="checkbox"/> Artificial		
Did Accident (Check Yes or No for Each of The Following):					
A. During A Participating Organization Sponsored & Supervised, or Sanctioned Activity?		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> No		
B. On Activity Premises:		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> No		
C. While Traveling Directly and Uninterruptedly to Or Form the Activity?		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> No		
D. During A Participating Organization Practice or Competition?		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> No		
E. Did Injury Result in Death:		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> No		
Signature of Participating Organization Representative:		Name & Title of Participating Organization Representative:		Date:	

PART II - PARENT, RESPONSIBLE PARTY, OR GUARDIAN STATEMENT

Best Contact Number (Included Area Code):	Social Security Number (Of Injured):	Gender (Of Injured): <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Date of Birth (Of Injured):	
Address (in which information should be mailed to):					
Do you/spouse/parent have medical/health care, or are you enrolled as an individual, employee or dependent member of a Health Maintenance Organization (HMO) or similar prepaid health care plan, or any other type of accident/health/sickness plan coverage through an employer, a parent's employer, or other source? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> No					
If yes, name of insurance company: _____		Policy #: _____			
Are you eligible to receive benefits under any governmental plan or program, including Medicare?		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> No		
If yes, please explain: _____					
Mother (Guardian's) primary employer name, address & telephone: _____					
Father (Guardian's) primary employer name, address & telephone: _____					

PART III - AUTHORIZATIONS

I authorize medical payments to physician or supplier for services described on any attached statements. If not signed, provide proof of payment.					
SIGNATURE: _____			DATE: _____		
I authorize any physician, medical professional, hospital, covered entity as defined under HIPPA, insurer or other organization or person having any records, dates or information concerning the claimant to disclose when requested to do so, all information with respect to any injury, policy coverage, medical history, consultation, prescription or treatment, and copies of all hospital or medical records or all such records in their entirety to AXIS Insurance Company or its designated administrator. A photo static copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.					
I agree that should it be determined at a later date there is other insurance (or similar), to reimburse AXIS Insurance Company to the extent of any amount collectible. I understand that any person who knowingly and with the intent to defraud or deceive any insurance company; files a claim containing any material by false, incomplete, or misleading information, may be subjected to prosecution for insurance fraud.					
SIGNATURE: _____			DATE: _____		

CLAIM PROCEDURES

1. Submit all itemized bills to both your family insurance carrier and the insurance carrier for your school/organization. These bills are generally a HICFA form (Physician) or a UB92 form (Hospital). The Physician or Hospital has an assignment of Benefits on file; which was completed on the initial treatment visit. This assignment of Benefits will be honored. If your Provider does not bill on a HICFA or UB92 Form, You will need to sign the authorization to pay Benefits to the Provider on the front of this form.
2. If your family insurance carrier is an HMO organization, CONTACT YOUR HMO PHYSICIAN AT ONCE. FAILURE TO DO SO MAY RESULT IN THE CLAIM BEING DENIED OR A SUBSTANTIALLY REDUCED BENEFIT .
3. Your family insurance carrier will send you an Explanation of Benefits (E.O.B.) listing the payments made by them. Upon receipt of the E.O.B., forward the E.O.B. along with any unpaid itemized bills and a completed claim form to the claim administrator: 90 Degree Benefits for processing: **paid receipts and/or balance due statements are not accepted.**
4. If you do not have other valid and collectible insurance (Auto, Employer Provided, Family Insurance or Self-Provided): complete the information on the claim form, sign where indicated, include all your itemized bills, receipts, etc., and forward to the claim administration for processing.

FRAUD WARNING:

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.

THINGS TO REMEMBER

1. TO SUBMIT ADDITIONAL BILLS AFTER THE ORIGINAL FORM HAS BEEN SENT IN, BE SURE TO INCLUDE THE FOLLOWING: (A) NAME OF CLAIMANT; (B) DATE OF ACCIDENT; (C) NAME OF THE POLICYHOLDER (SCHOOL, COLLEGE OR ORGANIZATION).
2. IF YOUR FAMILY INSURANCE CARRIER IS AN HMO ORGANIZATION, CONTACT YOUR HMO PHYSICIAN AT ONCE.
3. PROOF OF LOSS IS REQUIRED WITHIN 90 DAYS FROM THE DATE OF THE ACCIDENT. YOU HAVE ONE YEAR FROM THE TIME PROOF OF LOSS WOULD HAVE BEEN REQUIRED TO FILE A CLAIM. CLAIMS SUBMITTED PAST THIS PERIOD WILL NOT BE CONSIDERED FOR PAYMENT UNDER THE POLICY.
4. AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL INFORMATION (MUST BE SIGNED)
5. PAYMENT WILL BE MADE TO THE SOURCE OF SERVICE (HOSPITAL, PHYSICIAN, ETC.) UNLESS CLAIM FORM ACCOMPANYING THE BILL INDICATES OTHERWISE AT THE TIME THE CLAIM IS SUBMITTED. IF YOU PAID FOR THE SERVICES AND REIMBURSEMENT IS TO BE PAID TO YOU, PROOF OF PAYMENT WILL BE REQUIRED AT THE TIME THE CLAIM IS SUBMITTED.

IMPORTANT NOTICE

This Brochure provides a brief description of the important features of the insurance plan. It is not a contract of insurance. The benefits, terms and conditions of coverage are set forth in the policy issued in Massachusetts under form number BACC-001-0909-MA. Complete details of coverage are found in the policy on file at your school's office. The policy is subject to the laws of the state in which it was issued. Please keep this information for your reference.

Jas k'omo kaya' jun ch'a'ik che le ajkunel.

(rech le Póliza rech le utob'anik che rumal keraqataj le k'exk'olil rumal le, etzanem, che le ke etzan cho taq le taq'aj, xa jela' le jujuq ak'alab' xa jela' le k'exk'olil kik raq le ke k'oji' kuk') knuk' ruk' le wuj rech le ch'a'ik ruk' le Póliza rech le k'exk'olil.

Cha taq'a le ach'a'ik xuquje' le k'otow chi'aj pa le jun ink'owi are' le: Beneficios de 90 grados

PO Box 6540

Harrisburg, Pa 17112

Ph: 1-800-427-9308

Fax: (717) 652-8328

Ub'i' pa le kematzib': Student.Insurance@90degreebenefits.com

- **Nab'e ub'anik:** Le jujuq kechakun pa le ri' (Man le Matriz, le ajch'a'ik xa jela' le ajchak) k'omo: tzaqatasaj jumul le wuj rech le k'otow ch'I'aj pa le nab'e tanaj, Le kub'ij le jujuq che ke chakunik.
- Cha sik'ij uwach le wuj che kub'ijwi' le ub'antajik le k'exk'olil pa le uxaq wuj ajilab'al oxib' xa jela' ka juch le k'otow chi'aj pa le kub'ijwi' pa le nab'e tanaj.
- **Ukab' ub'anik:** Le tat/ xa jela' le ajchanin re xa jela' le achi che kub'an le ch'a'ik rajawaxik kub'an le:
 - Tzaq tzaj ronojel le kta'ik reh le ronojel le nak' reh le tanaj keb', xa jela' le kuta'o rech le uk'aslemal le tajin kub'an le ch'a'ik, le kib'antajik le tat nan xa jela' le nik'ajchik le kuta' le ajtob'anik.
 - Reh k'omo keqaj le iwuj tzaqat quk' rech le wuj ch'a'ik, keq ta' chikech le ajk'ayib' che kik ya' le facturas che kik b'anom rech kiltajik su le ki k'im (sik'anik "UB04" rech le utojik le ja ajkunel xa jela' jun "CMS-1500" rumal le utojik le ajkunel).
 - Le ajk'ayib' k'omo kik b'an facturar chiq'e anqil. Che xa jela', kil le wuj che tzaqat taqomlo nab'e chaqe pa le qachak.
 - Che xa jela' k'ochi junchik le a tob'anik, cha ya'a' le Ub'ixik che le Tob'anik kuya' le ajchakib' le junchik ajtob'anik (EOBs). **Oj nab'eal rech le tob'anik che kuya' le ajk'amalnb'e rech le qatinamit (xa jela', jumul le tob'anik rech Medicaid) y TRICARE de servicio no activo.**
 - Che xa jela' che ktaq le wuj che kub'ij le utojik ruk' le factura rech le ajkunel. (jun resal uwuch le jun cheke, le jun factura rech le ajkunel che kub'ij che le jun ajch'a'ik ub'anon le tojnik xa jela' utojom le junb'iq, che xa jela' che kub'ij le wuj che man k'otzi le uk'as), le utojik le ch'a'ik ktaq anqil chike le ajk'ayib' ajkunel.
 - Kasolij le tanaj oxib', Uq'ijal
 - Cha sik'ij le uwach le wuj pa le kub'ij wi le fraude pa le wuj ajilab'al oxib' xa jela' che juch'u la pa le kub'ijwi' pa le uk'isb'al le k'otow chi'aj rech le ch'a'ik.

Tzjob'elil rajawaxik rech utz kab'an che le ch'a'I'k

- ● Rajawaxik che le ak'otow chi'aj rech le ch'a'ik che tzaqat xa jela' jun rumal le jujunal le k'exk'olil . Jele ch'a'ik che kjachik che man etzaqattaj ktzaljix chike le xik raq le k'exk'olil xa jela' rech k'omo kik tzaqatasaj.
- ● Che kk'am le k'otow ch'iaj rech le ch'a'ik rumal le jun ajk'ay rech le tob'anik ma kutojtaj ronojel le k'exk'olil.
- ● Le ajc'a'ik rajawaxik ku kunaj rib', che xa jela' kub'an le utojnik le jun ajkun, chi upam le jumuch' lajuj q'ij che q'axnaq chi le k'exk'olil. Choj ach'ab'ejla pa le qachak rech qil rij.
- Le xb'antajik rajawaxijk che tzib'am chi upam jun wuj xa jela' k'o le jumuch' lajuj q'ij rech kjach chike le ajchakib' xa jela' che xik raq le k'exk'olil, xa jela' che kwanchi' ke kun che, che xa jewiche man kkuntaj kub'an le uwuj xa jela' k'o jun junab' che rech ku jacho xa jela' che k'qax jun junab' man k'otzimo che xa jewi' rajawaxik kuk'ut le wuj che k'omo ku b'an na le uwuj.

Urox ub'anik: chataqa' le wuj rech le ch'a'ik (k'otow ch'iaj reh le ch'a'ik) tzaqat pa le chi upam le kematzib', fax xa jla' pa le correo postal, che upam le xb'ixkan. chtana: jela' che ktaq la le wuj pa le kematzib' xa jela' le keqab'ano xa k'omo qilo che k'o le k'otow chi'aj kawaj ka b'ano k'omo koj ach'abejlo pa le qe wachoch rech chak.

AXIS 02/2020

1. Tzaqtzaj ronojel le k'otow ch'iaj
2. Chata' le ub'anik pa le umajb'al che k'oloq
3. Chtata che

1. Beneficios de 90 grados
2. apartado de correos 6540
3. Harrisburg, Pensilvania 17112
4. K'axb'al tzij: 1-800-427-9308
5. Fax: 717-652-8328

Ub'i pa le k'ematzib':
 Student.Insurance@90degreebenef
 its

NAB'E TANAJ- UB'IXIK RECH LE JUJPUQ CHE K'O LE UB'ANTAJIK			
Rajilab'al le tob'anik:		Ub'l le jujpuq ajchakib':	
Ub'i' le ajch'a'ik (winaq q'ipnaq)		Ub'antajik, ub'anik xa jela le etzanem:	
Le winaq q'ipnaq b'enaq pa le: Richill winaq'il ke chukunik niki'ajchik		Q'ij xa jela le pajb'al q'ij rech le k'exk'olil:	
Jawi xb'antaj le k'exk'olil:		Su le xuraqo: (chab'ij su le xq'ip che le uch'akul, pacha le ub'ixik, xq'aj le uq'ab', etc.)	
Cha b'ij jas le xb'antajik le k'exk'olil - chnataj jumul le jas xb'antajuk man k'otumo kataqkin ni jun le xb'antajik: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Were Ch'a'ik	Chab'ij pachin chike le aware che xb'an k'ex che:	Cha b'ij chin chike le aware che man eustaj che majana karaq le k'exk'olil, Whole, Sound & Natural	zaga: <input type="checkbox"/> ch'atum: <input type="checkbox"/> kaxla'n were
K'exk'olil (cha juchu' Je' xa jela Man che le jujun kil chanim):			
A. ¿chi le jun b'antajik rech le tajin che ilom rij xa jela' kyajik rumal le jujpuq ajchakib' che ke ch'ukunuk?		<input type="checkbox"/> Je'	Man
B. Pa le ja che xb'an le b'antajik:		<input type="checkbox"/> Je'	Man
C. ¿che b'enaq pa le b'e suk' che xa jela' ktak'i pataq le b'e che xa b'enaq xa jela' tzalajnaqch'iloq?		<input type="checkbox"/> Je'	Man
D. ¿che le utijoxik rech jun etzan che xa jewi' le jujpuq le ajb'antajik?		Je'	Man
E. ¿xuraq le uq'ajik chi upam le ukomik?:		Je'	Man
Ujuch le ajtzaqal tzij reh le ajchakib' che kik b'an le b'antajik:		Ub'i' xa jela' le uchak le ajk'amalb'e rech le ajchakib' rech le b'antajik:	Q'ij:

PART II - PARENT, RESPONSIBLE PARTY, OR GUARDIAN STATEMENT			
Je'lik le rajilab'al le q'ipnaq (código de área incluido):	Rajilab'al le utob'anik Social (rech le Eq'ipnaq):	Uk'aslemal (le q'ipnaq): M F	Uq'ij alaxik le xq'ajik):
Rachoch (pa le ktaqwi le wuj): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
¿Lal/uk'ulaj/tatk'o le utob'anik ajkun /ajkun, xa jela' tzib'tal la , pacha jun ajchak xa jela' tzib'atil pa le jujpuq ajchakib' rech le utzilal le utzilal (HMO) che xa jela' le tzib'atilpa le ukunaxik le xa jela' che jas k'o le nik'ajchik le utzib'am rib' pa le utob'anik rech jolajoj taq k'exk'olil /utzilal /yab'il? Kuch'uq rumal le jun ajchak, le ajchak ukpjom le tat nan rech le xuraq le k'exk'olil ? J'e Man			
Che xa jela' k'olik, ub'l le ajchakib' rech le tob'anik: _____		Política #: _____	
¿che la k'omo kat cha'ik rech le utob'anik xa jela' jolajoj le tob'anik rech le gubernamental xa jela' Medicare? Je' Man			
Che xab'ij che je', che b'ij suche: _____			
Ub'l, jas kpewixa jela' le uq'axb'al tzij rech le pa kchakunwi le unan xa jela' le (ajchajil re): _____			
Ub'l, jas kpewixa jela' le uq'axb'al tzij rech le pa kchakunwi le utat xa jela' le (ajchajil re): _____			

IKin va le uo'ii le utoiik le kunaxik che le aikun xa iela' che le aik'av rumal le uto'ik le xb'ixik pa le wui rech owao nuk'ul ruk'we wui ri. Che xa

JUCH:

O'II:

Kin ya le uq'ij le jolajoj ajkun, ajchak ajkunel, le ja ajkunel che xa jela' le nik'ajchik che ku b'ij le, HIPPA, ajtob'anel xa jela' le nik'ajchik jujuq ajchakib' che k'o

Jumul le q'ij xa jela' che kuch'ob'o le xb'antajik rech kya' le ub'ixik che rech le tajin ku ta'o, jumul le tzijob'elil rech le kub'ij jas lae xb'antajik rech le k'exk'olil, xa jela' le q'ij, kya' ub'ixik, xa jela' che jas k'o le utob'anik, xa jela' le utzijobelil le ub'antajik rech le ukunaxik ruk' le ajkun, xa jela' kil le rij le jolajoj taq ukunb'al utojom xa jela' che rajawaxij kil le rij che la k'o le kunab'al che tajanik ku tijo rumal le jun yab'il che k'o pa le uwuj chi upam le ja ajkunel xa jela' rajawaxik ronojel le wuj AXIS Insurance Company xa jela' le rajchak ub'im. Le jun uwachb'al fotoestática rech le uq'ijal ri' sib'alaj nim le uq'ij pacha le qasmer wuj.

