

**SOLICITUD DE ATLAS PROFESIONAL**  
**HCC Medical Insurance Services**  
**Coverholder de Lloyd's**

Escribe en letra de molde de manera legible y provee información completa.

Elige el Área de Cobertura:	<input type="checkbox"/> Excluyendo los EEUU	<input type="checkbox"/> Incluyendo los EEUU
	*No está disponible a ciudadanos ni residentes de los EEUU	

Nombres de <b>todos</b> los individuos solicitando cobertura. Escríbelos tal como te gustaría que aparezcan en las tarjetas de identificación.				
Apellido, Nombre	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Sexo	Ciudadanía	Prima Anual
Asegurado:	/ /			
Cónyuge:	/ /			
Niño 1:	/ /			
Niño 2:	/ /			
Niño 3:	/ /			

**Subtotal (A):** \_\_\_\_\_

**Anota la Prima Adicional para la Cláusula de Deportes Opcional (B):** \_\_\_\_\_  
(Si la seleccionas, se debe comprar para todos los individuos)

**Anota la Prima Adicional para la Cláusula de Terrorismo Opcional (C):** \_\_\_\_\_  
(Si la seleccionas, se debe comprar para todos los individuos)

**Total a Pagar (A + B + C):** \_\_\_\_\_

Fecha Efectiva Solicitada (mes/día/año):	Enviar el Certificado de Seguro a (Nombre y Domicilio):
Nombre del Beneficiario:	
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):	Correo Electrónico:
Nº. de Tarjeta de Crédito:          Fecha de Vencimiento (mes/año):	Domicilio completo del titular (incluir # telefónico del día):
Firma:	
<b>Pago con Tarjeta de Crédito:</b> 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.

Por la presente yo solicito membresía al Atlas/International Citizen Group Insurance Trust, Hamilton, Bermuda y el seguro provisto a los miembros por Lloyd's. Yo entiendo que este seguro provee cobertura por siniestros que ocurran fuera de mi País de Origen mientras me encuentro en un país cubierto anotado en mi Solicitud. Entiendo que ninguna prima será reembolsable después de la salida del País de Origen. Entiendo que este seguro no se puede renovar. Yo entiendo que la información contenida aquí es un resumen de la Póliza Maestra y que puedo obtener una copia completa de la Póliza Maestra, si así la requiero, pidiéndosela a HCC Medical Insurance Services. Yo entiendo 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. Yo entiendo y acepto que el agente/corredor de seguros, si existe, dando asistencia con esta Solicitud se considerará representante del Solicitante. 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 venderle la cobertura. Si un representante del Solicitante firmare el presente, él/ella hubiere afirmado su facultad de hacerlo. Si un(a) tutor/a o apoderado/a del Solicitante firma, él/ella hubiere afirmado su facultad de hacerlo. Al aceptar la cobertura y/o al presentar alguna reclamación de beneficios, el Solicitante confiera al firmante las facultades de haber actuado así y por lo mismo se rija el Solicitante.

Firma del Solicitante:	Fecha de la Firma:
Firma del Cónyuge:	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 / Indianápolis, IN 46204  
Teléfono: 800-605-2282 / 317-262-2132 / Fax: 317-262-2140 / Correo-e: insurance@hccmis.com

**Nº del Productor: 9800**