

# CitizenSecure<sup>®</sup> Económico

## Solicitud y Tarifas

### Instrucciones importantes para todos los Solicitantes

1. Asegúrese de haber contestado precisamente todas las respuestas en la Solicitud. Preguntas no contestadas o la falta de información demorará el trámite.
2. Todas las Solicitudes se deben firmar y fechar. Favor de proveer los detalles completos para cada pregunta de la Sección 2 que usted contestó, "Sí", incluyendo las fechas de tratamiento, nombre/domicilio/número telefónico del médico que le atendió, diagnóstico, pronóstico, y el presente curso de tratamiento.
3. Todos los miembros de la familia deben solicitar el mismo Deducible. Usted debe elegir el Deducible en la Sección 1.
4. Se puede efectuar el pago de la prima anual con cheque, orden de pago, o autorización de tarjeta de crédito. **HCC Medical Insurance Services no aceptará ni cheques ni órdenes de pago por modos mensuales, trimestrales, o semestrales. Para esos modos de pago sólo se acepta la preautorización para cargar a su tarjeta de crédito en la(s) fecha(s) límite(s) de pago de la prima.**
5. **Si elige mensualidades, usted debe proporcionar una dirección válida de correo electrónico en la Sección 5 de la Solicitud.** Si la tarjeta es rechazada, HCC Medical Insurance Services enviará, a esta dirección de correo electrónico, la notificación de que se ha rechazado la tarjeta de crédito. El Solicitante tendrá siete días hábiles para presentar los datos de otra tarjeta de crédito para evitar la suspensión de cobertura. Para actualizar y/o modificar los datos de tarjeta de crédito, favor de visitar la Zona de Clientes en <https://zone.hccmis.com/clientzone>.
6. Si usted es estadounidense, o si actualmente usted está en los EEUU, debe indicar la fecha de salida de los EEUU y además la duración esperada de residencia fuera de los EEUU.
7. Al momento de aprobación, si quisiera que se le envíe el Certificado por mensajería, súmese a la prima: \$20 para entrega dentro de los EEUU (al día siguiente) o \$30 para entrega fuera de los EEUU (servicio express).
8. Firme la Solicitud en la Sección 6. Si solicita el/la cónyuge, él/ella debe firmar también.
9. Asegúrese de contestar todas las preguntas de manera precisa y honesta. Cualquier error podría causar que el seguro sea nulo y sin efecto.

**Envíe la Solicitud rellena por correo o por fax a:**

### **HCC Medical Insurance Services**

251 N. Illinois Street, Suite 600

Indianapolis, IN 46204

Teléfono: 800-605-2282 ó 317-262-2132

Fax: 317-262-2140

[insurance@hccmis.com](mailto:insurance@hccmis.com)

[www.hccmis.com](http://www.hccmis.com)

**Solicitud de Seguro – CitizenSecure® Económico**
**Sección 1**

La falta de información podría retrasar el trámite de la Solicitud.

Cobertura	Deducibles	Cláusula Dental	Vida a Término	Cláusula de Deportes
Económico	<input type="checkbox"/> \$250 <input type="checkbox"/> \$1,000 <input type="checkbox"/> \$500 <input type="checkbox"/> \$2,500 <input type="checkbox"/> \$5,000	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de Efectividad solicitada (debe ser dentro de 30 días siguientes a la fecha de firma):		Prima (de la Sección 5): \$		

Nota: Incluya sólo los miembros de la familia que soliciten la cobertura. Añada hojas adicionales si fuese necesario. Por favor escriba su nombre en letra de molde tal como quiere que aparezca en su tarjeta de identificación.

Nombre (nombre, apellido paterno, apellido materno)		Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Altura	Peso	Ciudadanía
1. Solicitante:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	/ /			
2. Cónyuge:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	/ /			
3. Niño:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	/ /			
4. Niño:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	/ /			
5. Niño:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	/ /			

 Direcciones deben incluir: Calle / N<sup>o</sup>., ciudad, estado, código postal, y país

Domicilio Fuera de los Estados Unidos (requerido si es estadounidense)	Dirección a la Cual se Debe Enviar Correspondencia (si es diferente del Domicilio)

Su Ocupación:	Nombre del Empleador:
Fecha del Contrato:	Empleo Anterior (si dentro de 2 años):

