SOBRE DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES

CÓMO INSCRIBIRSE

1. Seleccione la cobertura deseada entre las opciones detalladas anteriormente. La prima no puede prorratearse. Hay dos opciones de inscripción y pago.
2. Complete el Formulario de inscripción e incluya la prima (cheque pagadero a: STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC. o la información de pago de la tarjeta de crédito). Escriba el nombre del estudiante en el cheque. Envíe el pago de la prima con la información de inscripción solicitada y envíelo por correo a Student Assurance Services Inc. P.O. Box 196, Stillwater, MN 55082-0196; O
3. Complete el formulario de inscripción en línea en el sitio web de Student Assurance Services, Inc.: www.sas-mn.com. El formulario en línea está disponible en "School Look-up" en la sección K-12.
4. Asegúrese de conservar este folleto y una copia del pago de la prima como comprobante del seguro. No recibirá una póliza ni una tarjeta de identificación. La póliza base es emitida a su escuela.

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 COLOCAR EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN LLENADO CON EL PAGO DE LA PRIMA (CHEQUE O INFORMACIÓN CON SU TARJETA DE CRÉDITO) EN EL SOBRE PROVISTO. ENVIAR POR CORREO 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.º 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)

G-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

SEPARE - Coloque dentro del sobre

G-1511-1513