

WASHINGTON INTERSCHOLASTIC ACTIVITIES ASSOCIATION

REQUEST FOR WAIVER OF SCHOOL ACCIDENT PLAN COVERAGE

Date:_____

Dear Principal:

I understand that my son/daughter cannot participate in boys' and girls' after-school athletics unless he/she is covered by the school accident coverage plan or our family plan which meets minimum coverage provisions. Our son/daughter is covered by our accident insurance as follows:

1. Minimum death benefit of \$_____
2. Medical coverage of costs of medical payment for any one injury of \$25,000
3. Coverage equivalent to the Washington State Industrial Insurance Fee Schedule for Doctors' services of hospitalization with a 30-day minimum for the latter.
4. Minimum X-rays of \$_____
5. Dental Coverage equivalent to the Washington State Industrial Insurance Fee Schedule
\$_____

Name of Insurance Company_____ Policy Number:_____

My son/daughter is covered by the insurance listed above and I will continue to keep it in force throughout the sports season: therefore, I do not wish to enroll _____ in the School Accident Coverage Plan. Student Name

The Principal is authorized to contact the Company named above to verify coverage limitations.

***As required by law, I verify and attest accident coverage is provided by our policy and I accept full responsibility for the cost of treatment of any injury which he/she may suffer while taking part in the program. Please permit him/her to take part in athletics and Sports Day.**

Date:_____ Signature of Parent:_____

Request Approved () Reason(s)_____

Request Denied () Reason(s)_____

Principal's Signature

Date

*As amended RCW 28A.58.420 – An ACT relating to health insurance for student participating in extracurricular activities.

**ASOCIACION de ACTIVIDADES INTERESCOLASTICAS de
WASHINGTON
Pedido para una Renuncia o Seguro de la Escuela**

Fecha:_____

Estimado Director:

Entiendo que mi hijo/a no puede participar en la actividades atléticas después de la escuela a menos que el/ella está cubierta por el plan de seguro de accidentes de la escuela o nuestra plan familiar lo cual cumple con los provisiones mínimos de cobertura. Nuestro hijo/a está cubierta con el siguiente seguro médico:

1. Beneficio de la Muerte Minimo \$_____
2. Cobertura médica de costos médicos para una herida de \$25,000
3. Cobertura equivalente al honorario de seguro Industrial del Estado de Washington para servicios de un doctor o hospitalización con un mínimo de 30 días
4. Rayos X minimos de \$_____
5. Cobertura Dental equivalente al honorario de seguro Industrial del Estado de Washington \$_____

Nombre de la compañía de seguro _____ Número de
Póliza:_____

Mi hijo/a está cubierta por el seguro nombrado arriba y continuaré mantenerlo corriente durante la estación de deportes: sin embargo, no deseo alistar a _____ el plan de Seguro
Accidental de la Escuela. (Nobre del Estudiante)

El director está autorizado contactar la compañía nombrado arriba para verifcar las limitaciones de cobertura.

*Según los requisitos de la ley, yo verifico y atestiguo que el seguro accidental está proveido por nuestra póliza y acepto la responsabilidad total para los costes incurridos de tratamiento para cualquier daño/herida la cual el/ella podría sufrir mientras participando en el programa. Por favor, permite el/ella participar en las atléticas y el Dia de Deportes.

Fecha:_____

Firma de padre/Madre/Guardián

Pedido Aprobada () Razón(es):_____

Pedido Rechazada () Razón(es):_____