

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 LA PRIMA O INFORMACIÓN DE PAGO CON LA 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)	
NOMBRE DEL ESTUDIANTE Escriba en letra de imprenta	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

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

C-1508/1540(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 Indiana)

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."
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

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-1508/1540(2017)