

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

Favor de escribir legiblemente en letra de molde y llenar con información completa.

Apellido	Nombre(s)	
Domicilio Completo (para correspondencia) y N° Telefónica:	País de Origen:	Fecha Efectiva Requerida (mes/día/año):
	Países a Visitar:	Fecha de Salida (del País de Origen):
Correo Electrónico (requerido para recibir aviso de prórroga):		Fecha de Regreso (al País de Origen):
Beneficiario (incluir el parentesco al Solicitante):		Suma Asegurada Seleccionada:

Favor de completar para <b>todos</b> los individuos a ser cubiertos. Anotar las tarifas que corresponden a la Suma Asegurada Seleccionada.					Columna <b>R</b>
#	Apellido, Nombre como deberá aparecer en tarjeta	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Sexo	Ciudadanía	Tarifa Diaria
1					
2					
3					
4					

Pregunta de Líneas Excedentes de Florida (solamente para solicitantes de Atlas América): ¿Viajarás a la Florida para trabajar?  Sí  No

<b>A</b>	Subtotal (sumar los montos en la Columna <b>R</b> , #1 - #4 arriba)	<b>A</b>
<b>B</b>	Duración del Viaje (# de Días)	<b>B</b>
<b>C</b>	Multiplicar la línea <b>A</b> por la línea <b>B</b>	<b>C</b>
<b>D</b>	Apuntar el Factor de Deducible (de la tabla apropiada al dorso)	<b>D</b>
<b>E</b>	Multiplicar la línea <b>C</b> por la línea <b>D</b>	<b>E</b>
<b>F</b>	Apuntar el Factor de la Cláusula de Deportes, <b>si la eliges</b> (1.2), de lo contrario apuntar 1.0	<b>F</b>
<b>G</b>	<b>PRIMA TOTAL A PAGAR</b> (multiplicar la línea <b>E</b> por la línea <b>F</b> )	<b>G</b>
<b>H</b>	<b>OPCIONAL</b> Cargo de envío express: Apunta \$20.00 para envío dentro de los EEUU, \$30.00 para envío fuera	<b>H</b>
<b>I</b>	<b>IMPORTE TOTAL A PAGAR</b> (sumar la línea <b>G</b> y la línea <b>H</b> ):	<b>I</b>

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 u Orden de Pago	Nombre del titular (como aparece en la tarjeta de crédito):
N° de tarjeta de crédito: Fecha de Vencimiento (mm/aa):	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 el seguro solicitado no es una póliza general de seguro médico sino una póliza para usarse en caso de un evento repentino e inesperado mientras esté de viaje fuera de mi País de Origen. Yo entiendo que este seguro se termina al momento de mi llegada a mi País de Origen al menos que tenga derecho a algún Período de Beneficio o Cobertura en el País de Origen. Yo entiendo que este seguro contiene una exclusión de Condiciones Preexistentes, una multa por la falta de precertificación, y otras restricciones y exclusiones. Yo entiendo que en caso de que tenga derecho a la renovación o prórroga de este seguro, se puede realizar solamente vía Internet y no se hará efectivo a menos que dicha renovación o prórroga se haga dentro de los treinta (30) días previos a la fecha de terminación de la cobertura actual y sea confirmada por escrito por HCC Medical Insurance Services. 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 confiere al firmante las facultades de haber actuado así y por lo mismo se rija el Solicitante.

Firma del solicitante:	Fecha de firma:
Firma del cónyuge:	Fecha de firma:

**Para más información o para asistencia con esta solicitud, comuníquese 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

**N°. de Productor: 9800**