Kin k'amo che kik raqchik junchik wuj rech tob'anik che chi upam le uq'ijal na (che xaq junam), rech k'omo kik ta'o le pwaq che le AXIS Insurance Company pa le pajb'al che

Jumul le rajik che xresaj. Kinch'ob'o che xa jela' che kraqtajik che le jun winaq ku ch'ab'o su le tajin che xa jel' che kraqatajik che xa tajin kelq'anik che le ajtob'anel: xa, jela' che le wuj ujachom man aretaj le utz, kk'amb'l cho che' xa jela' k'omo kb'ixik che alq'om rech le jolajoj taq ajtob'anel.

JUCH:____ Q'II: ____

Nim le uq'ij le xb'antajik

- ❖ **Ronojel xa jela', kb'ixchike le ek'o pa le tinamit rech le Arkansas, Illinois, Louisiana, Rhode Island y West Virginia:** Jumul le winnaq che kik ch'ob'o xa jela' kik ya' le ki b'antajik che man aretaj xa jela' rumal le ch'a'nik che man aretaj le utz ub'antajik xa rumal le pwaq che kya' che xa jela' k'omo kta' le jun pwaq che rumal le maknik xub'ano.
- ❖ **Kech le ek'o pa le tinamit rech le Alabama:** Jumul le winaq che, xa jela' uchomam che kuban k'ex chike le ajchakib xa jela' che rech keresaj le pwaq chike, che xa jela' che kujach le wuj che man aretaj le utzilal ub'anom che xa jela' le ch'a'ik che man aretaj le le xb'antajik ajmak che le umaknik xu b'ano.
- ❖ **Kech le ek'o pa le tinamit rech le Colorado:** Man kya'taj le uq'ij le maknik che le tzijob'elil kb'anik xa tzijtal chik, xa jela' man je'taj le xb'antajik xa jela' che kresaj pwaq chike le ajchakib' ajtob'anel. Le utojik le maknik k'omo ku toj le pwaq xa jela' k'omo kk'amb'l pa le che' xa jela' man k'otzimo kutoj chike le ajchakib' che ajtob'anel rech k'exk'olil. Che le ajchak rech tob'anel ktzojon ruk' le achi che tajin kutoj le winaq rech tob'anel rech k'exk'olil kik b'an le wuj che man aretaj le upatan xa jela' che man jetaj le tzij kik b'ano rech kik kesaj le pwaq anqil keb'ix chike le jolajoj taq ajchakib' rech le nik'ajchik ajtob'anel rech le tinamit kolorado rech kil kij kuk' le ronojel ajchakib'.
- ❖ **Kech le ek'o pa le tinamit rech Columbia: XB'IXIK:** che xa jela' maknik che man utzataj kab'ij che le ak'aslemal che le ajchak rech le ajtob'anel che xa jela' kik b'an k'ex che le ajchakib. Le utojanik le maknik ri' are le kutoj le pwaq xa jela' ke k'amb'l cho. Xa jela' che le ajchakib' rech le ajtob'anel k'omo ku b'ij che le winaq che man k'otumo ku to'o rumal che man aretaj le rutzilal le uwuj xub'an che xa jela' k'otumo kub'an le ch'a'ik.
- ❖ **Rech le ek'o pa le tinamit Florida:** Jumul le winaq che kik b'antaj le rutzilal le ki wuj xa jela' che kaj kik b'an le ch'a'ik xa jela' che xaq kik b'an tzijtal k'omo kb'ixchike che xe maknik pa le unimal le urox tanaj.
- ❖ **Rech le ek'o pa le tinamit Kentucky:** jumul le winaq che ku ch'ab'o che man utzataj ku b'an le utzataj che le wuj toq'ob' rech le uto'ik xa jela' le jolajoj taq tzij che uk'amomloq xa man aretaj xa jela' man k'otzimo kya' le uq'ij xa jela' man kumajtaj che ku tzakuj le richb'il lrech kurelq'aj le urajil le ajchak tobanel are' la' kb'ixik che jun nim laj maknik.

- ❖ **Rech le ek'o pa le tinamit Maine, Tennessee y Washington:** le jun maknik are che kab'ij tzij che man aretaj, x jela' che man ka tzaqtzajtaj le a wuj rech xa jela' kik esaj pwaq chike le ajchakib'. Le maknik ri' are' che katojo rech man kat yataj cho le che' xa jela' che man k'otzimo kata' le toq'ob' cchike le ajchakib' rech le tob'anik.
- ❖ **Rech le ek'o pa le tinamit Oregon:** Jumul le winaq che kik ch'ab'o che man utzataj le etjanche kuya'na le wuj rech le ch'a'ik che man aretaj le xb'antajik rech kya' le pwaq xa jela' man utzataj le ub'anom che le uwuj xa jela' tajin che jun maknik xa jela' k'omo kta' pwaq che xa jela' k'omo kb'e cho che'.
- ❖ **Rech le ek'o pa le tinamit Maryland:** Jumul le winaq reta'm che jun maknik che kub'an tzij che man aretaj che le ch'a'ik ku b'ano xa jela' che le wuj ku jacha' man aretaj rech kya' pwaq che are' ri jun maknik che xa jela' che chi are' kta'wi le pwaq xa jela' k'omo kchapkin choc he.
- ❖ **Rech le ek'o pa le tinamit Nueva Jersey:** Jumul le winaq che xaq ku b'ij tzij pa le uwuj rech le uta'ik le tob'anik che le ajchak rech le tob'anik xa jela' tajin kmaknik k'omo kk'amb'l cho che'.
- ❖ **Rech le ek'o pa le tinamit Nuevo México:** Jumul le winaq che kik k'ut le ch'a'ik che man aretaj xa jela' xaq kaj le pwaq, xa jela' che kunchi' kunojsaj le wuj rech le tob'anik che xa jela' man kuyataj le qas tzij le uk'aslemal xa jela' tajin kmaknik xa jela' k'omo kta' pwaq che rech man kkanajtaj pa le
- ❖ **Rech le ek'o pa le tinamit Nueva York:** Jumul le winaq reta'm xa jela' kub'an na rumal che kresaj pwaq chike le ajchak rech le tob'anel, le winaq che man kub'ijtaj le saq tzij pa le unojasaxik le wuj xa jela' che kwanchi' kuta' le ch'a'ik che man aretaj le xb'antajik, le jun maknik ri' are le utojik che lw pwaq xa jela' k'omo kat taqb'i choc he. Xa jewi le nim pwaq ktache pa cha le job' mil dólares xa jela' le rajil le jujunal le maknik che xu b'ij chi upam le wuj.
- ❖ **Rech le ek'o pa le tinamit Ohio:** Jumul le winaq che, xa jela' uchomam che kuban k'ex chike le ajchakib xa jela' che rech keresaj le pwaq chike, che xa jela' che kujach le wuj che man aretaj le utzilal ub'anom che xa jela' le ch'a'ik che man aretaj le le xb'antajik ajmak che le umaknik xu b'ano.
- ❖ **Rech le ek'o pa le tinamit Oklahoma:** UB'IXIK: Jumul le winaq che re'tam x jela' kub'ano rumal che kub'an k'ex chike le ajchakib' reche le ajtob'anel, che xa jewi kub'an le ch'a'ik rech k'omo kya' le sutaq che rumal le ajtob'anel, xa jela' che le wuj xu nojsaj man aretaj le xb'antajik k'omo kb'ixche le umaknik xu b'ano are le nim uq'ij.
- ❖ **Rech le ek'o pa le tinamit Pensilvania:** Jumul le winaq che, reta'm xa jela' kraj kub'an k'ex che le ajchakib rech tob'anik xa jela' che ek'o le richn'il che kik jach le wuj che man utzataj le ub'antajik le ch'a'ik che rech k'omo kresaj le pwaq chike xa jela' kub'an le nim maknik che rumal ri' k'omo kk'amb'i choc le che'.
- ❖ ❖ **Rech le ek'o pa le tinamit Texas:** Jumul le winaq che retam che man utzataj le tajin ku b'ano le ch'a'ik che man aretaj xa jela' che man aretaj le kub'ij rech ktojb'l le xub'an k'ex xa jela' le winaq ajmak rech le maknik ruk' ri' k'omo kk'amb'l cho le che' rech le tinamit.
- ❖ **Rech le ek'o pa le tinamit:** Jumul le winaq che xa kraj kub'an k'ex che le ajchakib' xa jela' che tajin kuto' le junchik rech kik esaj le pwaq chike le ajchakib' che xa jela' ku jacha' le wuj rech le ch'a'ik che man aretaj le rutzilal tajin kub'an le maknik che le q'atb'al tzij reche le tinamit.

HASTA \$1,000,000 AJKUN RECH

XIK ROQ K'EX LE AJTIJoxel

CHAJINEM RECH KO K'OLIK



KEMCHAJUNEL RUMAL:

Ko k'olik Lefebvre, LLC

901 Pleasant Street #1413

Attleboro, MA 02703

(800) 451-9668

Pajb'al q'ij pa le q'ij che k'o le tijonik . che xa jela' che ke wakatik xa jela' che man ke chakitaj pataq le b'e che eb'enaq xa jela' epetanaq cho le rachoch le, xa jela' k'o pa le nim ch'ich rech le tijob'al. xa jela' che kuch'uq le pajb'al q'ij che ki b'an le chich' pa le ub'inem

Che kuya' le uq'ij rech che le tijob'al rech kb'e pa le jun bantajik che ub'im le tijob'al xa jela che kik ya' le jawi' kb'inwi xa jela' che chajim rumal le ajtijoxel. Xa jela' le wa'ktem xu ku ya le uch'ich' rech kb'ek xa jela' kpeloq rumal le tijob'al. CHWILA' LE UCHA'IK.

Le ajtijoxel che utz utzib'am rib' ronojel le pajb'al q'ij. K-12,

Ajtij, ajchakib' xa jela' le jolajoj taq ajchakib'. \$8.00

TAQANEM

Le k'exk'olil rajawaxik anqil kb'ixik che le jun ajchak rech le tijob'al che xa jela' k'o pa le upajb'al le tijonik. Che upam le uch'aqum le q'ij ruk' le aq'ab' che kuya' le ub'ixik le k'exk'olil che le tijob'al xa jela' che le ajob'anel Lefebvre (le ka raqwi pa le tanaj k'o ikim). Le wuj rech le ch'a'ik k'omo ka jach pa le jumuch' lajuj q'ij che le xb'antajkin le k'exk'olil. Le pwaq kxsachik che kya'ik 'omo ku koj jun jun junab' che q'axnaq le ke'exk'olil. Xa jela' rajawaxik ka ya' le wuj rech le ch'a'ik rech kya'lo le pwaq che sachom. Che xa jela' che man kyataj le q'ij che che xa jela' q'axnaqchik le jumuch' lejuj q'ij che le k'exk'olil xa jela' are' le tat nan le ki chak rech k'omo ke to'ik.

Cha taqa le jumul le k'otow chi'aj xa jela le jolajoj taq wuj pa le:

Ko K'olikLEFEBVRE, LLC
901 Calle Agradable #1413
Attleboro, MA 02703
(800) 451-9668

Le wuj ri' man jun wuj ximb'al re. weri' are le ku k'utu su le ka tu to'wi. K'omo ka sik'ij uwach le politica principal pa le ja rech le tinamit rech tijonem. Man kya'taj le tob'anik che pa jujunal rech le k'exk'olil. Chak'olo le cheke che ku k'utu cha xtojla , xa jela' kilik che xloqminla.

MAN KTAQTA LA LE PWAQ.

Cha tzijoj: Le kuch'uq le ajtob'anel rech leEE. UU. Utzib'am rib' rumal le AXIS Insurance Company. Le unimal are le kuya le uk'isb'al xa jela su le kuto'wi xa jela' che ruk' ri man kchakuntaj pe le nik'ajchik tinamit reche le EE. UU. La k'olik le sutaq xa jela' le ub'anik le wuj, xa jela' k'o le kuta'o chike le kik kaj le jun tob'anik xa jela' che rajawaxik kilik su le tinamit k'owi' EE. UU. Le uk'isb'al xa jela' che le ku ta'o le tob'anik ri are le uq'ijal xa jela' le kkunik ku tojo k'o p al le poliza.

le ukunaxik rajawaxik kb'ixik che xa jela' man jana ke k'is le keb' junab' che q'axnaq le k'exk'olil. Xa jela' ktoj le pwaq che are le \$800.00. Le ukunanik rajawaxik kk'isik che maja'na ku raqa le uq'ij b'imkanaq kunchi' xraqataj le k'exk'olil. Man ktojtaj le facturas che man k'otaj le wuj che kub'ij jas xkojwi. Le uto'ik rajawaxik kmajtajik pa le jumuch' lajuj q'ij che xu raq le k'exk'olil che to'om. Le jun tob'anem ri' k'omo ka tzakuj pa le q'ij xa jela' le chaq'ab' xa jela' che aloq'om ruk' le upajb'al q'ij le tijonik.

Jumul le pajb'al, le ajtijoxel che utzib'am rib' K-12,

Ajtijab', Ajchakib' rech le tijob'al xa jela' enik'ajchik. \$8.00

Le jun tob'anik ri' man k'otumo ka loq'o che xa jela' le ub'itaj le uch'uqum le pajb'al le tijonik rech le juwinaq kijab' pajb'al q'ij.

CHE KAT TO'IK CHE XA KAT KOMIK RUMAL LE K'EXK'OLIL Y DESMEMBRAMIE NTO

Le utob'anik che le kamikal kech le ajtijoxelab' che ki loq'om le ki tob'anel rumal le etzanem ruk' le potz rech le tijob'al kech le alb'omab' xa jela' che ku ch'aqu le jumul etzanem rech le tijob'al kpaqi' pa le rajil. \$ 15,000

Le tzaqom che ku ch'aqu rajawaxik kq'axik pa le jok'al jumuch' q'ij che xb'antaj kin le k'exk'olil ch'aqum.

