



2024-2025 VOLUNTARY STUDENT ACCIDENT INSURANCE ENROLLMENT FORM (For Schools in: ID, MD, MT, SD, & WA)

Student's Last Name: _____ Student's Date of Birth: _____

Student's First Name: _____ MI: _____ Telephone Number: _____

Student's Social Security Number: _____ Grade: _____ Student ID Number: _____

Address: _____
Street City State Zip

Name of School District: _____ Name of School Campus: _____
(Required to Process)

Signature of Parent or Guardian: _____ Date: _____ E-mail Address: _____

PLEASE CHECK YOUR SELECTION BELOW:		
COVERAGE PLANS	LOW OPTION	HIGH OPTION
24-Hour	- \$ 86.65*	- \$132.65*
24-Hour Summer Only	- \$ 22.45*	- \$ 35.30*
At School	- \$ 21.40*	- \$ 31.00*
High School Football	- \$147.65*	- \$230.05*
Spring High School Football	- \$ 58.85*	- \$ 92.00*
Extended Dental	- \$ 9.65*	- \$ 9.65*
COMPANY USE ONLY: Check # _____ Amount Rec'd _____		Enclose check for total amount payable to: Health Special Risk TOTAL All Selections HERE: \$ _____

***There is a \$1.00 administration fee due with each paper enrollment form submission.**

Once completed, mail this form to:

**Health Special Risk, Inc.
P.O. Box 957824
St. Louis, MO 63195-7824**

For more information or assistance regarding all Student Insurance, contact our Customer Service Department at **1-866-409-5733**

IF YOU WISH TO PAY WITH MASTERCARD OR VISA:** Go to www.K12StudentInsurance.com

***A 5% administrative charge will be added for Credit Card Orders*

Accident Coverage underwritten by: Mutual of Omaha Insurance Company, 3300 Mutual of Omaha Plaza, Omaha, NE 68175



2024-2025
SEGURO VOLUNTARIO
DE ACCIDENTE PARA ESTUDIANTES
FORMULARIO DE SUSCRIPCIÓN
(Para las escuelas en: ID, MD, MT, SD, y WA)

Apellido del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento del Estudiante: _____

Nombre del Estudiante: _____ Inicial: _____ Numero de Teléfono: _____

Número de Seguro Social del Estudiante: _____ Grado: _____ Número de Identificación del Estudiante: _____

Número de la Calle: _____
 Dirección Ciudad Estado Código Postal

Nombre del Distrito Escolar: _____ Nombre de la Escuela/Campus: _____
(Requerido para Procesar)

Firma del Padre o Guardián: _____ Fecha: _____ E-mail Address: _____

POR FAVOR SELECCIONE SU PLAN A CONTINUACION:		
PLANES DE COBERTURA	OPCIÓN BAJA	OPCIÓN ALTA
24-Hour (24 Horas)	<input type="checkbox"/> \$ 86.65*	<input type="checkbox"/> \$132.65*
24-Hour (24 Horas, Solamente en Verano)	<input type="checkbox"/> \$ 22.45*	<input type="checkbox"/> \$ 35.30*
At School (En la Escuela)	<input type="checkbox"/> \$ 21.40*	<input type="checkbox"/> \$ 31.00*
High School Football (Fútbol Americano a Nivel de Secundaria)	<input type="checkbox"/> \$147.65*	<input type="checkbox"/> \$230.05*
Spring High School Football (Fútbol Americano en Primavera a Nivel de Secundaria)	<input type="checkbox"/> \$ 58.85*	<input type="checkbox"/> \$ 92.00*
Extended Dental (Seguro Dental Extendido)	<input type="checkbox"/> \$ 9.65*	<input type="checkbox"/> \$ 9.65*
SOLAMENTE PARA USO DE LA COMPAÑÍA: Número de cheque _____ Cantidad Recibida _____		Adjuntado se encuentra el cheque de pago total pagadero a: Health Special Risk TOTAL de todas las elecciones AQUI: \$ _____

* Existe un cargo adicional de proceso de \$1.00 por cobertura comprada para procesar el papeleo.

Una vez completado, envíe este formulario a:

Health Special Risk, Inc.
P.O. Box 957824
St. Louis, MO 63195-7824

Para más información referente a Seguro de Estudiantes, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente al **1-866-409-5733**

IF YOU WISH TO PAY WITH MASTERCARD OR VISA:** Go to www.K12StudentInsurance.com

**A 5% administrative charge will be added for Credit Card Orders

Cobertura de Accidente Suscrita por: Mutual of Omaha Insurance Company, 3300 Mutual of Omaha Plaza, Omaha, NE 68175