

SOLICITUD DE ATLAS PARA GRUPOS VIAJEROS
HCC Medical Insurance Services
Coverholder de Lloyd's

Escribe todos los nombres tal como quisieras que aparezcan en las Tarjetas de Identificación.
 Favor de escribir en letra de molde legible y llenar con información completa.

Nombre de la Organización Patrocinadora:		Nombre del encargado:	
Dirección postal completa para toda la correspondencia:			
Teléfono:		Fax:	Correo electrónico:
Destino:		Motivo del viaje:	

Nombres de todos a ser cubiertos.	Deducible: \$			Suma Asegurada: \$				
	Apellido, Nombre	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Sexo	Ciudadanía	Fecha de Salida (mes/día/año)	Fecha de Regreso (mes/día/año)	# de Días	Tarifa Diaria
1.	/ /			/ /	/ /			
2.	/ /			/ /	/ /			
3.	/ /			/ /	/ /			
4.	/ /			/ /	/ /			
5.	/ /			/ /	/ /			

Subtotal del Grupo – Total de arriba y de algún registro adicional (si existe) (A): _____

Anotar el Factor del Deducible de la Tabla de Factor del Deducible (B): _____

Anota el Factor de Cláusula de Deportes, si se solicitó (1.2). Al contrario, (1.0) (C): _____

Total a Pagar (A x B x C): _____

Pregunta de Líneas Excedentes (Sólo Atlas para Grupos -- América):	
¿Estará viajando el grupo a Florida para trabajar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Forma de Pago: <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> Discover Card <input type="checkbox"/> Cheque/Orden de Pago	Nombre del Titular (tal como aparece en la tarjeta):
Nº. de Tarjeta de Crédito: Fecha de Vencimiento (mes/año):	Domicilio completo del titular (incluir # telefónico del día):
Firma:	
Pago con Tarjeta de Crédito: Al firmar en el espacio arriba, el titular de la tarjeta autoriza a HCC Medical Insurance Services para debitar en su cuenta de Discover, VISA, MasterCard, o American Express el importe especificado arriba. Favor de enviar esta Solicitud por correo o por fax a tu agente o a HCCMIS. HCC Medical Insurance Services 251 North Illinois Street, Suite 600 Indianapolis, IN 46204	Cheques y órdenes de pago deben hacerse pagaderos a HCC Medical Insurance Services. Favor de enviar tu cheque u orden de pago junto con esta Solicitud por correo o mensajería a: Bank of America Lockbox Services c/o Lockbox # 15748 540 W. Madison 4th Floor Chicago, IL 60661
El pago total del período inicial de cobertura debe ser efectuado en dólares estadounidenses en el momento de solicitud o antes de la Fecha Efectiva de la cobertura. La cobertura comprada con tarjeta de crédito está sujeta a la validación y aprobación de la compañía financiera.	

La Organización Patrocinadora (Organización), de parte de y como agente y apoderado autorizado de cada miembro participante del grupo alistado en la Solicitud, por la presente solicita membresía al Atlas/International Citizen Group Insurance Trust, Hamilton, Bermuda, y el seguro provisto a los miembros por Lloyd's. La Organización y todos los participantes del grupo entienden que el seguro solicitado no es una póliza general de seguro médico sino una póliza para usarse por los miembros en caso de un evento repentino e inesperado mientras viajando fuera de su(s) País(es) de Origen. La Organización y todos los participantes del grupo entienden que este seguro se termina al momento de la llegada al País de Origen del participante al menos que aquél tenga derecho a algún Período de Beneficio o Cobertura en el País de Origen. La Organización y todos los participantes del grupo entienden que este seguro incluye una exclusión de Condiciones Preexistentes, una multa por no Precertificar y otras restricciones y exclusiones. La Organización y todos los participantes del grupo entienden que cobertura bajo este seguro no es renovable y cualquier período sucesivo del seguro que inicie con la aprobación de una nueva Solicitud, será requerido que se cubran nuevamente el Deducible, la provisión de Condiciones Preexistentes, y todas las otras condiciones del seguro. La Organización y todos los participantes del grupo entienden que toda la información proporcionada en ésta es un resumen de la Póliza Maestra y que pueden conseguir una copia completa de la Póliza Maestra al pedirselo a HCC Medical Insurance Services. La Organización y todos los participantes del grupo entienden que Lloyd's, como aseguradora de este plan, es la única responsable de la cobertura y los beneficios provistos bajo este seguro. Yo entiendo que Lloyd's opera de aseguradora aprobada, no admitida en todos los estados de los EEUU excepto en Illinois y Kentucky, donde es admitida. Como tal, no se podrá realizar ninguna reclamación contra cualquier fondo garantizado del estado. La Organización y todos los participantes del grupo entienden y están de acuerdo de que el agente de seguro, si existe y atiende con esta Solicitud es su representante. Los corredores y agentes independientes de seguros, cuyas licencias sean vigentes, reciben remuneración en forma de comisiones que son calculadas sobre un porcentaje de las primas generadas por la compra, renovación, entrega o servicio de cobertura de seguros. Además, algunos productores licenciados podrían recibir bonos o incentivos como viajes o premios, ganándose tal compensación por su participación en concursos con base en ciertos requerimientos, tales como el volumen total de ventas o el porcentaje de ventas completas a través de HCC Medical Insurance Services. Favor de comunicarse con el corredor para obtener los detalles sobre la compensación específica que se podría ganar por venderles la cobertura. Si un representante de la Organización firmare el presente, él/ella hubiere afirmado su facultad de hacerlo. Si se firma por parte de la Organización, él/ella hubiere afirmado su facultad de hacerlo. Al aceptar la cobertura y/o al presentar alguna reclamación de beneficios, el participante del grupo confiera al firmante las facultades de haber actuado así y por lo mismo se rija aquel participante.

Firma del Encargado:	Fecha de la Firma:
----------------------	--------------------

Para más información o para asistencia con esta solicitud, comunícate con:
 HCC Medical Insurance Services / 251 North Illinois Street, Suite 600 / Indianapolis, IN 46204
 Teléfono: 800-605-2282 / 317-262-2132 / Fax: 317-262-2140 / Correo-e: insurance@hccmis.com

Producer Number: 9800