Tzaqik Chaqum	kya'ik rumal le k'exk'olil
Katzaq le ak'aslemal Pacha'ku k'ut pa wuj ajtij rech le Seguro	\$20,000
Ktzaq le keb' xa jela' jumul le uq'ab', raqan	\$20,000
Kutzaq le ukayb'al rech le keb' ub'aq'och	\$20,000
Kutzaq le jun raqan, jun uq'ab', kka'yztzi le jun ub'aq'och	\$10,000
Kzaq le jun uq'ab' o le jun raqan	\$10,000
Ktzaq le jun ukayb'al le jun ub'oq'och	\$10,000
Kutzaq le uwi' uq'ab', le chom, ruk' junchik rech le uq'ab'	\$10,000
Kutzaq le kajib' uwi' uq'ab' rech le jun uq'ab'	\$10,000

Kutzijoj xa jela' le usachik

Uyujum

Le "tzaqik" rech le uq'ab' xa jela' le raqan are' le kik b'ij che che le man k'otzi le utiojil uchipom ajsik che le uch'uk xa jela' le raqan. "tzaqik" rech le kayb'al rech le jun ub'aq'och xa jela' che man k'otzimo kb'an le ritzil rech kka'yna. La "tzaqik" le uwi' le uq'ab' che are le chom xa jela' le richb'ilkoq che xas man k'otzi ti'oj che uchipom ruk' le uq'ab' che le utojom le kuraq le xib'al k'exk'olil kil le rij xa jela' xu ktoj le jun nim k'exk'olil che uraqom xa jela' le nik'ajchik man .

Uq'ijal le b'antajik xa jela' le uk'isb'al

Le ch'uqnajik kumaj le uq'ij pa le q'ij che le tijob'al kjach le taqkil rech le wuj xa jela' le prim. Che xa jela' che kumaj le uchakuxik rij xa jela' ktari' chirij le ak'al che ku k'isb'ej le le tijonik rech le jun junab' xa jela' che ku majb'ej le junchik junab' xa jela' che majana' kkis le uq'ijal le poliza xa jela' kilik epachimchike keqaj nab'e.

1. Pa le nijumul le utojik che kpaqi'k xa jela' man k'otumo ka toj nim chuwich le atojomkanaq che ruk' le ajkun rech ware rech le le ka tukunaj pa le jok'al kajib' xemano anq'il che le q'axnaq le k'exk'olil, che xa jela'; k'ochi nik'ajchik le b'antajik rech kutzirik xa jela' le ajchakib' kik tojo xa jela' che utz ub'anom le awuj .
2. Che le ajkun rech ware rech le xuraq le k'exk'olil, kub'an jun wuj le tajin kub'an le ajch'anel. Ajchajanel,

UQAJIK LE TOB'ANIK RECH LE SEGURO RECH LE K'EXK'OLIL ARE LE NIM PWAQ \$1,000,000 RECH LE UTOJIK LE AJKUNEL RUMAL LE K'EXK'OLIL

Ujikik xa jela' nik'ajchik che xa junam ruk':

Le ajchakib' kik toj le ak'asche xab'ano rumal le k'exk'ilil xa raqoxa jela' che man ka waye'jtaj che kq'ax le jumuch' lajuj q'ij che ka kunaj awib'. Le tob'anik kawil chanim. Le tob'anik ke tojik pa le jok'al kijab' q'ij kmajtaj le rajilab'al pa le q'ij che xraqtaj le k'exk'olil.

XIB'AL LE TOB'ANIK

Tob'anel rech le ja kunanel:

Kat ki chajij xa jela' kik ya' le awa nojel q'ij (semiprivado) xa jela' \$ 800 / q'ij

Kchijaxik , xa jela' k'o le pa kwarwi, xa jela' k'o le uwa le oxib' b'iaj

(man ku q'axejtaj le wuqub' q'ij)

Tob'anik misceláneos:

Che kwanchi' che kkanajkin ruk' le ajkunel

Che kb'an le cirugía jela' \$800/q'ij che kopan pa le uchi' ja rech le ajkune anqil: pa le ja ajkunel man rajawaxik taj ke kanajkin le kik raqom le k'exk'olil.

Tob'anik che ku b'an le ajkun:

Cirugía, xa jela' che ka tu chajij pa le majana kb'an le cirugia- le pwaq che rajawaxik ke tojik xa jela' che le chomam kanaq rech le xik paj rij le unimal le k'exk'olil xu raqo che jela' ku b'ij le California de 1974, 5.ª ub'anik, che xa jela' xe tzijonik che \$150 rajil jujunal

uwaraxik: (petanaq le ukojik)

le richb'il le ajkunel: (% de asignación quirúrgica) 25% rilik le ajkunel che man aretaj rech le kjikik xa jela' che xa jela' che man k'otaj le cirugia xb'anik Visitas al médico que no sean para

ktoj le tob'anik xa jela' k'omanaq che

kikto (xa jela' che rajawaxik che le ajkun che tajin ku kunaj xa jela' che rech kuch'ob'o che are' le k'оче le xub'ij are', man rech taj le ukunel) le ukab' ub'ixik: xa jela' k'omanaq che

utob'anik le laboratorio y rayos X:

che le kik kunaj le uware' xa jela' che kik sik'ij le uwaxh le radiografías petanaq chi chupam

Radiografía che man k'otaj pa le ja kunanik. Laboratorio xa jela' k'omanaq che

Resonancias magnéticas, tomografías pa kematzib', tratamientos con láser o procedimientos similares, ruk' ri' petanaqwi le ktojik rech le xik solij rij xa jela' xik kilo jela' le \$800

Nik'ajchik tob'anik:

Pa le ja kunanel xa jela' k'omanaq che

Xelb'i pa le ja kunanel jela' le \$1,500

Utob'anik le quiroprácticos (chi upam xa jela' che elnaq chibik pa le ja kunanel) jela' le \$500

Le ukab' ajkun (chi upam xa jela' che elnaq chibik pa le ja kunanel). Le ch'ich che ku k'amb'I le yab' winaq che kumajb'ej le ukunanel. Le ch'ich ukunanik rech kjikik xa jela' rajawaxik:

Pa le ja kunanel xa jela' k'omanaq che

Xelb'l pa le ja kunanel jela' le \$1,000

Q'ayes kamikal xa jela' le komb'al kech le yab' winaq: Che ku koj le ajkunel xa jela' k'omanaq che

Le ke kojik reche ke ka'yik xa jela' taq nich' che ke koj pa le ab'oq'och xa je'al che ke b'an ritzil xa jela' che le eq'ipanaq ruk xa jela' le kkojik rech junk u to rech le uxikin xa jela' rumal le k'exk'olil che ku ch'aqu. Jela' le \$650

AJCHAK RECH LE WARE:

Rech le ukunanik, xa jela' le ub'anik ritzil xa jela' che kik k'exo.

Le gas aware che k'ex xik raqo, are' ri' k'omo kik kunaj xa jela' rajawaxik.

Rech le rilik le kexk'olil che kik tojo, xa jela' che kik q'axej le xuraq k'exk'olil pa le kaxla'n wichb'al, xa jela' kik b'an le uk'exwach xa jela' kik b'an le ratzil, xa jela' kik ya' le ukomb'al rechle yab'il pa le uchi'.

Xa rumal le xib'kil. Are' le \$750/ ware

KU CH'UQ LE XIB'AL XRAQATAJIK

Le tob'anik, kik to'o le xuraq le k'exk'olil le xa jela' che xib'al le k'ex uraqom xa jela' rajawaxik che utz ub'anom che le uwujil che xa jela' le utojom le nik'ajchik tob'anik, xa jela' che man k'otaj nijun le utojom man k'otumo kya le nim laj tob'anik che xa jela' xu le kya' che le utom chi upam le wuj che xu nojsaj, xa jela' che utojom chik nik'ajchik ajtob'anel k'omo ku ch'ojij le ronojel le tob'anik rech ku toj le k'exk'olil, xa jela' che le tob'anik le ajkunel pacha' le ku b'ij pa le wu che ub'I le ajtij rech le tob'anik.

KESIXKANAQ XA JELA' LE UK'ISB'AL

Kesixkanaq: Le póliza man ku ch'uqtaj le kutzaqo che rumal lepacha' le xb'antajik che:

Le Uk'isb'alil Rumal Le K'exk'olil Rech Le Ch'ich'

Le tob'anik ke tojik xa rumal le k'as xb'antajik rumal le k'exk'olil che xa jela' rumal che xtzaq le ch'ich che utojom le tob'anik che xa jela' che le winaq are' b'enaq pa le ch'ich xa jela' che are tajin ku b'insaj. Le tob'anik rech le pwaq kya' che are che man kq'axtaj che le \$5,000.

Tojnik Che Esamkanaq

Che le ki raqom le k'exk'olil ri' che rech ki kunaxik, le jumul che petinaq man ke kok taj pa le tob'anik xa jela' che rajawaxik kay a le ub'ixik pa le wuj tob'anel:

1. Che le tojnik che kik b'ano rumal le chi'ich che xa jela' man ki maktaj;
2. Che le cirugia rech je'lik kil le upalaj, che xa jela'jun ri' man, le cirujia rech kb'an le ritzil le ki palaj che le xu raq le k'exk'olil;
3. Kil le ki b'oq'och xa jela' kilik che xq'ip le kik kojo rech utz kkay le ki b'iq'och xa jela' che kik b'an ritzil; che
4. Le tob'anik rech le ki komb'al che kik ya' le nik'aj winaq chike rech ke utzirik xa jela'men kik ta'taj pwaq xa jela' che ku b'ij le q'atb'al tzij.
5. Ukunaxik le kuna' le ki ch'akul, che ma'tam ku k'utu pacha' le (ksipoj le uq'ab', xa jela' le uch'u'k le aj xit' potz), che xa jewi ku k'ut rib' rumal le xb'antajik che kuch'uqik (man k'otumo kya' che le uch'uqik le kumb'al rech le ajetzanem uik'om) (man kyatajtaj che ka cha'o le kuch'uq le ajkun rechle ajetzanem che kuya' le ub'ixik pa le wuj ajtij).

KESIXKIN LE JUMUL RI' KETA'M

CHIK :

1. Le k'exk'olil che are' utzukum chirij pacha' le ku komasaj rib' xa jela' che kraj ku kamisaj rib' che utz le ujolom xa jeli che xa mox;
2. Che ku b'ano xa jela' che kraj kelq'anik; xa jela' che le winaq che k'o le tob'anik utijom man utzataj le uchak ku b'ano;
3. Che kya' le xit' urajil che xik elq'aj;
4. Ch'oj che xik b'ij xa jela' che man kik b'ij taj le ch'oj che xa jela' kaj ke ch'ojanik che le' ch'oj kik b'ij che xa jela' kik chomam chi upam le wuj rech le poliza;
5. K'jupunik, che xa jela' ku qasaj xa jela' ku poq'ba'a rech le ch'ich japanik, xa jela' che xaq utojom che kwa'kat chi upam le ch'ich' japanik ;
6. Che kuk'eqlo rib' pa le jun ch'ich;
7. Che kwa'kat pataq le chirij le ch'ich che man rajawaxiktaj k'o le uwujil pacha le ko'lik ch'ich;
8. Yab'il, che le k'exk'olil pa le ch'akul xa jela' rech le jolomal, le yab'il che ku kunaj le ajkun rech le jumul (xa jeli le tzijob'elil che xa jela' xu raq le k'exk'olil), che xa jela' che xa jela' le xtzaqik che suk' xa jela' le yab'il chexa rumal xu sok rib' xa jela' che le rikil xu tijo;
9. Le jun xb'antajik rech le anima' xa jela' le k'exk'olil rech le jolom independientemente de todas las demás causas, del esfuerzo, según lo verificado por un Médico, mientras la Persona Asegurada participa en una Actividad Cubierta (no se aplica a la Cobertura Voluntaria) (no se aplica si la Cobertura Ampliada la cobertura médica deportiva se selecciona en la solicitud principal);
10. Che kutij sutaq che ku b'an k'ex che le ku b'an che le ch'akul che rech le kamikal che xa jela' ub'im le ajkun xa jela' che taq xit' rech kutzirik che utzib'am le ajkun;
11. Le kuna' rib' le uch'akul che kya' le uto'ik le ajchakib' che jela' ku b'ij le q'atb'al tzij;
12. Le kq'abarik rech le ktojanik. Che xa jela' kb'ixik che q'abarel xa jela' kil pa le ukik'el janik'pa' le tzam k'o pa le ub'aqil, che xa jela' ku b'ij le

q'atb'al tzij rech le le xb'antajwi le k'exk'olil, che le jun winaq tajin kutij xa jela' che tajin ku b'insaj le ch'ich'. Le kik nok'oj le ukik'el che xa jela' che q'ab'arel le winaq che utojom le tob'anik che kik ilo che q'ab'arel. ;

13. Che kutijoj rib' xa jela' che tajin katzan potz rech le tijob'al che le ak'alab' che are' le k'isb'al junab' rech ki tijonik/xa jela'le jolajoj taq etzanem che ku b'an le tijob'al kuk nik'ajchik tijob'al, xa jela' junam ub'anom le ke wa'katik che ke b'ek kik b'ana' le etzanem che ke k'amb'ik xa jela' ke tzalajsixloq. Che xa jela' kraj che kb'ankin pa le wuj rech le tob'anik nab'eal.;

14. Che ku b'an jumul le etzanem che ki b'im, che kik kil le ajchakib' che tajin ktoj le tob'anik chik, che xa jela' che kb'an pa le rachoch le tajin ku toj le tob'anik, xa jela' pa le pajb'al rech le tijonik xa jela' le snowboard, le esquí xa jela' le hockey puwi' le ko ja';

15. Man ktojtaj le tob'anik che xa jela'che ktojtaj le ukomb'al che le winaq che xa jela' le ub'anom :

- a. Ajchak xa jela' che utoq'em le utojom le tob'anik;
- b. Che kat k'oji pa le ja rech le winaq che tajin ku toj le tob'anem;

c. Jun chike le alaxik anqil, che xa jela' le rixoqil le winaw che tajin ku toj le tob'anik, xa jela' che le richjil le winaq che tajin ku toj le tob'anik; xa jelña'

- d. Le wimna'q che tajin ku toj le tob'anem

Cha tzijoj:

Le kuch'uq le ajtob'anel rech le EE. UU. Utzib'am rib' rumal le AXIS Insurance Company. Le unimal are le kuya le uk'isb'al xa jela' su le kuto'wi xa jela' che ruk' ri man kchakuntaj pe le nik'ajchik tinamit reche le EE. UU. La k'olik le sutaq xa jela' le ub'anik le wuj, xa jela' k'o le kuta'o chike le kik kaj le jun tob'anik xa jela' che rajawaxik kilik su le tinamit k'owi' EE. UU. Le uk'isb'al xa jela' che le ku ta'o le tob'anik ri are le uq'ijal xa jela' le kkunik ku tojo k'o p al le poliza.

LE JUN TOB'ANEL RI MAN KUMAJTAJ RUK NI JUN CHIK TOB'ANEM. CHE MAN KUYA'TAJ LE UCH'UQIK JUMUL XA JELA'MAN K'OTUMO KU K'EX UWACH JUNCHIK NIM TOB'ANEM. CHE XA JELA' CHE MAN K'OTUMO KUYA' LE NIK'AJ TOB'ANEM CHE TAQ XIT', XA JELA' CHE KI B'IM LE TAQAN WUJ RECH LE UTO'IK LE LE XURAQ LE K'EXK'OLIL XA JELA' CHE KU TO' LE AK'ASLEMAL. CHE XA JELA' MAN K'OTAJ LE UCH'UQIK RUTZILAL XIT', XA JELA' K'OMO K'O LE AK'AS RUK' LE KATOJ NOJEL IK'.