Teléfono (particular):	Teléfono (trabajo):
Número de Fax:	Correo Electrónico:

Si usted o cualquier miembro de su familia es estadounidense o si actualmente está en los EEUU, se requiere lo siguiente:	
Fecha de Salida de los EEUU:	Tiempo esperado de permanencia fuera de los EEUU:

## Sección 2

Por favor conteste todas las preguntas para todos los miembros de la familia incluidos en esta Solicitud. Incluya detalles en la Sección 3 de todas las respuestas afirmativas.		
	Sí	No
1. Actualmente, ¿se encuentra discapacitado, embarazada, incapaz de participar en actividades ordinarias, u hospitalizado? o ¿está planeando una hospitalización o cirugía? o ¿está en espera de o se le ha recomendado un transplante de órgano?		
2. Alguna vez, ¿ha tenido alguna indicación, signo, síntoma, diagnóstico, tratamiento o ha dado positivo de anticuerpos del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Complejo Relacionado al SIDA (CRS), Síndrome de Linfadenopatía o cualquier otro desorden del sistema inmunológico?		
3. ¿Padece de o ha padecido de Esclerosis Múltiple, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Lou Gherig (ALS), Síndrome de Down o cualquier forma de retraso mental o aberración cromosómica?		
4. En los últimos 5 años, ¿ha recibido el diagnóstico de o se ha sometido a tratamiento por cualquier tipo de cáncer o cualquier forma de diabetes?		
<b>Si cualquier individuo en la solicitud contesta "Sí" a cualquiera de las preguntas arriba, no cumple con los requisitos de cobertura bajo este plan. Muchas gracias por su interés.</b>		
<b>Preguntas 5-20 deben ser contestadas para cada individuo en la Solicitud. Para cualquier respuesta afirmativa por favor indique el miembro de la familia al cual le corresponde.</b>	Sí	No
5. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tomado medicamentos o ha recibido alguna consulta médica o siquiátrica, o tratamiento de cualquier tipo, por cualquier razón?		
6. Actualmente o en los últimos 5 años, ¿usa o ha usado tabaco en cualquier forma? Si su respuesta es "Sí", por favor especifique el tipo y frecuencia en la Sección 3.		
7. En los últimos 5 años, ¿ha consumido más de 14 bebidas alcohólicas por semana? Si su respuesta es "Sí", por favor especifique el tipo y cuánto por semana en la Sección 3.		
<b>Alguna vez ha tenido síntomas o manifestaciones de, ha sufrido de o ha consultado a un médico por, ha solicitado un examen, se ha sometido a tratamiento, le han recetado medicamentos o ha tomado cualquier tipo de medicamento de venta libre por, o ha sido diagnosticado de cualquier enfermedad, condición, problema médico, desorden, malestar, padecimiento, o cualquier otro problema que se origine o esté relacionado a cualquiera de las siguientes condiciones:</b>	Sí	No
8. ¿Corazón, sistema cardíaco, cardiovascular y/o circulatorio (incluyendo pero no limitado a: angina, dolores en el pecho, presión sanguínea elevada, hipertensión, ataque al corazón, fallo cardíaco congestivo, arteriosclerosis, fiebre reumática, soplo cardíaco, prolapso de válvula mitral, taquicardia, fibrilación, arritmia, hinchazón de pies/tobillos, flebitis, trombosis, o várices)?		
9. ¿Sangre, vasos sanguíneos, venas, arterias, o cualquier otra anomalía de la sangre (incluyendo pero no limitado a: hemofilia, leucemia, anemia, hepatitis o colesterol elevado)?		
10. ¿Cáncer, tumor, quiste, pólipo, bulto, desórdenes de las células, cualquier condición o enfermedad de la piel, o proliferación de cualquier tipo (incluyendo pero no limitado a: acné, cualquier tipo de neoplasma, eczema, psoriasis)?		
11. ¿Ojos, nariz, oídos, boca, encías, garganta, lengua, mandíbula (incluyendo pero no limitado a: cataratas, glaucoma, pérdida de la audición, sinusitis, desviación del tabique nasal, desórdenes de sinusitis crónica, enfermedad de las encías, disfasia, o problemas de la articulación temporomandibular)?		
12. ¿Páncreas, vesícula biliar, hígado, tiroides, obesidad, o cualquier condición o enfermedad del sistema endocrino (incluyendo pero no limitado a: pancreatitis, cálculo biliar, hiper/hipo tiroidismo, Síndrome de Cushing, hepatitis)?		
13. ¿Riñón, vejiga o sistema urinario (incluyendo pero no limitado a: piedras renales, fallas renales, incontinencia urinaria, o infecciones crónicas del riñón, vejiga, y vías urinarias)?		
14. ¿Sistema respiratorio (incluyendo pero no limitado a: asma, alergias, rinitis alérgica, tuberculosis, desórdenes de los pulmones, enfisema, tos crónica, neumonía)?		
15. ¿Sistema muscular o esquelético (incluyendo pero no limitado a: escoliosis, enfermedad de disco lumbar, condición de la vértebra o cualquier condición de la espalda, reumatismo, fibromialgia, cualquier forma de artritis, gota, tendinitis, síndrome de túnel del carpo, osteoporosis, cualquier desorden de los tendones, cartílago, hueso o articulación)?		
16. ¿Sistema reproductivo masculino o femenino (incluyendo pero no limitado a: embarazo complicado, menopausia, quistes ováricos, leiomioma uterino, fibromas, quistes o nódulos en los senos, infertilidad, prostatitis, niveles de AEP elevados, desorden de los testículos, o cualquier enfermedad de transmisión sexual)?		
17. ¿Sistema digestivo o tracto gastrointestinal (incluyendo pero no limitado a: reflujo gastrointestinal o esofágico, agruras, gastritis, síndrome de irritación intestinal, úlcera, pólipos, y desórdenes del ano o del recto)?		
18. ¿Sistema neurológico (incluyendo pero no limitado a: esclerosis múltiple, distrofia muscular, enfermedad de Lou Gherig (ALS), enfermedad de Parkinson, parálisis, epilepsia, convulsiones, ataques, migrañas, dolores crónicos de cabeza, ataque cerebral o isquemia cerebral transitoria)?		
19. ¿Trastorno Mental (incluyendo pero no limitado a: depresión, psicosis, desórdenes conductuales, cualquier forma del trastorno por déficit de atención, abuso o dependencia de químicos, alcohol, o drogas, ansiedad, fatiga crónica, o cualquier desorden alimenticio)?		
20. ¿Cualquier otra enfermedad, problema médico, enfermedad, lesión, o condición de cualquier tipo?		

