

SOBRE DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES

Llene la información de inscripción adjunta, seleccione la cobertura deseada y envíela con la prima correspondiente lo más pronto posible o llene la opción de pago con tarjeta de crédito. La cobertura entrará en vigencia a partir de la fecha que ocurra después de las siguientes: la Fecha de Entrada en Vigencia de la Póliza Base o a las 12:01 a. m. del día posterior al día en que el sobre con el formulario de inscripción y la prima sea recibido y fechado por la Escuela, la Compañía o su agente autorizado. La cobertura de deportes interescolares caducará en el último día de la temporada autorizada correspondiente al año escolar en curso. Las Coberturas de Tiempo Escolar y Tiempo Completo finalizan el primer día de clases del año siguiente. **NOTA:** Puede comprar 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 DENTRO DEL SOBRE PROPORCIONADO.

A fin de que la cobertura entre en vigencia, envíe este formulario de inscripción completado lo más pronto posible.

Toda persona que a sabiendas presente reclamaciones de pagos falsas o fraudulentas en relación con una pérdida o beneficio, o quien a sabiendas presente información falsa en la solicitud de seguro, será culpable de un delito y podrá estar sujeto a multas y encarcelamiento.

SOBRE DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES

Security Life
INSURANCE COMPANY OF AMERICA

APELLIDO DEL ESTUDIANTE (una letra en cada casillero)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Llene con 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)

FORMULARIO W-1508

Primas Anuales Únicas

Con Beneficio de Gastos Mayores

PLANES DE COBERTURA

	Cobertura de Tiempo Completo (SIN Cobertura de Deportes Interescolares)	<input type="checkbox"/> \$99	<input type="checkbox"/> \$190
	Cobertura de Tiempo Completo (con Cobertura de Todos los Deportes Interescolares, excepto Fútbol Americano de 9.º a 12.º grado)	<input type="checkbox"/> \$164	<input type="checkbox"/> \$255
	Cobertura de Tiempo Escolar (SIN Cobertura de Deportes Interescolares)	<input type="checkbox"/> \$16	
	Cobertura de Tiempo Escolar (con Cobertura de Todos los Deportes Interescolares, excepto Fútbol Americano de 9.º a 12.º grado)	<input type="checkbox"/> \$81	
	Cobertura de Fútbol Americano de 9.º a 12.º grado (el Beneficio de Gastos Mayores NO será aplicable)	<input type="checkbox"/> \$225	
	Cobertura Dental Extendida	<input type="checkbox"/> \$9	

NO ENVÍE EFECTIVO

TOTAL DE LA PRIMA

Extienda el cheque 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)

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.

Cargue \$ _____ 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 (_____) _____ - _____

FORMULARIO W-1508