RECH' K'OMO KA YA' LE UB'IXIK LE CH'A'IK:

Chakojo le jun wuj rech le ch'a'ik che reqam rib'
Tzaqsaj jumil le kuta' chawe
Chwila' le wux che ka juch'u xa jela' le uq'ijal pa le k'isb'al re le wuj
Chanuk'u le jolajoj taq wuj che xya'ik chawe rech le pwaq asachom rech le ato'om awib'
Chataqa' le wuj rech ch'a'ik, xa jela' le jolajoj taqwuj che kub'ij janik'apa' e asachom pa le:

Beneficios de 90 grados

PO Box 6540
Harrisburg, Pa 17112

K'axb'al tzij: 1-800-427-9308 fax: (717) 652-8328 correo electrónico: Student.Insurance@90degreebenefits.com

Proof of Loss is required within 90 days from the date of the Accident. You have ONE year from the time Proof of Loss rajawaxik kab'ij jas le sutaq che xa tzaqo chi upam le jumuch' lajuj q'ij che kumajb'ej pa le q'ij che xb'an le k'exk'olil. Ko jun junab' retch ka k'utu' le sutaq che xa raqo rech k'omo ka b'an le ch'a'ik. Jele ch'a'ik che ke b'anik che q'axnaqchi le uq'ij man k'otumo kik ya' le ki to'ik jele poliza.

RILIK LE USOLXIK LE WUJ RECH LE KIK TZIB'AJ KIB'

La at:

Tzaqtzaj jumil le kua' le wuj che rech le ka tzib'aj awib' (CHA WILA' CHE LE
UB'I LE UTINAMIT LE TIJOB'AL K'O PA LE JUN WUJ)

Juchu' le(s) kuta'(s) utz le ub'anik(s) rech le uch'uqik che xa cha'o.

tojo xa jela' le jiro postal rech ka k'utu che xatojo) jun am ruk' le wuj rech ka tzib'aj
awib' pa le jun k'olb'al le wuj.

RECH LE K'OTOW CHI'AJ, XA JELA' LE JOLAJOJ TAQ RAJAWAXIK CHA CG'AB'EJ LE:

L Seguro Lefebvre, LLC

#1413

Attleboro, MA 02703

901 Calle Agradable

800) 451-9668

WUJ RECH KA TZIB'AJ AWIB'

Man rajawaxik taj ka loq'o
Tarifa rech le junab' tijob'al - CHA TA' LE

ACH'OM

Uchakuxik le ch'akunel	PRIMAS
24-ajilib'al -Tzaqat le q'ij, ku majo ka koj le utob'anik le ukunaxik le jumul ware.l	\$58.00
Xu le tzaqat q'ij	\$50.00
Pajb'al tijonik - xa jela' le ukunuk le ware kunimarasaj	<input checked="" type="checkbox"/> \$16.00 <input type="checkbox"/>
Xu le pajb'al tijonik	<input type="checkbox"/> \$8.00

Cheques pub'l le

Jas kin b'ano rech le kintzib'aj wib'

Cha chomaj che xa jela' ka waj le ch'uqanem rech le k'exk'oli pa le pajb'al q'ij rech le tijob'al che rech le jukal kajib' (ruk' che k'olik che xa jela' che man k'otaj le ukunaxik le ware) chatzaqsaj le wuj rech le katzib'aj awub' xa jela' cha nuk'u le awujil ruk' le jun cheke xa jela' le jun jiro postal pa le ub'l le AXIS Insurance Company ruk' le tzaqat pwaq.

Chetaqa le wuj pa le Lefebvre Insurance, LLC. - 901 Calle Agradable #1413, Attleboro, MA 02703.

Le jun cheke che xtojik xa jela' le uch'uk le jiro p ostal are' kilik che che jas kraj le tob'anik. (cha tzib'aj le ub'l le ajtijoxel xa jela' le ub'l le tijob'al pale cheke)

1. cha tzaqtzaj le ronojel le kta'ik
2. Consulte las instrucciones de presentación adjuntas
3. cha taqa pa

**Beneficios de 90
grados apartado de
correos 6540**
**Harrisburg,
Pensilvania 17112**
**K'axb'al tzij: 1-800-
427-9308**
Fax: 717-652-8328
**Correo electrónico:
Student.Insurance
@90degrebenefits
.com**



NAB'E TANAJ- UB'IXIK RECH LE JUJPUQ CHE K'O LE UB'ANTAJIK			
Rajilab'al le tob'anik:	Ub'l le jujpuq ajchakib':	Ub'antajik, ub'anik xa jela le etzanem:	
Ub'i' le ajch'a'ik (winaq q'ipnaq)	Le winaq che xuraq le k'exk'olil are le: le kik b'an le ke etzanik jujpuq <input type="checkbox"/> nik'ajchik	krilo su k'o pa le <input type="checkbox"/>	Q'ij xa jela' le pajb'al q'ij : <input type="checkbox"/>
Jawi xb'antaj le k'exk'olil:	su le xu raqo. (k'utu' su le xq'ajche, le le uq'ab' jewi nik'ajchi.) <input type="checkbox"/>		
Chatzijos sumo le xb'antajik le kexk'olil Describe cómo – cha b'ij jas le xb'antajik pacha' le xb'antajik: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Ware, kch'a'ik	Cha b'ij jas le uware che eutz na:	Cha b'ij jas le ki b'anom le ajtijoxel che man na kik raqo le k'exk'olil: tzaqat, Sonidokch'awik xa jela' Natura tzaqat ch'aqum kaxla'n le ub'antajik.	
K'exk'olil (cha juchu' Je' xa jela Man che le jujun kil chanim):			
A. ¿chi le jun b'antajik rech le tajin che ilom rij xa jela' kyajik rumal le jujpuq ajchakib' che ke chakunuk?		Je'	Man
B. Pa le ja che xb'an le b'antajik:		je'	Man
C. ¿che b'enaq pa le b'e suk' che xa jela' ktak'i pataq le b'e che xa b'enaq xa jela' tzalajnaqchiloq?		Je'	Man
D. ¿che le utijoxik rech jun etzan che xa jewi' le jujpuq le ajb'antajik?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Je' Man
E. ¿xuraq le uq'ajik chi upam le ukomik?:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Je' Man
Ujuch le ajtzaqal tzij reh le ajchakib' che kik b'an le b'antajik:	Ub'i' xa jela' le uchak le ajk'amalb'e rech le ajchakib' rech le b'antajik:	Q'ij	

NAB' TANAJ KCH'AWIK LE TAT CHE XA JELA' LE JUN AJCHAJIL RE			
Je'lik le rajilab'al le q'ipnaq (código de área incluido):	Rajilab'al le utob'anik Social (rech le Eq'ipnaq):	Uk'aslema (le q'ipnaq): M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Uq'ij alaxik le xq'ajik):
Rachoch (pa le ktaqwi le wuj):			
Lal/uk'ulaj/tatk'o le utob'anik ajkun /ajkun, xa jela' tzi b'tal la , pacha jun ajchak xa jela' tzi b'atil pa le jujpuq ajchakib' rech le rutzilal le utzilal (HMO) che xa jela' le tzi b'atilpa le ukunaxik le xa jela' che jas k'o le nik'ajchik le utzib'am rib' pa le utob'anik rech jolajoj taq k'exk'olil /utzilal /yab'il? Kuch'uq rumal le jun ajchak, le ajchak ukpjom le tat nan rech le xuraq le k'exk'olil ? J'e Man			
Che xa jela' k'olik, ub'l le ajchakib' rech le tob'anik: _____		Política #: _____	
¿che la k'omo kat cha'ik rech le utob'anik xa jela' jolajoj le tob'anik rech le gubernamental xa jela' Medicare? Je' Man			
Che xab'ij che je', che b'ij suche: _____			
Ub'l, jas kpewixa jela' le uq'axb'al tzij rech le pa kchakunwi le unan xa jela' le (ajchajil re): _____			
Ub'l, jas kpewixa jela' le uq'axb'al tzij rech le pa kchakunwi le utat xa jela' le (ajchajil re): _____			

Kin ya le uq'ij le utajik le kunchik che le cilus xa jela' che le cil'om rumal le utajik le ub'ixik pa le wuj rech pauc sub'ul sub'um wuj. Che ya

uch':

Q'ij:

IKin ya le uq'ij le jolajoj ajkun, ajchak ajkunel, le ja ajkunel che xa jela' le nik'ajchik che ku b'ij le, HIPPA, ajtob'anel xa jela' le nik'ajchik juppuq ajchakib' che k'o

Jumul le q'ij xa jela' che kuch'ob'o le xb'antajik rech kya' le ub'ixik che rech le tajin ku ta'o, jumul le tzijob'elil rech le kub'ij jas lae xb'antajik rech le k'exk'olil, xa jela' le q'ij, kya' ub'ixik, xa jela' che jas k'o le utob'anik, xa jela' le utzijobelil le ub'antajik rech le ukunaxik ruk' le ajkun, xa jela' kil le rij le jolajoj taq ukunb'al utojom xa jela' che rajawaxij kil le rij che la k'o le kunab'al che tajanic ku tijo rumal le jun yab'il che k'o pa le uwuj chi upam le ja ajkunel xa jela' rajawaxik ronojel le wuj AXIS Insurance Company xa jela' le rajchak ub'im. Le jun uwachb'al fotoestática rech le uq'ijal ri' sib'alaj nim le uq'ij pacha le qasmer wuj. Kin k'amo che kik raqchik junchik wuj rech tob'anik che chi upam le uq'ijal na (che xaq junam), rech k'omo kik ta'o le pwaq che le AXIS Insurance Company pa le pajb'al che Jumul le rajik che xresaj. Kinch'ob'o che xa jela' che kraqtajik che le jun winaq ku ch'ab'o su le tajin che xa jel' che kraqtajik che xa tajin kelq'anik che le ajtob'anel: xa, jela' che le wuj ujachom man aretaj le utz, kk'amb'l cho che' xa jela' k'omo kb'ixik che alq'om rech le jolajoj taq ajtob'anel.

uch': _____

Q'ij: _____

LE UB'ANTAJIK LE CH'A'IK

1. Chtaqa ronojel le facturas che utz le ub'anom xa jela' pa le ajchakib' rech le tob'anik le alaxik xa jela' chike le ajchak rech le tob'anel rech le tijob'al. Le facturas xa jela' ki patan pacha le jun wuj rech k'otow ch'iaj HICFA (ajkun) wuj rech k'otow ch'iaj UB92 (ja kunel). Le ajkun xa jela' le ja ajkun k'o le ki wuj ki k'olom rech le ke opan kuk': che xutzaq saj rib' che le xik majb'ejloq. Le jun xya'ik rech le tob'anik kya' le uq'ij. Che le ajk'ay man krajtaj ku b'an le factura rech le wuj k'otow ch'iaj HICFA o UB92, rajawaxik ku juch' le taqanik rech ktoj le rutzilal che le ajk'ay che le rij le wuj k'otow chi'aj.
2. Che xa jela' che le ajchak tob'anik rech le alaxik are' le HMO, CHA CH'AB'EJ LE AWAJKUN HMO ANQIL. CHE XA JELA' MAN KA B'ANTAJ XA JELA' MAN K'OTZIMO KIK K'AM LE ACH'AI'K TEK'URI' NOJIMAL KESIX NIK'AJ CHE LE ATOB'ANIK CHE TAJIN KA TOJO.
3. Le itob'anel alaxik kutaq jun ub'ixik le tob'anik (EOB) kukojele ajilab'al che le tojnik ki b'anom. che xa k'am le E.O.B., taqa le E.O.B. chanuk'u kuk' le facturas che kab'ijb'ik su le xb'antajik che maj'ana ke tojik xa jela' le jun wuj rech le ch'a'ik che tzaqat che le ajchak rech le ch'a'ik: Beneficios de 90 grados rech kmajtaj: **man kik k'amtaj le recibos tojomchik/xa jela' le kub'ij che le pwaq che k'as rij.**
4. Che xa man k'otaj jun tob'anik che k'omo ku ta' le urijil che (Auto, Empleador, Seguro Familiar o Auto-Provisto): tzaqsaj le kta'ik pa le wuj k'otow ch'iaj rech ch'a'ik. Cha juch'u pa le ku b'ij wi, chya'a' le jumul le facturas jas ku b'ijwi su le xkojwi xa jela' le recibos., xa jela' kataqchi che le ja rech le ch'a'ik rech kil le rij.

XIB'AL ELQ'ANIK:

Jumul le winaq che kik ch'ob'o xa jela' kik b'an na le wuj rech ch'a'ik che man aretaj xa jela' che man aretaj le kik tzib'aj le kuto xa jela' kraj ktojche le xb'antajik che man aretaj le ku tzib'aj pa le tzonoj xa jela' kilik che ajmak che le maknik xa jela' kya' cho chge, xa jewi' ku toj le maknik ruk' le pwaq.

SUTAQ RECH KA NATZAJ

1. CHE RECH K'ONAMO KA TAQ LE FACTURAS CHE XAJACH LE WUJ, CHWILA' CHE KUK'AMB'I LE: (A)UB'I LE TAJIN KU B'AN LE CH'A'IK (B) LE Q'IJ CHE XRAQTAJ LE K'EXK'OLIL (C) UB'I LE NAB'EAL RECH LE TOB'ANIK (TIJOB'AL KTOJIK, TIJOB'AL MAN KOTAJ KTOJIK XA JELA' NIK'AJCHIK JUJPUQ.)
2. CHE LE AJCHAKIB' RECH LE TOB'ANIK ARE LE RECH ALAXIK JUJPUQ ARE LE HMO, CH'AB'EJ LE AWAJKUN HMO ANQIL.
3. RAJAWAXIK KA K'UTU CHE LE SUTAQ XU B'AN K'ES PA LE UPAM LE JUMUCH' LAJUJ Q'IJ CHE KUMAJB'I PA LE Q'IJ RECH LE K'EXK'OLIL. LA K'O JUN JUNAB' CHELA CHE RAJAWAXIK KB'AN LA LE CH'A'IK. LE CH'A'IK CHE KAYA' Q'AXNAQCCHI LE JUNAB' CHE MAN K'OTZI LE UQ'IJ RECH KTOJ LE POLIZA.
4. CHE KYA' LE AQ'IJ RECH KA TZIJOJ LE RECH AJKUN (RAJAWAXIK JUCH'UM)
5. LE TOJNIK KAB'AN PA LE UCHAK LE (JA AJKUNEL, LE AJKUN XA JELA' NIK'AJCHIK) XAJELA' CHE LE WUJ K'OTOW CH'IAJ KUB'IJ JUNCHIK SUTAQ CHE KWANCHI' KAYA' LE WUJ CH'A'IK. CHE LA XTOJLA LE UCHAK LE AJKUN X JELA' CHE RAJAWAXIK XA KTZLAJXIX LE RJIL LA, RAJAWAXIK KK'UT LA CHE XTOJLA KWANCHI' KB'AN LA LE CH'A'IK.

XB'ANTAJIK NIM LE UQ'IJ.

Le jun wuj ri' kuya' laj xit' che le unojsaxik xa jela le utz ub'anik le wuj tob'anik. Man jun wujtaj che ka tu ximo. le tob'anik xa jela' le uk'isb'al xa jela' le ku to tech le uc'uq'k kuya' le ub'ixik pa le poliza che xb'an pa le Massachusetts chu xe' le wuj k'otow ch'iaj ajilab'al BACC-001-0909-MA. Le jumul le kub'ij are le wuj che ya'om pa le tijob'al rech k'omo ka sik'ij le uwach. Le poliza ub'anom xa jela' che utom che le q'atb'al tzij rech le tinamit che xb'an wi. Chk'olo la le wuj ri' rech kil la sumo le unojsaxik.



