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 resulte posterior de las siguientes: la fecha de entrada en vigencia de la póliza base o a las 12:01 a. m. del día posterior a la fecha del matasellos postal en el sobre que incluye el formulario de inscripción y el pago de prima, aplicado por el Servicio Postal de los EE. UU. 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 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 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.

FECHA DE RECEPCIÓN _____

SOBRE DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES

SECURITYLIFE
INSURANCE COMPANY OF AMERICA
MINNETONKA, MINNESOTA

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

PRIMER NOMBRE DEL ESTUDIANTE
Escriba en letra de molde

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 _____
(Firma del padre, madre o tutor legal) (Fecha)

GHA-2203 (GEN)

PLANES DE COBERTURA	Primas anuales únicas PLAN BÁSICO	PLAN PREFERENCIAL
Cobertura de tiempo completo de PK a 12.º grado (con Cobertura de todos los deportes, excepto fútbol americano de la liga Varsity)	☐ $85	☐ $152
Cobertura de tiempo escolar de PK a 8.° grado (con Cobertura de todos los deportes, excepto fútbol americano de la liga Varsity)	☐ $15	☐ $28
Cobertura de tiempo escolar de 9.° a 12.º grado (con Cobertura de todos los deportes, excepto fútbol americano de la liga Varsity)	☐ $48	☐ $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.° a 12.° grado	☐ $97	☐ $240
Cobertura dental extendida PK a 12.° grado	☐ $8	☐ $8

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**

B-1538 (2016)

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

☐ 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 (_____) _____ - _____

GHA-2203 (GEN) B-1538(2016)