

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 _____



SOBRE DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES

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

--	--

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

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)	<input type="checkbox"/> \$85	<input type="checkbox"/> \$152
	Cobertura de tiempo escolar de PK a 8.º grado Y con Cobertura de TODOS los deportes (excepto la cobertura de fútbol americano)	<input type="checkbox"/> \$15	<input type="checkbox"/> \$28
	Cobertura de tiempo escolar de 9.º a 12.º Y cobertura para TODOS los deportes (excepto la cobertura de fútbol americano)	<input type="checkbox"/> \$48	<input type="checkbox"/> \$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.º a 12.º grado	<input type="checkbox"/> \$116	<input type="checkbox"/> \$240
	Cobertura dental extendida PK a 12.º grado	<input type="checkbox"/> \$9	<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

G-1538(2021)

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

SEPARAR - Coloque dentro del sobre

G-1538(2021)