Como Registrar uma Reclamação Médica

(Para Apólices de Seguro de Riscos Especiais, Desportes, Campistas, Grupos de Jovens e Acidentes dos Participantes)

Em anexo encontra-se um formulário de reclamação para a sua apólice de acidentes.

Por favor, envie as reclamações e perguntas para o seguinte endereço:

90 Degree Benefits

PO Box 6540

Harrisburg, Pa 17112

Ph: 1-800-427-9308

Fax: (717) 652-8328

Email: Student.Insurance@90degreebenefits.com

Passo 1: A Organização Participante deve (NÃO os Pais, Requerente ou Agente):

- Responder completamente a cada item da Parte I, A Declaração da Organização Participante.
- Ler a declaração de aviso de fraude na página 3 e assinar o formulário onde indicado na Parte I.

Passo 2: O Pai/Mãe/Encarregado ou Requerente Adulto Deve:

- Responder completamente a cada item da Parte II, incluindo as informações pessoais do reclamante, informações dos pais e outras informações de seguro.
- Para garantir o recebimento de informações completas sobre a solicitação, exigimos que os provedores enviem faturas detalhadas padronizadas (chamadas “UB04” para despesas hospitalares e/ou “CMS-1500” para despesas médicas).
- Os fornecedores podem cobrar-nos diretamente. Se o fizerem, certifique-se de que um formulário de solicitação preenchido foi enviado primeiro ao nosso escritório.
- Se houver outro seguro, inclua a Explicação dos Benefícios (EOBs) correspondente do outro seguro. **Somos primários em vez do seguro fornecido pelo Estado (ou seja, todos os programas do Medicaid) e TRICARE de serviço não ativo.**
- A menos que o comprovante de pagamento seja enviado com a conta médica (uma cópia do cheque, uma conta médica que indique que o reclamante efetuou o pagamento total ou parcial ou informações de saldo zero), o pagamento da solicitação é enviado diretamente aos provedores médicos.
- Revisão da Parte III, Autorizações
- Ler a declaração de aviso de fraude na página 3 e assinar onde indicado na parte inferior do Formulário de Reclamação.

Informações úteis para a apresentação de reclamações

- Um Formulário de Reclamação totalmente preenchido é necessário para cada acidente/lesão. Reclamações enviadas com informações incompletas serão devolvidas à parte lesada, para completar as informações que faltam.
- A aceitação de um formulário de reclamação por uma companhia de seguros não é uma admissão de cobertura.
- O requerente deve procurar tratamento, resultando em despesas médicas, no prazo de 90 dias após a lesão. Entre em contato com o nosso escritório para verificação.
- A prova por escrito da perda deve ser fornecida à Empresa dentro de 90 dias após a data da Perda Coberta ou assim que razoavelmente possível e em nenhum caso, exceto na ausência de capacidade legal do reclamante, mais de um ano a partir da data caso contrário, a prova é necessária.

Passo 3: Envie o Aviso de Reclamação Preenchido (Formulário de Reclamação) por correio, fax ou e-mail listados acima. Observação: se enviar informações por e-mail, ele será usado apenas para receber informações recebidas. Qualquer dúvida sobre reclamações, por favor, ligue para o nosso escritório.

1. Por favor, preencha totalmente este formulário
2. Veja as Instruções de Arquivamento em Anexo
3. Envie para

90 Degree Benefits
PO Box 6540
Harrisburg, PA
17112
Phone: 1-800-
427-9308
Fax: 717-652-
8328
Email:
Student.Insura
nce@90degree
benefits

PARTE I - DECLARAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO PARTICIPANTE

Número da Apólice:	Nome da Organização:	Evento, Atividade, ou Desporto: <input type="checkbox"/>
Nome do Reclamante (Pessoa Ferida)	A Pessoa Ferida é um Participante Funcionário Outro	Data e Hora do Acidente:
Local onde ocorreu o acidente:	Tipo de Lesão: (Indique a Parte do Corpo Ferida - por exemplo, braço quebrado, etc.) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Descreva como ocorreu o acidente - Forneça todos os detalhes possíveis: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Reclamações Dentais	Indique quais dentes foram envolvidos:	Descreva a condição dos dentes danificados antes do acidente: Saudáveis, Sãos & Naturais Ocurado Com coroa Artificial
O Acidente Ocorreu (Marque Sim ou Não para Cada um dos Seguintes):		
A. Durante uma atividade patrocinada e supervisionada por uma organização participante ou sancionada?		SIM NÃO
B. Nas instalações da atividade:		SIM NÃO
C. Durante a viagem direta e sem interrupção para ou da atividade?		SIM NÃO
D. Durante a prática ou competição de uma organização participante?		SIM NÃO
E. O ferimento resultou em morte:		SIM NÃO
Assinatura do Representante da Organização Participante:	Nome e Título do Representante da Organização Participante:	Data:

PARTE II - DECLARAÇÃO DOS PAIS, RESPONSÁVEIS OU RESPONSÁVEIS

Melhor número de contato (código da área incluído): <input type="checkbox"/>	Número do Seguro Social (do ferido): <input type="checkbox"/>	Sexo (do ferido): M F	Data de nascimento (do ferido): <input type="checkbox"/>
Endereço (para onde devem ser enviadas as informações): <input type="checkbox"/>			
Você/seu marido/mulher/pais tem assistência médica/saúde ou está inscrito como indivíduo, funcionário ou membro dependente de uma organização de manutenção de saúde (HMO) ou plano de saúde pré-pago semelhante ou qualquer outro tipo de plano de acidente/saúde/doença através de um empregador, empregador dos pais ou outra fonte?? SIM NÃO			
Se sim, nome da companhia de seguros: _____		# da Apólice: _____	
Está qualificado para receber benefícios de qualquer plano ou programa do governo, incluindo o Medicare? SIM NÃO			
Se sim, por favor explique: _____			
Nome, endereço e telefone do empregador principal da Mãe (Encarregado): _____			
Nome, endereço e telefone do empregador principal do Pai (Encarregado): _____			

Autorizo pagamentos médicos a médicos ou fornecedores pelos serviços descritos em quaisquer declarações anexas. Se não estiver assinado, forneça o comprovante de pagamento.

ASSINATURA: _____

DATA: ____

Autorizo qualquer médico, profissional médico, hospital, entidade coberta conforme definido pela HIPPA, agência de seguros ou outra organização ou pessoa que tenha quaisquer registros, datas ou informações sobre o reclamante a divulgar quando solicitado a fazê-lo, todas as informações com relação a qualquer lesão, apólice de cobertura, histórico médico, consulta, receita médica ou tratamento e cópias de todos os registros hospitalares ou médicos ou todos esses registros em sua totalidade para a **Companhia de Seguros AXIS** ou o seu administrador designado. Uma cópia fotográfica desta autorização será considerada tão eficaz e válida quanto o original.

Eu concordo que, caso seja determinado numa data posterior, que há outro seguro (ou similar), para reembolsar a **Companhia de Seguros AXIS** até o limite de qualquer quantia cobrável. Entendo que qualquer pessoa que intencionalmente e com a intenção de fraudar ou enganar qualquer companhia de seguros; arquivar uma reclamação contendo qualquer material por informações falsas, incompletas ou enganosas, pode estar sujeito a processo por fraude de seguro.

ASSINATURA: _____

DATA: ____

Aviso Importante

- ❖ **Em geral, e especificamente para residentes de Arkansas, Illinois, Louisiana, Rhode Island e West Virginia:** Qualquer pessoa que conscientemente apresente uma reclamação falsa ou fraudulenta para pagamento de uma perda ou benefício ou conscientemente apresente informações falsas num pedido de seguro é culpada de um crime e pode estar sujeito a multas e prisão.
- ❖ **Para residentes de Alabama:** Qualquer pessoa que conscientemente apresente uma reclamação falsa ou fraudulenta para pagamento de uma perda ou benefício ou conscientemente apresente informações falsas num pedido de seguro é culpada de um crime e pode estar sujeita a multas e prisão, ou qualquer combinação dos mesmos.
- ❖ **Para residentes de Colorado:** É ilegal fornecer conscientemente fatos ou informações falsas, incompletas ou enganosas a uma companhia de seguros com o objetivo de fraudar ou tentar fraudar a empresa. As penalidades podem incluir prisão, multas, negação de seguro e danos civis. Qualquer companhia de seguros ou agente de uma companhia de seguros que conscientemente forneça fatos ou informações falsas, incompletas ou enganosas a um titular da apólice ou reclamante com o objetivo de fraudar ou tentar fraudar o titular da apólice ou reclamante em relação a um acordo ou prêmio pagável de receitas de seguro devem ser relatados à divisão de seguros de Colorado no departamento de agências reguladoras.
- ❖ **Para residentes do Distrito de Columbia: AVISO:** É crime fornecer informações falsas ou enganosas a uma companhia de seguros com o objetivo de fraudar a companhia ou qualquer outra pessoa. As penalidades incluem prisão e/ou multas. Além disso, a companhia de seguros pode negar benefícios de seguro se informações falsas relacionadas a uma reclamação forem fornecidas pelo solicitante.
- ❖ **Para residentes da Florida:** Qualquer pessoa que conscientemente e com a intenção de ferir, fraudar ou enganar qualquer companhia de seguros apresentar uma declaração de reclamação ou um aplicativo contendo qualquer informação falsa, incompleta ou enganosa é culpado de um crime de terceiro grau.
- ❖ **Para residentes de Kentucky:** Qualquer pessoa que, conscientemente e com a intenção de fraudar qualquer companhia de seguros ou outra pessoa, registrar uma solicitação de seguro contendo qualquer informação materialmente falsa ou ocultar, com a finalidade de enganar, informações relativas a qualquer fato relevante, comete um ato fraudulento de seguro, que é um crime.
- ❖ **Para residentes de Maine, Tennessee e Washington:** É crime fornecer intencionalmente informações falsas, incompletas ou enganosas a uma companhia de seguros com o objetivo de fraudá-la. As penalidades incluem prisão, multas e negação de benefícios de seguro.
- ❖ **Para residentes de Oregon:** Qualquer pessoa que, conscientemente e intencionalmente, apresente uma reclamação falsa ou fraudulenta para pagamento de uma perda ou benefício ou que conscientemente ou intencionalmente apresente informações falsas num pedido de seguro, pode ser culpada de um crime e está sujeita a multa e prisão.
- ❖ **Para residentes de Maryland:** Qualquer pessoa que, conscientemente e intencionalmente, apresente uma reclamação falsa ou fraudulenta para pagamento de uma perda ou benefício ou que conscientemente ou intencionalmente apresente informações falsas num pedido de seguro, pode ser culpada de um crime e está sujeita a multa e prisão.
- ❖ **Para residentes de New Jersey:** Qualquer pessoa que inclua qualquer informação falsa ou enganosa num pedido de apólice de seguro está sujeita a penalidades civis e criminais.
- ❖ **Para residentes de New México:** QUALQUER PESSOA QUE CONSCIENTEMENTE APRESENTE UMA RECLAMAÇÃO FALSA OU FRAUDULENTA PARA O PAGAMENTO DE UMA PERDA OU BENEFÍCIO OU CONSCIENTEMENTE APRESENTE INFORMAÇÕES FALSAS NUMA SOLICITAÇÃO DE SEGURO É CULPADO DE UM CRIME E PODE SER SUJEITO A MULTAS CIVIS E PENALIDADES CRIMINAIS.
- ❖ **Para residentes de New York:** Qualquer pessoa que conscientemente e com a intenção de fraudar qualquer companhia de seguros ou outra pessoa apresentar um pedido de seguro ou declaração de reclamação contendo qualquer informação materialmente falsa, ou ocultar com a finalidade de enganar, informações relativas a qualquer fato relevante, comete um ato de seguro fraudulento, que é crime, e também estará sujeito a uma penalidade civil que não exceda cinco mil dólares e o valor declarado da reclamação para cada uma dessas violações.
- ❖ **Para residentes de Ohio:** Qualquer pessoa que, com a intenção de fraudar ou sabendo que está facilitando uma fraude contra uma companhia de seguros, apresentar uma solicitação ou registrar uma reclamação contendo uma declaração falsa ou enganosa é culpada de fraude em seguros.
- ❖ **Para residentes de Oklahoma: AVISO:** Qualquer pessoa que, conscientemente e com a intenção de ferir, fraudar ou enganar qualquer companhia de seguros, fizer qualquer reclamação por meio de uma apólice de seguros contendo qualquer informação falsa, incompleta ou enganosa é culpada de um crime.
- **Para residentes de Pennsylvania:** Qualquer pessoa que, conscientemente e com a intenção de fraudar qualquer companhia de seguros ou outra pessoa, apresentar um pedido de seguro ou declaração de reclamação contendo qualquer informação materialmente falsa ou ocultar com a finalidade de enganar, informações relativas a qualquer fato relevante, comete um ato fraudulento de seguro, que é crime e sujeita essa pessoa a penalidades criminais e civis.
- **Para residentes de Texas:** Qualquer pessoa que conscientemente apresentar uma reclamação falsa ou fraudulenta para o pagamento de uma perda é culpada de um crime e pode estar sujeita a multas e prisão em presídio estadual.
- **Para residentes de Virginia:** Qualquer pessoa que, com a intenção de fraudar ou sabendo que está facilitando uma fraude contra uma companhia de seguros, apresentar uma solicitação ou arquivar uma declaração falsa ou enganosa pode ter violado a lei

estadual.

FRAUDE 0220

ATÉ \$ 1.000.000 PROTEÇÃO DE SEGURO MÉDICO PARA ACIDENTES DOS ALUNOS



ADMINISTRADO POR:
Lefebvre Insurance, LLC
901 Pleasant Street #1413
Attleboro, MA 02703
(800) 451-9668

2022-2023

Subscrito por:

COBERTURA PARA ACIDENTES 24 HORAS

Oferece cobertura de acidentes durante as 24 horas do dia, não apenas durante o horário escolar, mas também em casa ou nos fins de semana, durante as férias, no acampamento, a qualquer hora e em qualquer lugar quando a escola não estiver funcionando. VER EXCLUSÕES.

Alunos em tempo integral, registrados K-12, professores, pessoal administrativo e outros \$50.00

COBERTURA DE ACIDENTE DURANTE O HORÁRIO ESCOLAR

Oferece cobertura enquanto frequenta a escola durante o

horário e nos dias em que a escola está em sessão. Oferece cobertura enquanto frequenta a escola durante o horário e nos dias em que a escola está em sessão. Inclui viagens diretas e sem interrupção de ou para a residência do Segurado e a escola para o horário escolar regular, para o tempo de viagem necessário, mas não superior a uma hora após o término da escola, ou se for necessário tempo adicional de viagem no autocarro escolar, a cobertura abaixo deve estender-se ao tempo de viagem adicional que possa ser necessário. Participação ou frequência de uma atividade exclusivamente organizada, patrocinada e exclusivamente supervisionada pela escola e sob a supervisão de funcionários da escola. A viagem é limitada ao transporte escolar supervisionado. VER EXCLUSÕES.

