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_____

Ameritas
Ameritas Life Insurance Corp.
Lincoln, Nebraska

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

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.° a 12.° 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.° a 12.° grado)	☐ $ 91
Cobertura de fútbol americano (de 9.° a 12.° grado)	☐ $ 250
Cobertura dental extendida (de PK a 12.° 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**

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

D-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) | 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

D-1511-1513

SEPARE - Coloque dentro del sobre