

## SOBRE DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES

Complete la información en la parte desprendible de la inscripción, seleccione la cobertura deseada y envíela con la prima correcta o complete la información de la tarjeta de crédito tan pronto como le sea posible.

NOTA: puede adquirir este seguro en cualquier momento entre la fecha de entrada en vigencia y la fecha de vencimiento de la Póliza Base para Actividades de la Liga Interescolar Universitaria (University Interscholastic League, UIL) autorizadas que comiencen y finalicen dentro del año escolar en curso.

**A fin de que la cobertura entre en vigencia, sírvase enviar este formulario de inscripción completo tan pronto como le sea posible.**

**MAIL TO - Student Assurance Services, Inc. • P.O. Box 196  
• Stillwater, MN 55082-0196**

FECHA DE RECEPCIÓN \_\_\_\_\_

### SOBRE DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES

\_\_\_\_\_

APELLIDO DEL ESTUDIANTE (una letra por casilla)

\_\_\_\_\_

NOMBRE DE PILA DEL ESTUDIANTE INICIAL DEL 2º NOMBRE

Dirección \_\_\_\_\_  
(En letra de imprenta) (Calle)

\_\_\_\_\_ (Ciudad) \_\_\_\_\_ (Estado) \_\_\_\_\_ (Código postal)

Escuela \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_

Edad del estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_  
(Firma del padre, la madre o el tutor) (Fecha)

**COLUMBIAN LIFE INSURANCE COMPANY**  
Home Office: Chicago, IL  
Administrative Service Office,  
P.O. Box 1381 • Binghamton, NY 13902-1381  
A277CFG

Seleccione la opción y la(s) cobertura(s) a continuación

**PRIMAS DE LOS PLANES CONTRA ACCIDENTES (9F140-CL)(Rev.)TX**

- |                                     |                          |           |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------|
| PLAN DE TIEMPO COMPLETO             | <input type="checkbox"/> | \$ 140.00 |
| PLAN DE HORARIO ESCOLAR             | <input type="checkbox"/> | \$ 50.00  |
| PLAN ODONTOLÓGICO CONTRA ACCIDENTES | <input type="checkbox"/> | \$ 8.00   |
| PLAN DE FUTBOL DE TACLE             | <input type="checkbox"/> | \$ 185.00 |

**PRIMA TOTAL** \$

Envíe los cheques y hágalos pagaderos a: **STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC.** o, para pagar con tarjeta de crédito, complete la información sobre la tarjeta de crédito y firme al dorso. Escriba el nombre del estudiante en la parte delantera del cheque. **NO SE OTORGAN REEMBOLSOS, excepto por lo dispuesto en la Póliza Base. NO ENVÍE EFECTIVO**

**NOTA: para solicitar Seguro Estudiantil contra Accidentes, complete este formulario de inscripción o inscribese en línea bajo "K-12 School Dist" (Distrito escolar K-12). Búsquelo en: [www.sas-mn.com](http://www.sas-mn.com)**

T-1745(TX)

## 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.

Cobrar \$ \_\_\_\_\_ a la siguiente tarjeta de crédito:  VISA® o  MasterCard® Fecha de vencimiento de la tarjeta

Número de tarjeta de crédito \_\_\_\_\_ Código de seguridad (al dorso de la tarjeta, 3 dígitos) \_\_\_\_\_ (Mes) \_\_\_\_\_ (Año) \_\_\_\_\_

Nombre del titular en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del titular \_\_\_\_\_

Dirección del titular \_\_\_\_\_  
(Calle) \_\_\_\_\_ (Ciudad) \_\_\_\_\_ (Estado) \_\_\_\_\_ (Código postal)

Número de teléfono ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**COLUMBIAN LIFE INSURANCE COMPANY**  
Home Office: Chicago, IL • Administrative Service Office: Vestal Parkway E., P.O. Box 1381 • Binghamton, NY 13902-1381

A277CFG

T-1745(TX)