### Sección 3

Para cada respuesta afirmativa en la Sección 2, por favor incluya el nombre del familiar y el número de pregunta correspondiente de la Sección 2. Luego, indique los detalles de la condición e incluya: condición, diagnóstico, fechas de tratamiento, tipo(s) de tratamiento(s), pronóstico, presente curso del tratamiento, nombre, domicilio y número telefónico del médico. Agregue hojas adicionales si necesario. Es posible que se pida Información adicional.

#6 – Consumo de tabaco (tipo y frecuencia de consumo)	#7 – Consumo de alcohol (tipo y frecuencia de consumo)
---	--

Nombre del individuo y el número de la pregunta de Sección 2	Condición / Diagnóstico	Fechas de Tratamiento / Pronóstico / Nivel de Recuperación	Tipo(s) de tratamiento(s) y Presente curso de tratamiento	Nombre, domicilio y número telefónico del médico y/o de la instalación médica

#### Historia Médica Familiar – Debe ser completado para todos los miembros de la familia

¿Existe una historia médica familiar (madre, padre, hermano/hermana) de diabetes, cáncer, problemas del corazón, ataque cardíaco, tensión alta, y/o colesterol alto?  Sí  No Si es "Sí", por favor complete lo siguiente (adjunte hojas adicionales si es necesario):

Nombre del Solicitante	Parentesco	Condición	Edad cuando comenzó	Si vive, su edad actual	En su caso edad en que falleció

### Sección 4

Para cada miembro de la familia que solicite seguro de vida a término, por favor complete lo siguiente (**Vida a Término no está disponible a aquellos ubicados en los Estados Unidos**):

	Cobertura Elegida
Solicitante: Beneficiario:	<input type="checkbox"/> Opción 1 <input type="checkbox"/> Opción 2
Cónyuge: Beneficiario:	<input type="checkbox"/> Opción 1 <input type="checkbox"/> Opción 2
Niño/a dependiente: Beneficiario:	<input type="checkbox"/> Opción 1

Proporcione la dirección completa de cada beneficiario asignado arriba (añada hojas adicionales si es necesario):

Entiendo que los seguros de Vida a Término y de M&DA no serán vigentes hasta la fecha de mi salida de los Estados Unidos.