Alunos em tempo integral, registrados K-12, professores, pessoal administrativo e outros..... \$8.00

CONDIÇÕES

O acidente deve ser relatado imediatamente a uma autoridade escolar sob a Cobertura de Tempo Escolar. De acordo com a Cobertura 24 Horas, informe o acidente à escola ou ao Seguro Lefebvre (o endereço está abaixo). O formulário de reclamação deve ser apresentado à Empresa no prazo de 90 dias após o acidente. As Despesas de Excesso Cobertas devem ser incorridas no prazo de 90 dias a partir da data do acidente. As despesas relacionadas são elegíveis por até dois anos a partir da data do acidente. Uma reclamação dessas Despesas Cobertas deve ser enviada à Empresa para pagamento o mais rápido possível, mas não mais do que um ano a partir da data do serviço. É a responsabilidade dos pais de preencher o formulário de solicitação dentro de 90 dias.

Dirigir as Perguntas e Correspondência a:

LEFEBVRE INSURANCE, LLC
901 Pleasant Street #1413
Attleboro, MA 02703
(800) 451-9668

Este folheto não é um contrato. É simplesmente uma ilustração dos benefícios. Você pode ler a política principal no escritório do distrito escolar. Não receberá uma Apólice de Acidente Individual. Guarde o cheque cancelado, pois é um comprovante de compra. NÃO ENVIE DINHEIRO.

Divulgação: A cobertura de seguro nos EUA é subscrita pela AXIS Insurance Company. A cobertura está sujeita a exclusões e limitações e pode não estar disponível em todos os estados e jurisdições dos EUA. A disponibilidade do produto e os recursos de design do plano, incluindo requisitos de elegibilidade, descrições de benefícios, exclusões ou limitações podem variar dependendo do país local ou das leis estaduais dos EUA. Os termos e condições completos de cobertura, incluindo datas efetivas de cobertura, benefícios, limitações e exclusões, são estabelecidos na apólice. ESTE SEGURO NÃO SE COORDENA COM NENHUM OUTRO PLANO DE SEGURO. NÃO FORNECE COBERTURA MÉDICA COMPLETA OU MÉDICA ABRANGENTE E NÃO FOI PROJETADO PARA SUBSTITUIR SEGURO MÉDICO PRINCIPAL. ALÉM DISSO, ESTE SEGURO NÃO TEM BENEFÍCIOS ESSENCIAIS MÍNIMOS CONFORME ESTABELECIDO NA PROTEÇÃO DO PACIENTE E LEI DE CUIDADOS ACESSEIS. SE VOCÊ NÃO TIVER COBERTURA MÍNIMA ESSENCIAL, PODERÁ DEVER PAGAMENTO ADICIONAL COM SEUS IMPOSTOS.

2. Em nenhum caso o pagamento da Empresa excederá a Cobrança Usual e Costumeira normalmente feita por um Dentista para o tratamento necessário realmente prestado durante o período de 104 semanas imediatamente após a data da Lesão Coberta; se houver mais de uma maneira de tratar um problema dentário, a Empresa pagará benefícios pelo procedimento menos caro, desde que atenda aos padrões odontológicos aceitáveis.
3. Se o Dentista do Segurado certificar, por escrito ao Administrador da Reclamação esse tratamento deverá ser adiado até 2 (dois) anos a partir da data do Acidente, no máximo \$ 800,00 serão pagos. O Tratamento Diferido deve ser concluído dentro de dois (2) anos após a expiração do Período de Tratamento Inicial. Nenhuma conta será paga sem certificação por escrito. Os serviços devem começar dentro de 90 dias a partir da data da Lesão Coberta. Este benefício é válido 24 horas por dia, mesmo quando

Benefício Odontológico OPCIONAL de US\$ 50.000,00

Quando esta opção for adquirida, o benefício odontológico básico será estendido para cobrir as Despesas Usuais e Habituais para Tratamento Dentário de uma Lesão Dentária incorridas dentro de 2 anos a partir da data da Lesão Coberta. Também estão incluídos neste benefício:

1. Tratamento dentário significa a substituição de coroas, dentaduras e aparelhos ortodônticos, obturações, incrustações, aparelhos Crozet, endodontia, cirurgia oral, exames e serviços de raio-x necessários como resultado de lesão.

adquirido com a Cobertura do Horário Escolar.

Alunos em tempo integral, registrados K-12, professores, pessoal administrativo e outros..... \$8.00

Esta cobertura não pode ser adquirida sem a cobertura do Horário Escolar ou 24 horas.

BENEFÍCIOS DE MORTE ACIDENTAL E DESMEMBRAMENTO

O benefício de Perda de Vida para Alunos segurados na Equipa de Football da Escola Secundária ou em todo o Seguro Desportivo Interescolar é aumentado para \$ 15.000

A Perda Coberta deve ocorrer dentro de 180 dias após o Acidente Coberto

Perda Coberta	Valor do Benefício
Perda de Vida	Conforme mostrado no Formulário de Seguro Principal
Perda de duas ou mais mãos ou pés	\$20,000
Perda da Visão de Ambos os Olhos	\$20,000
Perda de uma mão ou pé e visão de um dos olhos	\$20,000
Perda de uma mão ou pé	\$10,000
Perda de visão de um dos olhos	\$10,000
Perda do polegar e do indicador da mesma mão	\$10,000
Perda de todos os quatro dedos da mesma mão	\$10,000

Exposição e Desaparecimento	Incluído
-----------------------------	----------

"Perda" de uma mão ou pé significa separação completa através ou acima da articulação do pulso ou tornozelo. "Perda" de visão de um olho significa perda total e irrecuperável de toda a visão desse olho. "Perda" do polegar ou do dedo indicador significa separação completa através ou acima da articulação metacarpo falângica de ambos os dedos. Se mais de uma Perda for sofrida por um Segurado como resultado do mesmo acidente, apenas um valor, o maior, será pago.

Data Efetiva e de Terminação

A cobertura torna-se efetiva na data em que a Inscrição e o Prêmio são recebidos pela escola. Uma vez efetiva, a cobertura continua até o primeiro dia de aula no ano seguinte ou até que a apólice com a escola expire, o que ocorrer primeiro.

PROTEÇÃO DE SEGURO EM CASO DE ACIDENTE

MÁXIMO DE \$ 1.000.000 DE DESPESAS MÉDICAS EM CASO DE ACIDENTES

A empresa pagará as Despesas Usuais incorridas por uma Lesão coberta se o tratamento for recebido dentro de 90 dias após a Lesão. A Tabela de Benefícios está indicada abaixo. Os benefícios são pagos por 104 semanas a partir da data da lesão.

MÁXIMO DE BENEFÍCIOS

Serviços de Hospital:

Quarto (semiprivado) e alimentação diária Até \$800/dia
Sala de cuidados intensivos e alimentação..Usual & Habitual
(Não exceder 7 dias)

Serviços diversos:

Durante o confinamento hospitalar ou quando cirurgia é realizada Até \$800/dia
Ambulatório de Pronto Socorro: quando no Hospital
Não é necessário..... Usual & Habitual

Serviços Médicos:

Cirurgia, incluindo cuidados pré e pós-operatórios - Despesas usuais e habituais de acordo com o Estudo de valor relativo revisado da Califórnia de 1974, 5ª edição, com um fator de conversão de valor unitário de \$ 150
Anestesia: (incluindo a administração) e cirurgião assistente: (% do subsídio cirúrgico) 25%
Consultas médicas que não sejam para Fisioterapia ou tratamento similar quando nenhum benefício de cirurgia é pago..... Usual & Habitual.
Consultores (quando solicitados pelo médico assistente para confirmação ou determinação de um diagnóstico, mas não para tratamento) e segunda opinião: Usual & Habitual

Serviços de Laboratório e Raio-X:

Exceto odontológico e incluindo taxa para interpretação e/ou leitura de raios-X
Raio-X quando não estiver confinado ao hospital. Usual & Habitual
Laboratório.....Usual & Habitual
Ressonância magnética, tomografia computadorizada, tratamentos a laser ou procedimentos semelhantes, incluindo taxa de interpretação e/ou leitura Até \$800

Serviços Adicionais:

Fisioterapia ou tratamento similar:
No Hospital Usual & Habitual
Fora do Hospital Até \$1,500
Serviços de quiropraxia (dentro ou fora do hospital) Até \$500
Enfermeira registrada (dentro ou fora do hospital) . Usual & Habitual
Ambulância para instalação de tratamento inicial. Usual & Habitual
Aparelhos ortopédicos
No hospital Usual & Habitual
For a do Hospital Até \$1,000
Drogas e medicamentos ambulatoriais:
Administrados por um Médico Usual & Habitual
Óculos, Lentes de Contato e Aparelhos Auditivos; substituição de óculos quebrados e/ou armações, lentes de contato, aparelhos auditivos, resultantes de uma Lesão coberta Até \$650

Serviços Dentais:

Para tratamento, reparo ou substituição de dentes naturais danificados, incluindo aparelhos iniciais quando necessário para o tratamento de

uma lesão coberta, bem como exames, raios-x, tratamento restaurador, endodontia, cirurgia oral e tratamento para gengivite resultante de trauma - Até \$750/dente

COBERTURA TOTAL DE EXCESSO

Os benefícios são pagos para despesas cobertas por necessidades médicas que excedam os valores pagáveis sob qualquer outro plano de assistência médica e estão sujeitas ao máximo total aplicável para todos os benefícios médicos por acidente. Se o Segurado não estiver coberto por nenhum outro Plano de Saúde que forneça Benefícios Médicos por Acidente, a provisão em excesso não se aplicará e os benefícios serão pagos até o Máximo total para todos os Benefícios Médicos por Acidente, conforme mostrado na sua Solicitação de Seguro Principal.

EXCLUSÕES E LIMITAÇÕES

Exclusões: A apólice não cobre quaisquer perdas incorridas como resultado de:

Limitação para acidentes com veículos motorizados

Os Benefícios serão pagos pelas Despesas Cobertas incorridas para o tratamento de Lesões Cobertas que resultem direta e independentemente de todas as outras causas de um Acidente Coberto que ocorreu enquanto o Segurado estava viajando ou dirigindo um Veículo Motorizado. Os benefícios não excederão US\$ 5.000.

Despesas Excluídas

Para os fins deste Benefício Médico de Acidente, o seguinte não será considerado Despesas Cobertas Medicamente Necessárias, a menos que a cobertura seja especificamente fornecida:

1. despesas devidas por qualquer apólice de seguro de automóvel independentemente de culpa;
2. cirurgia cosmética, exceto para cirurgia reconstrutiva necessária como resultado de uma Lesão Coberta;
3. exames ou receitas para, ou compra, reparo ou substituição de óculos, lentes de contato; e
4. serviços ou tratamentos prestados por pessoas que normalmente não cobram por seus serviços, a menos que haja uma obrigação legal de pagar.
5. tratamento de lesões resultantes ao longo de um período de tempo (como bolhas, cotovelo de tenista, etc.) e que são um resultado normal e previsível da participação na Atividade Coberta (não se aplica a Cobertura Voluntário) (não se aplica se a cobertura médica esportiva expandida for selecionada no aplicativo principal.

EXCLUSÕES COMUNS:

1. lesão autoinfligida intencionalmente, suicídio ou qualquer tentativa enquanto são ou louco;
2. cometer ou tentar cometer um crime ou agressão; ou para o qual uma causa contribuinte foi o Segurado estar envolvido em uma ocupação ilegal;
3. cometimento ou participação ativa em distúrbio ou insurreição;
4. guerra declarada ou não declarada ou ato de guerra ou qualquer ato de guerra declarada ou não declarada, a menos que especificamente previsto nesta Apólice;
5. embarque ou desembarque de uma Aeronave, exceto como passageiro em uma linha aérea comercial regular;
6. pára-quedaismo;
7. viajar em qualquer veículo motorizado fora da estrada que não exija licença como veículo motorizado;
8. doença, enfermidade corporal ou mental, infecção bacteriana ou viral ou tratamento médico ou cirúrgico, (incluindo exposição, acidental ou não, a agentes virais, bacterianos ou químicos), quer a perda resulte direta ou indiretamente do tratamento, exceto para qualquer infecção bacteriana resultante de um corte externo acidental ou ferida ou ingestão acidental de alimentos contaminados;
9. um evento cardiovascular, evento ou acidente vascular cerebral resultante, direta e independentemente de todas as outras causas, de esforço, conforme verificado por um Médico, enquanto o Segurado participa de uma Atividade Coberta (não se aplica à Cobertura Voluntária) (não se aplica se a Cobertura Expandida médica esportiva é selecionada no aplicativo mestre);
10. ingestão voluntária de qualquer narcótico, droga, veneno, gás ou fumaça, a menos que prescrito ou tomado sob a orientação de um médico e tomada de acordo com a dose receitada;
11. lesões compensáveis sob a lei de Compensação dos Trabalhadores ou qualquer lei similar;
12. a embriaguez do Segurado. A Pessoa Segurada é conclusivamente considerada embriagada se o nível no seu sangue exceder a quantidade em que uma pessoa presume-se, nos termos da lei do local em que ocorreu o acidente, estar sob a influência de álcool se estiver dirigindo um veículo automotor, independentemente de estar de fato dirigindo um veículo automotor, quando ocorrer a lesão. Um relatório de autópsia de um médico legista licenciado, relatório do oficial de justiça ou itens semelhantes serão considerados prova da intoxicação do Segurado;
13. praticar ou jogar Futebol Interescolar do Ensino Secundário e/ou Desporto Interescolar do Secundário, incluindo deslocações de e para jogos e treinos, exceto se especificamente previsto no Pedido de Seguro Principal;
14. participação em qualquer atividade desportiva não especificamente autorizada, patrocinada e supervisionada pelo Tomador do Seguro, quer ocorra ou não nas instalações do Tomador do Seguro ou durante o horário escolar normal, incluindo snowboard, esqui e hóquei no gelo;
15. não serão pagos benefícios por serviços ou tratamentos prestados por qualquer pessoa que:
 - a. seja empregado ou contratado pelo Segurado;
 - b. resida no domicílio do Segurado;
 - c. seja um membro da família imediata, incluindo parceiro doméstico, da pessoa segurada ou do cônjuge da pessoa segurada; ou
 - d. a Pessoa Segurada.

Divulgação

A cobertura de seguro nos EUA é subscrita pela AXIS Insurance Company. A cobertura está sujeita a exclusões e limitações e pode não estar disponível em todos os estados e jurisdições dos EUA. A disponibilidade do produto e os recursos de design do plano, incluindo requisitos de elegibilidade, descrições de benefícios, exclusões ou limitações podem variar dependendo do país local ou das leis estaduais dos EUA. Os termos e condições completos de cobertura, incluindo datas efetivas de cobertura, benefícios, limitações e exclusões, são estabelecidos na apólice.

ESTE SEGURO NÃO SE COORDENA COM NENHUM OUTRO PLANO DE SEGURO. NÃO FORNECE COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL OU MÉDICA ABRANGENTE E NÃO FOI PROJETADO PARA SUBSTITUIR SEGURO MÉDICO PRINCIPAL. ALÉM DISSO, ESTE SEGURO NÃO TEM BENEFÍCIOS ESSENCIAIS MÍNIMOS CONFORME ESTABELECIDO NA PROTEÇÃO DO PACIENTE E LEI DE CUIDADOS ACESSÍVEIS. SE VOCÊ NÃO TIVER COBERTURA ESSENCIAL MÍNIMA, VOCÊ PODE DEVER PAGAMENTO ADICIONAL COM OS SEUS IMPOSTOS

PARA APRESENTAR UMA RECLAMAÇÃO:

Use o formulário de reclamação em anexo
Preencha todas as informações necessárias
Certifique-se de assinar e escrever a data na parte inferior
Anexe quaisquer contas discriminadas ou recibos de serviços prestados.
Envie os formulários de reclamação, contas detalhadas e recibos para:

90 Degree Benefits
PO Box 6540
Harrisburg, Pa 17112
telefone: 1-800-427-9308 **fax:** (717) 652-8328 **email:**
Student.Insurance@90degreebenefits.com

A prova de perda é exigida no prazo de 90 dias a partir da data do acidente. Você tem UM ano a partir do momento em que a Prova de Perda seria exigida para registrar uma reclamação. Reclamações enviadas após esse período não serão consideradas para pagamento de acordo com a apólice.

