

SOBRE DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES

Llene la información de inscripción adjunta, seleccione la cobertura deseada y envíela junto con la prima correspondiente (información de pago con cheque o tarjeta de crédito) a la dirección indicada a continuación.

NOTA: Puede contratar este seguro en cualquier momento entre la fecha de entrada en vigencia y de vencimiento de la póliza base durante el año escolar en curso.

RECUERDE LLENAR TODA LA INFORMACIÓN REQUERIDA Y ENVIARLA JUNTO CON SU PRIMA O INFORMACIÓN DE PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO A:

Student Assurance Services, Inc.
P.O. Box 196
Stillwater, MN 55082-0196

A fin de que la cobertura entre en vigencia, envíe este formulario de inscripción completado lo más pronto posible.

FECHA DE RECEPCIÓN _____



SOBRE DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES

↑ APELLIDO DEL ESTUDIANTE ↑ (una letra en cada casilla)

PRIMER NOMBRE DEL ESTUDIANTE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Escriba en letra de imprenta Dirección (Calle)

(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Dirección de correo electrónico

Nombre de la escuela

Nombre del distrito

Edad del estudiante Grado Teléfono

X (Firma del padre, madre o tutor legal) (Fecha)

GAA-2203Ed. 11-16

Primas anuales únicas de la póliza

PLANES DE COBERTURA

	Cobertura de tiempo completo (NO incluye Cobertura de deportes interescolares)	<input type="checkbox"/> \$ 99
	Cobertura de tiempo completo Y cobertura para deportes interescolares (NO incluye fútbol americano de 9.º a 12.º grado)	<input type="checkbox"/> \$ 174
	Cobertura de tiempo escolar (NO incluye Cobertura de deportes interescolares)	<input type="checkbox"/> \$ 16
	Cobertura de tiempo escolar Y cobertura para deportes interescolares (no incluye fútbol americano de 9.º a 12.º grado)	<input type="checkbox"/> \$ 91
	Cobertura de fútbol americano (de 9.º a 12.º grado)	<input type="checkbox"/> \$ 250
	Cobertura dental extendida (de PK a 12.º grado)	<input type="checkbox"/> \$ 9

NO ENVÍE EFECTIVO

TOTAL DE LA PRIMA

Extienda los cheques a nombre de: **STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC.**
* Escriba el nombre del estudiante en el anverso del cheque. **NO ES REEMBOLSABLE**

FECHA DE RECEPCIÓN POR LA ESCUELA _____
(Debe fecharlo un empleado de la escuela) E-1511-1513

FORMULARIO DE PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO DEL SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES

INDIQUE LA PRIMA SELECCIONADA Y COMPLETE LA INFORMACIÓN SOLICITADA DE INSCRIPCIÓN AL DORSO DE ESTE FORMULARIO.
Se agrega un Cargo por Procesamiento de \$5.00 a TODAS las transacciones realizadas con tarjeta de crédito
(no se aplica a los residentes de IN, NC)

Cargar \$ _____ + \$5.00 de Cargo por Procesamiento = \$ _____ a la siguiente tarjeta de crédito: VISA®, MasterCard®, o Discover®

Número de tarjeta de crédito Código de seguridad (al dorso de la tarjeta, 3 dígitos) (Mes) (Año) Fecha de vencimiento de la tarjeta
 - La facturación de la tarjeta de crédito indicará: "Student Assurance Services, Inc."

Nombre del titular en letra de imprenta _____ Fecha ____ / ____ / ____

Firma del titular _____

Dirección del titular (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Número de teléfono (_____) _____ - _____

GAA-2203Ed. 11-16

SEPARE - Coloque dentro del sobre

E-1511-1513