\_\_\_\_\_ (iniciales Solicitante)      \_\_\_\_\_ (iniciales Cónyuge)      \_\_\_\_\_ (iniciales para Niños Dependientes)

## Sección 5

### Cálculo de la Prima:

Las Solicitudes sin el pago de la prima no serán tramitadas. No aceptaremos cheques ni órdenes de pago para los pagos mensuales, trimestrales, o semestrales. Para los pagos mensuales, trimestrales o semestrales sólo aceptaremos tarjetas de crédito preautorizadas. Pagos de la prima al contado se pueden efectuar con cheque, orden de pago o tarjeta de crédito. Favor de hacer todos los órdenes de pago y cheques pagaderos a: HCC Medical Insurance Services.

Referirse a las tablas en la página 7 para hallar las primas de la porción médica (columna 1) y las de cualquier otra opción que hubiere elegido (columnas 2-4). Sume las cantidades de las columnas 1 a 4 para cada individuo, y agregue la suma en la columna 5.

	(1) Médica	(2) Cláusula Opcional Dental	(3) Vida a Término Opcional	(4) Cláusula Opcional de Deportes	(5) TOTAL
Solicitante:	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Cónyuge:	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
1 <sup>er</sup> Niño:	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2 <sup>do</sup> Niño:	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3 <sup>er</sup> Niño:	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Sume todos los totales en la columna 5 y agréguelo aquí:					\$ _____ (Subtotal A)

### Total del Primer Pago

\$ _____ (Subtotal A)	X	_____	=	\$ _____
		* Factor Modal		
*Factores Modales: <input type="checkbox"/> Anual 1.00 <input type="checkbox"/> Semestral .55 <input type="checkbox"/> Trimestral .28 <input type="checkbox"/> Mensual .20				
Cargo para envío express opcional (\$20 dentro de los EEUU, \$30 fuera de los EEUU):				\$ _____
<b>Importe del primer pago:</b>				\$ _____

### Pagos Restantes (Sólo para modos de pago Semestrales, Trimestrales, o Mensuales)

\$ _____ (Subtotal A)	X	_____	=	\$ _____
		* Factor Modal		
* Factores Modales: <input type="checkbox"/> Semestral .55 <input type="checkbox"/> Trimestral .28 <input type="checkbox"/> Mensual .10				
<b>Prima a pagar a cada plazo restante:</b>				\$ _____

Los pagos mensuales sólo están disponibles si proporciona una dirección de correo electrónico válida:

Toda la correspondencia acerca de los pagos mensuales estará enviada vía correo electrónico a la dirección indicada arriba. Para los pagos mensuales, habrá 10 pagos posteriores al pago inicial. Si elige pagos mensuales, los 11 pagos serán cobrados en su cuenta durante los primeros 11 meses de cobertura.

**Líneas Excedentes de la Florida** – Todos los Solicitantes: Por favor indique si cualquiera de lo siguiente pertenece a usted(es).

Soy Residente de la Florida quien se instalará y trabajará en el extranjero durante mi Período Certificado. Es posible que regrese a la Florida para visitas cortas.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
No soy residente de la Florida y llegaré a la Florida de vacaciones o por otro motivo que no sea por el trabajo.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## Sección 6