LISTA DE VERIFICAÇÃO DO FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

VOCÊ FEZ O SEGUINTE:

- Preencheu todas as informações apropriadas no formulário de inscrição
(VERIFIQUE SE O DISTRITO ESCOLAR ESTÁ CLARAMENTE LISTADO)
- Marcou a(s) caixa(s) apropriada(s) para a cobertura selecionada.
- Incluiu um CHEQUE ou ORDEM DE PAGAMENTO para a Conta total (o seu cheque cancelado ou talão da ordem de pagamento servirá como prova de pagamento) juntamente com o formulário de inscrição preenchido em um envelope.
-

PARA PERGUNTAS, DÚVIDAS E INFORMAÇÕES ENTRE EM CONTATO:

Lefebvre Insurance, LLC
901 Pleasant Street #1413
Attleboro, MA 02703
(800) 451-9668

NÃO ENVIE DINHEIRO – FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

Por favor imprima

2022-2023

SOBRENOME DO ALUNO		
PRIMEIRO NOME DO ALUNO	INICIAL DO NOME DO MEIO	
DATA DE NASCIMENTO (MM/DD/AAAA)	ANO DE ESCOLARIDADE	TELEFONE
ENDEREÇO	APART#	
CIDADE	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
SISTEMA/DISTRITO ESCOLAR		
NOME DA ESCOLA		
AVISO DE FRAUDE: Quem, conscientemente, apresentar reclamação falsa ou fraudulenta de pagamento por perda ou benefício, ou conscientemente apresentar informação falsa em solicitação de seguro, comete um crime e pode ser punido com multa e prisão.		
ASSINATURA DO PAI/MÃE/ENCARREGADO	DATA	
A minha assinatura acima certifica que li e entendi o folheto de Proteção de Seguro contra Acidentes Estudantis e concordo em aceitar os termos e condições aqui estabelecidos.		

ENROLLMENT FORM

Nenhuma obrigação de compra

PLANOS DE COBERTURA		PRÊMIOS
SELEÇÃO 24 horas - incluindo extensão odontológica	<input type="checkbox"/>	\$58.00
24 Horas Apenas	<input type="checkbox"/>	\$50.00
Horas Escolares - incluindo extensão odontológica	<input type="checkbox"/>	\$16.00
Horas Escolares Apenas	<input type="checkbox"/>	\$8.00

Faça cheques pagáveis a

COMO SE INSCREVER

Decida se deseja o horário escolar, proteção contra acidentes 24 horas (com ou sem odontologia).

Preencha o formulário de inscrição e anexe o formulário junto com um cheque ou ordem de pagamento nominal à Companhia de Seguros AXIS no valor correto.

Envie num envelope por correio a: Lefebvre Insurance, LLC. - 901 Pleasant Street #1413, Attleboro, MA 02703.

O seu cheque cancelado ou talão de ordem de pagamento serão seu recibo e confirmação de pagamento. (Por favor, escreva o nome do aluno e o nome da escola no seu cheque.)

SI_K12_MA_MB_2022-2023 Pág. 6

4. Por favor, preencha totalmente este formulário

5. Veja as Instruções de Arquivamento em Anexo

6. Envie para

90 Degree Benefits

PO Box 6540
Harrisburg, PA
17112

Phone: 1-800-
427-9308

Fax: 717-652-
8328

Email:

Student.Insura
nce@90degree

benefits

Axis Insurance Company

PARTE I - DECLARAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO PARTICIPANTE

Número da Apólice::	Nome da Organização:	Evento, Atividade, ou Desporto: <input type="checkbox"/>
Nome do Reclamante (Pessoa Ferida)	A Pessoa Ferida é um Participante Funcionário Outro	Data e Hora do Acidente:
Local onde ocorreu o acidente:	Tipo de Lesão: (Indique a Parte do Corpo Ferida - por exemplo, braço quebrado, etc.)	
Descreva como ocorreu o acidente - Forneça todos os detalhes possíveis:		

Reclamações Dentais	Indique quais dentes foram envolvidos:	Descreva a condição dos dentes danificados antes do acidente:			
		Saudáveis, Sãos & Naturais	Obturado	Com coroa	Artificial
O Acidente Ocorreu (Marque Sim ou Não para Cada um dos Seguintes):					
F.	Durante uma atividade patrocinada e supervisionada por uma organização participante ou sancionada?	SIM	NÃO		
G.	Nas instalações da atividade:	SIM	NÃO		
H.	Durante a viagem direta e sem interrupção para ou da atividade?	SIM	NÃO		
I.	Durante a prática ou competição de uma organização participante?	SIM	NÃO		
J.	O ferimento resultou em morte:	SIM	NÃO		
Assinatura do Representante da Organização Participante:		Nome e Título do Representante da Organização Participante:		Data:	

PARTE II - DECLARAÇÃO DOS PAIS, RESPONSÁVEIS OU RESPONSÁVEIS

Melhor número de contato (código da área incluído):	Número do Seguro Social (do ferido)	Sexo (do ferido):	Data de nascimento (do ferido):
		M F	
Endereço (para onde devem ser enviadas as informações):			
Você/seu marido/mulher/pais tem assistência médica/saúde ou está inscrito como indivíduo, funcionário ou membro dependente de uma organização de manutenção de saúde (HMO) ou plano de saúde pré-pago semelhante ou qualquer outro tipo de plano de acidente/saúde/doença através de um empregador, empregador dos pais ou outra fonte?? SIM NÃO			
Se sim, nome da companhia de seguros: _____		# da Apólice: _____	
Está qualificado para receber benefícios de qualquer plano ou programa do governo, incluindo o Medicare? SIM NÃO			
Se sim, por favor explique: _____			
Nome, endereço e telefone do empregador principal da Mãe (Encarregado): _____			
Nome, endereço e telefone do empregador principal do Pai (Encarregado): _____			

P

Autorizo pagamentos médicos a médicos ou fornecedores pelos serviços descritos em quaisquer declarações anexas. Se não estiver assinado, forneça o comprovante de pagamento.

ASSINATURA: _____

DATA: ____

Autorizo qualquer médico, profissional médico, hospital, entidade coberta conforme definido pela HIPPA, agência de seguros ou outra organização ou pessoa que tenha quaisquer registros, datas ou informações sobre o reclamante a divulgar quando solicitado a fazê-lo, todas as informações com relação a qualquer lesão, apólice de cobertura, histórico médico, consulta, receita médica ou tratamento e cópias de todos os registros hospitalares ou médicos ou todos esses registros em sua totalidade para a **Companhia de Seguros AXIS** ou o seu administrador designado. Uma cópia fotográfica desta autorização será considerada tão eficaz e válida quanto o original.

Eu concordo que, caso seja determinado numa data posterior, que há outro seguro (ou similar), para reembolsar a **Companhia de Seguros AXIS** até o limite de qualquer quantia cobrável. Entendo que qualquer pessoa que intencionalmente e com a intenção de fraudar ou enganar qualquer companhia de seguros; arquivar uma reclamação contendo qualquer material por informações falsas, incompletas ou enganosas, pode estar sujeito a processo por fraude de seguro.

ASSINATURA:

DATA:

PROCEDIMENTOS DE RECLAMAÇÃO

1. Envie todas as faturas detalhadas à companhia de seguros da sua família e à companhia de seguros da sua escola/organização. Essas contas são geralmente um formulário HICFA (Médico) ou um formulário UB92 (Hospital). O Médico ou Hospital tem uma atribuição de Benefícios em arquivo; que foi concluído na visita de tratamento inicial. Esta atribuição de Benefícios será honrada. Se o seu Provedor não cobrar em um Formulário HICFA ou UB92, Você precisará assinar a autorização para pagar Benefícios ao Provedor na frente deste formulário.
2. Se a sua companhia de seguros familiar for uma organização HMO, ENTRE EM CONTATO COM O SEU MÉDICO HMO IMEDIATAMENTE. NÃO FAZER ISSO PODE RESULTAR NA RECLAMAÇÃO SER NEGADA OU EM UM BENEFÍCIO SUBSTANCIALMENTE REDUZIDO
3. A sua companhia de seguro familiar enviará a você uma Explicação de Benefícios (E.O.B.) listando os pagamentos feitos por eles. Após o recebimento do E.O.B., envie o E.O.B. juntamente com quaisquer contas detalhadas não pagas e um formulário de solicitação preenchido para o administrador da reclamação: Benefícios de 90 Degrees para processamento: recibos pagos e/ou extratos de saldo devido não são aceitos.
4. Se você não tiver outro seguro válido e cobrável (Auto, Seguro Fornecido pelo Empregador, Seguro Familiar ou Auto-Fornecido): preencha as informações no formulário de solicitação, assine onde indicado, inclua todas as suas contas detalhadas, recibos, etc., e envie para a administração de reclamações para processamento.

AVISO DE FRAUDE:

Quem, conscientemente, apresentar reclamação falsa ou fraudulenta de pagamento de perda ou benefício, ou conscientemente apresentar informação falsa em solicitação de seguro, comete um crime e pode ser punido com multa e prisão.

COISAS PARA LEMBRAR

1. PARA ENVIAR CONTAS ADICIONAIS APÓS O ENVIO DO FORMULÁRIO ORIGINAL, CERTIFIQUE-SE DE INCLUIR O SEGUINTE: (A) NOME DO RECLAMANTE; (B) DATA DO ACIDENTE; (C) NOME DO DONO DA APÓLICE (ESCOLA, FACULDADE OU ORGANIZAÇÃO).
2. SE A SUA COMPANHIA DE SEGURO FAMILIAR FOR UMA ORGANIZAÇÃO HMO, ENTRE EM CONTATO COM O SEU MÉDICO HMO IMEDIATAMENTE.
3. A COMPROVAÇÃO DA PERDA É EXIGIDA NO PRAZO DE 90 DIAS A PARTIR DA DATA DO ACIDENTE. VOCÊ TEM UM ANO A PARTIR DA PROVA DE PERDA TERIA SIDO EXIGIDA PARA APRESENTAR UMA RECLAMAÇÃO. RECLAMAÇÕES APRESENTADAS APÓS ESTE PERÍODO NÃO SERÃO CONSIDERADAS PARA PAGAMENTO DE ACORDO COM A APÓLICE.
4. AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAR INFORMAÇÕES MÉDICAS (DEVE SER ASSINADA)
5. O PAGAMENTO SERÁ FEITO À FONTE DO SERVIÇO (HOSPITAL, MÉDICO, ETC.) A MENOS QUE O FORMULÁRIO DE RECLAMAÇÃO QUE ACOMPANHA A CONTA INDICA OUTRO NO MOMENTO QUE A RECLAMAÇÃO É ENVIADA. SE VOCÊ PAGOU PELOS SERVIÇOS E O REEMBOLSO DEVE SER PAGO A VOCÊ, A COMPROVAÇÃO DO PAGAMENTO SERÁ EXIGIDA NO MOMENTO DA RECLAMAÇÃO.

AVISO IMPORTANTE

Este folheto fornece uma breve descrição das características importantes do plano de seguro. Não é um contrato de seguro. Os benefícios, termos e condições de cobertura são estabelecidos na apólice emitida em Massachusetts sob o formulário número BACC-001-0909-MA. Detalhes completos da cobertura são encontrados na apólice arquivada no escritório da sua escola. A apólice está sujeita às leis do estado em que foi emitida. Guarde essas informações para sua referência.



How to file a Medical Claim

(For Special Risk, Sports, Campers, Youth Groups, and Participant Accident Insurance Policies)

Attached is a claim form for your accident policy.

Please forward claims and questions to the following address:

90 Degree Benefits

PO Box 6540

Harrisburg, Pa 17112

Ph: 1-800-427-9308

Fax: (717) 652-8328

Email: Student.Insurance@90degreebenefits.com

Step 1: The Participating Organization (NOT the Parent, Claimant or Agent) should:

- Fully answer each item in Part I, The Participating Organization Statement.
- Read the fraud warning statement on page 3 and sign the form where indicated in Part I.

Step 2: The Parent/Guardian or Adult Claimant Should:

- Fully answer each item in Part II, including the claimant's personal information, parent's information, along with other insurance information.
- In order to ensure we receive complete claim information, we require providers to submit standardized itemized bills (called "UB04" for hospital charges and/or a "CMS-1500" for physician charges).
- Providers may bill us directly. If they do, please ensure a completed claim form has first been submitted to our office.
- If other insurance exists, include the other insurance company's corresponding Explanation of Benefits (EOBs). **We are Primary over State provided Insurance (i.e. all Medicaid programs) and Non-active Duty TRICARE.**
- Unless proof of payment is submitted with the medical bill (a copy of the check, a medical bill that indicates the claimant has made all or partial payment, or zero balance information) claim payment is sent directly to the medical providers.
- Review Part III, Authorizations
- Read the fraud warning statement on page 3 and sign where indicated on the bottom of the Claim Form.

Helpful information for submitting claims

- A fully completed Claim Form is required for each accident/injury. Claims submitted with incomplete information will be sent back to injured party, to complete missing information.
- The acceptance of a claim form by an insurance company is not an admission of coverage.
- The claimant must seek treatment, resulting in a medical expense, within 90 days of the injury. Contact our office for verification.
- Written proof of loss must be furnished to the Company within 90 days after the date of the Covered Loss or as soon as reasonably possible and in no event, except in the absence of legal capacity of the claimant, later than one year from the time proof is otherwise required.

Step 3: Submit the Completed Notice of Claim (Claim Form) via either by mail, fax, or email listed above. Please note: if sending information via email, it is only used to receive incoming information. Any questions about claims please call our office.

Important Notice

- ❖ ***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 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 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 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 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 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 resident 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.

UP TO \$1,000,000 STUDENT ACCIDENT MEDICAL INSURANCE PROTECTION



ADMINISTERED BY:

Lefebvre Insurance, LLC
901 Pleasant Street #1413
Attleboro, MA 02703
(800) 451-9668

2022-2023

Underwritten By:
AXIS Insurance Company

24 HOUR ACCIDENT COVERAGE

Provides accident coverage for the full 24 hours of the day, not only during school hours, but also at home or on week-ends, during vacation periods, at camp, anytime, anywhere when school is not in session. SEE EXCLUSIONS.

Full Time, Registered Student K-12, Teachers, Administrative and Other Personnel \$50.00

SCHOOL TIME ACCIDENT COVERAGE

Provides coverage while in attendance at school during the hours and on the days that school is in session. Includes traveling directly and without interruption to or from the Insured's residence and the school for regular school session, for such travel time as is required, but not to exceed one hour after school is dismissed, or if additional travel time on the school bus is required, coverage here under shall extend for such additional travel time as might be necessary. Participation in or attending an activity exclusively organized, sponsored and solely supervised by the school and while under the supervision of school employees. Travel is limited to school supervised transportation. SEE EXCLUSIONS.

