SOBRE DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES

Llene la información de inscripción adjunta, seleccione la cobertura deseada y envíela con la prima correspondiente (información de pago con cheque o tarjeta de crédito) lo más pronto posible.

NOTA: Puede adquirir 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 SU 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_____

Ameritas
Ameritas Life Insurance Corp.
Lincoln, Nebraska

SOBRE DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES

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

NOMBRE DEL ESTUDIANTE Escriba en letra de molde — INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Dirección _____
(Calle)

_____
(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Dirección de correo electrónico _____

Nombre de la escuela _____

Nombre del distrito _____

Edad del estudiante_____ Grado _____ Teléfono _____

X _____
GAA-2203Ed.11-16 (Firma del padre, la madre o el tutor legal) (Fecha)

PLANES DE COBERTURA	Primas anuales únicas de la póliza PLAN BÁSICO	PLAN PREFERENCIAL
Cobertura de tiempo completo de PK a 12.º grado Y de TODOS los deportes (excepto la Cobertura de fútbol americano)	☐ $85	☐ $152
Cobertura de tiempo escolar de PK a 8.° grado Ycon Cobertura de TODOS los deportes (excepto la cobertura de fútbol americano)	☐ $15	☐ $28
Cobertura de tiempo escolar de 9.° a 12.º Y cobertura para TODOS los deportes (excepto la cobertura de fútbol americano)	☐ $48	☐ $90
Cobertura de fútbol americano de 10.º a 12.º grado y de 7.º a 9.º grado si practican o participan en fútbol americano para estudiantes de 10.° a 12.° grado	☐ $97	☐ $240
Cobertura dental extendida PK a 12.° grado	☐ $8	☐ $8

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

C-1538(2017)

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 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)

Fecha de vencimiento de la tarjeta (Mes) (Año)

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

C-1538(2017)