Por la presente solicito ser miembro del Atlas/International Citizen Group Insurance Trust, Hamilton, Bermuda y el seguro provisto a los miembros por Lloyd's de Londres. Afirmo que yo mismo rellené esta Solicitud. Certifico que las contestaciones y afirmaciones en esta Solicitud son ciertas, completas y registradas de manera correcta. Entiendo que HCC Medical Insurance Services depende de la información proporcionada en esta Solicitud, incluyendo en cualquier anexo, para determinar si el/los Solicitante(s) reúne(n) los requisitos médicos y generales del plan. Entiendo que cualquier contestación no verídica u omisión contenida en ésta, resultará en la anulación de mi seguro y perderé mi derecho ante todas las reclamaciones. Entiendo que no entra en vigor cobertura ninguna hasta que HCC Medical Insurance Services me lo notifique por escrito. Entiendo que si esta solicitud no es aprobada, la única obligación de HCC Medical Insurance Services es reembolsarme la prima inicial que pagué. Entiendo que este seguro contiene una exclusión de Condiciones Preexistentes, una multa por no Precertificar, y otras restricciones, exclusiones y limitaciones. Entiendo que puedo obtener una copia de la Póliza Maestra pidiéndosela a HCC Medical Insurance Services. Entiendo que Lloyd's, la aseguradora del plan, es la única responsable de la cobertura y los beneficios provistos bajo este seguro. Entiendo que Lloyd's opera de aseguradora aprobada, no admitida en todos los Estados de los Estados Unidos excepto en Illinois y Kentucky, donde es admitida. Como tal, no se podrá realizar ninguna reclamación contra cualquier fondo garantizado del estado. Entiendo y me conformo con 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. El abajo firmante autoriza a cualquier doctor, profesional médico, hospital, clínica, farmacia, agencia del gobierno, agencia de seguros, compañía de seguros, titular de póliza de grupo, o administrador de seguros o beneficios, o cualquier otra entidad que tenga información relacionada con el cuidado, consejo, tratamiento, diagnóstico o condición física o mental de cualquier miembro de la familia incluido en esta Solicitud, para divulgar tal información a HCC Medical Insurance Services.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante, Tutor o Apoderado

\_\_\_\_\_  
Firma del Cónyuge

\_\_\_\_\_  
Fecha de la Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha de la Firma

### Forma de Pago

Cheque u Orden de Pago\* (sólo pagos al contado)     American Express     Discover     MasterCard     VISA

Todos los pagos deben efectuarse en Dólares estadounidenses. Si se paga la prima con tarjeta de crédito, yo autorizo a HCC Medical Insurance Services para cargar el importe de la prima en mi cuenta de Visa/MasterCard/American Express/Discover. Si he elegido el modo de pago mensual, trimestral, o semestral, por la presente pido y autorizo a HCC Medical Insurance Services para cargar en mi tarjeta de crédito el importe a los plazos acordados de pago. Esta autorización permanecerá en efecto por hasta 12 meses o más si se renueva el Certificado, o hasta que yo la revoque por escrito. La cobertura comprada con tarjeta de crédito está sujeta a la validez y aceptación de la compañía financiera.

\*Cheques y Órdenes de Pago deben hacerse pagaderos a HCC Medical Insurance Services. Envíe su Cheque u Orden de Pago junto con esta Solicitud a: Bank of America Lockbox Services • c/o Lockbox # 15748 • 540 W. Madison, 4<sup>th</sup> floor • Chicago, IL 60661

Nº. de Tarjeta de Crédito:	Fecha de Vencimiento (mm/aa):
Titular (tal como aparece en la tarjeta):	Domicilio del Titular:
Teléfono (durante el día):	Firma:

## Sección 7

Nº. de Agente:	Nombre del Agente:	
Nombre de la Agencia:	Domicilio:	
Ciudad:	Estado:	Ciudad:
País:	Teléfono:	País:
Correo Electrónico:	Firma:	

ESTE SEGURO MÉDICO Y DENTAL ES ASEGURADO POR EL SINDICATO 4141 EN LLOYD'S, LONDRES. ESTE SEGURO DE VIDA A TÉRMINO ES ASEGURADO POR EL SINDICATO 308, TAMBIÉN EN LLOYD'S. EL SEGURO ESTÁ DISPONIBLE A LOS MIEMBROS DEL ATLAS/INTERNATIONAL CITIZEN GROUP INSURANCE TRUST, HAMILTON, BERMUDA. LLOYD'S ES UNA ASEGURADORA APROBADA, NO ADMITIDA EN TODOS LOS ESTADOS DE LOS ESTADOS UNIDOS EXCEPTO EN KENTUCKY E ILLINOIS, DONDE ES ADMITIDA. LAS RECLAMACIONES BAJO ESTE SEGURO NO PUEDEN HACERSE CONTRA NINGÚN FONDO GARANTIZADO DEL ESTADO.