Full Time, Registered Student K-12, Teachers, Administrative and Other Personnel..... \$8.00

CONDITIONS

The accident must be reported immediately to a school authority under the School Time Coverage. Under the 24 Hour Coverage report the accident to the school or Lefebvre Insurance (the address is below). The claim form must be filed with the Company within 90 days after the accident. Covered Excess Expenses must be incurred within 90 days from the date of accident. Related expenses are eligible for up to two years from the date of accident. A claim for those Covered Expenses must be submitted to the Company for payment as soon as reasonably possible, but no later than one year from the date of service. It is the parent's responsibility to file the claim form within 90 days.

Direct All Questions and Correspondence To:

LEFEBVRE INSURANCE, LLC
901 Pleasant Street #1413
Attleboro, MA 02703
(800) 451-9668

This brochure is not a contract. It is simply an illustration of benefits. You may read the master policy at the school district office. You will not receive an Individual Accident Policy. Keep your cancelled check, as it is proof of purchase. DO NOT SEND CASH.

Disclosure: US insurance coverage is underwritten by AXIS Insurance Company. 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.

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. IF YOU DON'T HAVE MINIMUM ESSENTIAL COVERAGE, YOU MAY OWE ADDITIONAL PAYMENT WITH YOUR TAXES.

OPTIONAL \$50,000.00 Extended Dental Benefit

When this option is purchased, the basic dental benefit will be extended to provide for the Usual & Customary Charges for Dental Treatment of a Dental Injury expenses incurred within 2 years from the date of the Covered Injury. Also included in this benefit are the following:

1. Dental Treatment means Replacement of caps, crowns, dentures, and orthodontic appliances, (including braces) fillings, inlays, crozat appliances, endodontics, oral surgery, examinations and x- ray services required as a result of Injury.
2. In no event shall the Company's payment exceed the Usual & Customary Charge normally made by a Dentist for necessary treatment actually rendered during the 104-week period immediately following the date of Covered Injury; if there is more than one way to treat a dental problem, the Company will pay benefits for the least expensive procedure provided that this meets acceptable dental standards.
3. If the Insured's Dentist certifies, in writing to the Claim Administrator, that treatment must be deferred until after two (2) years from the date of the Accident, a maximum of \$800.00 will be paid. Deferred Treatment must be completed within two (2) years of the expiration of the Initial Treatment Period. No bills will be paid without written certification. Services must commence within 90 days from the date of the Covered Injury. This benefit is in effect 24 hours a day, even when purchased with School Time Coverage.

Full Time, Registered Student K-12, Teachers, Administrative and Other Personnel.....\$8.00
This coverage **cannot** be purchased without School Time or 24 Hour coverage.

ACCIDENTAL DEATH AND DISMEMBERMENT BENEFITS

The Loss of Life benefit for Students insured under Senior High School Football or all Interscholastic Sports Insurance is increased to \$15,000

Covered Loss must occur within 180 days of the Covered Accident

Covered Loss	Benefit Amount
Loss of Life.....	As shown on the Master Insurance Application
Loss of Two or More Hands or Feet	\$20,000
Loss of Sight of Both Eyes	\$20,000
Loss of One Hand or Foot and Sight in One Eye	\$20,000
Loss of One Hand or Foot	\$10,000
Loss of Sight in One Eye	\$10,000
Loss of Thumb and Index Finger of the same Hand	\$10,000
Loss of all Four Fingers of the Same Hand	\$10,000

Exposure and Disappearance Included

"Loss" of a hand or foot means complete severance through or above the wrist or ankle joint. "Loss" of sight of an eye means total and irrecoverable loss of the entire sight in that eye. "Loss" of thumb or index finger means complete severance through or above the metacarpophalangeal joint of both digits. If more than one Loss is sustained by an Insured as a result of the same accident, only one amount, the largest, will be paid.

Effective & Termination Date

Coverage becomes effective on the date the Application and Premium are received by the school. Once effective, coverage continues until the first day of school in the following year or until the policy with the school expires, whichever occurs first.

ACCIDENT INSURANCE PROTECTION PROVIDING A MAXIMUM OF \$1,000,000 ACCIDENT MEDICAL EXPENSE

The company will pay Usual and Customary Expenses incurred for a covered Injury if treatment is received within 90 days after the Injury. The Schedule of Benefits are stated below. Benefits are payable for 104 weeks from the date of the Injury.

MAXIMUM BENEFITS

Hospital Services:

Daily Room & Board (Semi-private)..... Up to \$800/day
Intensive Care Room & Board..... Usual & Customary
(Not to exceed 7 days)

Miscellaneous Services:

During Hospital Confinement or when surgery is performed..... Up to \$800/day
Emergency Room out-patient: when Hospital Confinement is not required Usual & Customary

Doctor's Services:

Surgery, including pre and post operative care – Usual & Customary Expenses in accordance with the 1974 Revised California Relative Value Study, 5th Edition, having a conversion factor of \$150 unit value
Anesthesia: (including administration) and assistant surgeon: (% of surgical allowance)..... 25%
Doctor Visits other than for Physiotherapy or similar treatment when no surgery benefit is paid.....Usual & Customary
Consultants (when required by attending physician for confirmation or determining a diagnosis, but not for treatment) and second opinion: Usual & Customary

Laboratory & X-Ray Services:

Other than Dental and including fee for interpretation and/or reading of X-Ray
X-ray when not Hospital Confined X-ray . Usual & Customary
Lab Usual & Customary
MRI's, CAT Scans, Laser Treatments or similar procedures, including fee for interpretation and/or reading..... Up to \$800

Additional Services:

Physiotherapy or similar treatment:
In-Hospital.....Usual & Customary
Out of Hospital.....Up to \$1,500
Chiropractic Services (in or out of hospital)..... Up to \$500
Registered Nurse (in or out of hospital) . Usual & Customary
Ambulance to initial treatment facility . . Usual & Customary
Orthopedic Appliances:
In-hospital Usual & Customary
Out of Hospital.....Up to \$1,000
Outpatient Drugs & Medication:
Administered by a Doctor..... Usual & Customary
Eyeglasses, Contact Lenses and Hearing Aids; replacement of broken eyeglasses and/or frames, contact lenses, hearing aids, resulting from a covered Injury..... Up to \$650

Dental Services:

For treatment, repair or replacement of Injured natural teeth, includes initial braces when required

for treatment of a covered Injury, as well as examinations, x-rays, restorative treatment, endodontics, oral surgery, and treatment for gingivitis
resulting from traumaUp to \$750/tooth

FULL EXCESS COVERAGE

Benefits are payable for Medically Necessary covered expenses that are in excess of amounts payable under any Other Health Care Plan and are subject to the applicable Total Maximum for all Accident Medical Benefits. If the Insured is not covered by any Other Health Care Plan providing Accident Medical Benefits, the excess provision shall not apply, and benefits are payable to the total Maximum for all Accident Medical Benefits as shown in your Master Insurance Application.

EXCLUSIONS AND LIMITATIONS

Exclusions: The policy does not cover any loss incurred as a result of:

Limitation for Motor Vehicle Accidents

Benefits will be paid for Covered Expenses incurred for treatment of Covered Injuries that result directly and independently of all other causes from a Covered Accident that occurred while the Insured Person was riding in or driving a Motor Vehicle. Benefits will not exceed \$5,000.

Excluded Expenses

For the purposes of this Accident Medical Benefit, the following will not be considered Medically Necessary Covered Expenses unless coverage is specifically provided:

1. expenses payable by any automobile insurance policy without regard to fault;
2. cosmetic surgery, except for reconstructive surgery needed as the result of a Covered Injury;
3. examination or prescriptions for, or purchase, repair or replacement of, eyeglasses, contact lenses; and
4. services or treatment provided by persons who do not normally charge for their services, unless there is a legal obligation to pay.
5. treatment of injuries that result over a period of time (such as blisters, tennis elbow, etc.), and that are a normal, foreseeable result of participation in the Covered Activity (does not apply to Voluntary Coverage) (does not apply if Expanded Sports Medical Coverage is Selected on the Master Application).

COMMON EXCLUSIONS:

1. intentionally self-inflicted injury, suicide, or any attempt while sane or insane;
2. commission or attempt to commit a felony or an assault; or to which a contributing cause was the Insured Person being engaged in an illegal occupation;
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. parachuting;
7. travel in or on any off-road motorized vehicle that does not require licensing as a motor vehicle;
8. 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 indirectly from the treatment except for any bacterial infection resulting from an Accidental external cut or wound or Accidental ingestion of contaminated food;
9. 9. a cardiovascular, event or stroke resulting, directly and independently of all other causes, from exertion, as verified by a Physician, while the Insured Person participates in a Covered Activity (does not apply to Voluntary Coverage) (does not apply if Expanded Sports Medical Coverage is Selected on the Master Application);
10. 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;
11. injuries compensable under Workers' Compensation law or any similar law;
12. 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;
13. practice or play in Senior High Interscholastic Football and/or Senior High Interscholastic Sports, including travelling to and from games and practice, unless specifically provided for in the Master Insurance Application;
14. participation in any sports activity not specifically authorized, sponsored and supervised by the Policyholder, whether or not it takes place on the Policyholder's premises or during normal School hours, including snowboarding skiing and ice hockey;
15. 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.

Disclosure

US insurance coverage is underwritten by AXIS Insurance Company. 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.

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. IF YOU DON'T HAVE MINIMUM ESSENTIAL COVERAGE, YOU MAY OWE ADDITIONAL PAYMENT WITH YOUR TAXES.

TO FILE A CLAIM:

1. Use attached claim form
2. Fill out all necessary information
3. Be sure to sign and date the bottom
4. Enclose any itemized bills or receipts from services rendered.
5. Send claim forms, itemized bills and receipts to:

90 Degree Benefits

PO Box 6540

Harrisburg, Pa 17112

phone: 1-800-427-9308 **fax:** (717) 652-8328 **email:** Student.Insurance@90degreebenefits.com

Proof of Loss is required within 90 days from the date of the Accident. You have ONE year from the time Proof of Loss would have been required to file a claim. Claims submitted past this period will not be considered for payment under the policy.

ENROLLMENT FORM CHECKLIST

DID YOU:

- Fill out all of the appropriate information on the enrollment form (MAKE SURE SCHOOL DISTRICT IS CLEARLY LISTED)
- Check the appropriate box(s) for the coverage you have selected.
- Enclose a CHECK or MONEY ORDER for the total Premium (your cancelled check or money order stub will serve as proof of payment) along with the completed enrollment form in an envelope.

FOR QUESTIONS, INQUIRIES, AND INFORMATION CONTACT:

Lefebvre Insurance, LLC
901 Pleasant Street #1413
Attleboro, MA 02703
(800) 451-9668

DO NOT SEND CASH ENROLLMENT FORM

Please Print

2022-2023

STUDENT'S LAST NAME		
STUDENT'S FIRST NAME		MIDDLE INITIAL
BIRTH DATE (MM/DD/YYYY)	GRADE	PHONE
HOME ADDRESS		APT#
CITY	STATE	ZIP
SCHOOL SYSTEM/DISTRICT		
SCHOOL NAME		
<p>FRAUD WARNING: 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.</p>		
SIGNATURE OF PARENT OR GUARDIAN		DATE
<p>My signature above certifies that I have read and understand the Student Accident Insurance Protection brochure and agree to accept the terms and conditions stated herein.</p>		

No obligation to purchase.

School Year Rate - ✓ CHECK YOUR SELECTION

COVERAGE PLANS	PREMIUMS
24-Hour - Including Extended Dental	<input type="checkbox"/> \$58.00
24 Hour Only	<input type="checkbox"/> \$50.00
School Time - Including Extended Dental	<input type="checkbox"/> \$16.00
School Time Only	<input type="checkbox"/> \$8.00

Make checks payable to Axis Insurance Company

HOW TO ENROLL

1. Decide whether you want the School Time, 24-Hour Accident Protection (with or without Dental).
2. Fill out the enrollment form and enclose the form along with a check or money order made payable to AXIS Insurance Company for the correct amount.
3. Mail envelope to Lefebvre Insurance, LLC. - 901 Pleasant Street #1413, Attleboro, MA 02703.
Your cancelled check or money order stub will be your receipt and confirmation of payment. (Please write the student's name and school name on your check.)

CLAIM PROCEDURES

1. Submit all itemized bills to both your family insurance carrier and the insurance carrier for your school/organization. These bills are generally a HICFA form (Physician) or a UB92 form (Hospital). The Physician or Hospital has an assignment of Benefits on file; which was completed on the initial treatment visit. This assignment of Benefits will be honored. If your Provider does not bill on a HICFA or UB92 Form, You will need to sign the authorization to pay Benefits to the Provider on the front of this form.
2. If your family insurance carrier is an HMO organization, CONTACT YOUR HMO PHYSICIAN AT ONCE. FAILURE TO DO SO MAY RESULT IN THE CLAIM BEING DENIED OR A SUBSTANTIALLY REDUCED BENEFIT .
3. Your family insurance carrier will send you an Explanation of Benefits (E.O.B.) listing the payments made by them. Upon receipt of the E.O.B., forward the E.O.B. along with any unpaid itemized bills and a completed claim form to the claim administrator: 90 Degree Benefits for processing: **paid receipts and/or balance due statements are not accepted.**
4. If you do not have other valid and collectible insurance (Auto, Employer Provided, Family Insurance or Self-Provided): complete the information on the claim form, sign where indicated, include all your itemized bills, receipts, etc., and forward to the claim administration for processing.

FRAUD WARNING:

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.

THINGS TO REMEMBER

1. TO SUBMIT ADDITIONAL BILLS AFTER THE ORIGINAL FORM HAS BEEN SENT IN, BE SURE TO INCLUDE THE FOLLOWING: (A) NAME OF CLAIMANT; (B) DATE OF ACCIDENT; (C) NAME OF THE POLICYHOLDER (SCHOOL, COLLEGE OR ORGANIZATION).
2. IF YOUR FAMILY INSURANCE CARRIER IS AN HMO ORGANIZATION, CONTACT YOUR HMO PHYSICIAN AT ONCE.
3. PROOF OF LOSS IS REQUIRED WITHIN 90 DAYS FROM THE DATE OF THE ACCIDENT. YOU HAVE ONE YEAR FROM THE TIME PROOF OF LOSS WOULD HAVE BEEN REQUIRED TO FILE A CLAIM. CLAIMS SUBMITTED PAST THIS PERIOD WILL NOT BE CONSIDERED FOR PAYMENT UNDER THE POLICY.
4. AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL INFORMATION (MUST BE SIGNED)
5. PAYMENT WILL BE MADE TO THE SOURCE OF SERVICE (HOSPITAL, PHYSICIAN, ETC.) UNLESS CLAIM FORM ACCOMPANYING THE BILL INDICATES OTHERWISE AT THE TIME THE CLAIM IS SUBMITTED. IF YOU PAID FOR THE SERVICES AND REIMBURSEMENT IS TO BE PAID TO YOU, PROOF OF PAYMENT WILL BE REQUIRED AT THE TIME THE CLAIM IS SUBMITTED.

IMPORTANT NOTICE

This Brochure provides a brief description of the important features of the insurance plan. It is not a contract of insurance. The benefits, terms and conditions of coverage are set forth in the policy issued in Massachusetts under form number BACC-001-0909-MA. Complete details of coverage are found in the policy on file at your school's office. The policy is subject to the laws of the state in which it was issued. Please keep this information for your reference.