

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

PLANES DE COBERTURA

Primas anuales
únicas de la póliza

	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)
F-1511-1513(2021)

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®

Fecha de vencimiento de la tarjeta

Número de tarjeta de crédito	Código de seguridad (al dorso de la tarjeta, 3 dígitos)	(Mes)	(Año)	La facturación de la tarjeta de crédito indicará: "Student Assurance Services, Inc."																											
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																					<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			

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

F-1511-1513(2021)