## Tarifas Anuales de Riesgos Estándares para Nuevas Pólizas

Todos los montos están expresados en Dólares estadounidenses

### Tabla de Tarifas – Cobertura Médica – Económico

Edad	\$250 Deducible		\$500 Deducible		\$1,000 Deducible		\$2,500 Deducible		\$5,000 Deducible	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
14 días a 9*	\$724	\$724	\$573	\$573	\$433	\$433	\$359	\$359	\$277	\$277
10 a 18*	\$1,014	\$1,014	\$815	\$815	\$630	\$630	\$547	\$547	\$444	\$444
19-24	\$1,000	\$1,318	\$806	\$1,175	\$627	\$879	\$553	\$778	\$454	\$629
25-29	\$1,036	\$1,540	\$846	\$1,363	\$657	\$979	\$577	\$860	\$475	\$749
30-34	\$1,143	\$1,725	\$941	\$1,515	\$733	\$1,126	\$649	\$996	\$531	\$840
35-39	\$1,242	\$1,910	\$1,035	\$1,627	\$800	\$1,251	\$709	\$1,097	\$580	\$937
40-44	\$1,603	\$2,093	\$1,327	\$1,752	\$1,028	\$1,360	\$913	\$1,208	\$744	\$960
45-49	\$1,803	\$2,177	\$1,611	\$1,841	\$1,248	\$1,432	\$1,107	\$1,267	\$904	\$978
50-54	\$3,237	\$3,492	\$3,119	\$3,365	\$2,889	\$3,115	\$2,449	\$2,632	\$1,964	\$2,095
55-59	\$4,337	\$4,259	\$4,197	\$4,118	\$3,916	\$3,836	\$3,377	\$3,289	\$2,764	\$2,667
60-64	\$5,330	\$4,900	\$5,176	\$4,754	\$4,860	\$4,454	\$4,255	\$3,875	\$3,548	\$3,201
65-69	\$12,324	\$10,748	\$11,876	\$10,298	\$10,980	\$9,397	\$8,536	\$7,104	\$7,405	\$6,253
70	\$14,532	\$12,564	\$14,076	\$12,122	\$13,167	\$11,213	\$10,381	\$8,427	\$9,005	\$7,285
71	\$15,214	\$13,166	\$14,758	\$12,712	\$13,849	\$11,802	\$10,933	\$8,886	\$9,485	\$7,680
72	\$15,795	\$13,665	\$15,347	\$13,215	\$14,446	\$12,314	\$11,408	\$9,280	\$9,896	\$8,021
73	\$16,395	\$14,167	\$15,950	\$13,722	\$15,057	\$12,832	\$11,902	\$9,674	\$10,325	\$8,362
74	\$17,193	\$14,846	\$16,747	\$14,401	\$15,856	\$13,509	\$12,536	\$10,187	\$10,875	\$8,807

\* Cobertura médica para los 2 primeros niños de entre 14 días y 9 años de edad es gratis siempre y cuando ambos padres sean asegurados bajo el mismo plan Económico. La tarifa de Niño/a Dependiente solamente está disponible cuando por lo menos el padre, la madre o el (la) tutor (a) sea asegurado(a) bajo el mismo plan Económico. Un Niño Dependiente quien será el titular de su propio plan deberá pagar la tarifa que corresponde a la de 'Masculino' de 19-24 años.

### Tabla de Tarifas – Seguro Opcional de Vida a Término y de M&DA

Edad	Opción 1	Opción 2
19-29	\$130	\$ 230
30-39	\$210	\$ 370
40-44	\$310	\$ 545
45-49	\$450	\$ 790
50-54	\$570	\$1000
55-59	\$770	\$1350
60-64	\$585	\$1025
65-69	\$315	No Disponible
Niño Dependiente	\$ 85	No Disponible

### Tabla de Tarifas – Cláusula Opcional de Cobertura Dental

Estadounidenses	\$348
Los Demás	\$492

### Tabla de Tarifas – Cláusula Opcional de Deportes

14 días -- 59 años de edad	\$250
----------------------------	-------

Tarifas Válidas al 31/01/2012

Tarifas incluyen cargos e impuestos de Líneas Excedentes cuando se aplican