

**Solicitud de StudentSecureSM
HCC Medical Insurance Services
Coverholder de Lloyd's**

Datos de Inscripción – Llenar completamente todas las secciones. Proporcionar datos de Cónyuge e Hijo sólo si serán dependientes cubiertos bajo este plan.				Opciones del Plan – Elegir una opción en cada sección. Escoger pago al contado o pagos mensuales.	
Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	Sexo	Ciudadanía	Tipo de cobertura deseado:	
Participante				<input type="checkbox"/> Sólo Estudiante <input type="checkbox"/> Estudiante & Cónyuge <input type="checkbox"/> Estudiante & Hijos <input type="checkbox"/> Estudiante & Familia	
Cónyuge				Fecha Efectiva Deseada: ____ / ____ / 20__	
Hijo				Nivel de plan deseado: <input type="checkbox"/> Selecto <input type="checkbox"/> Económico	
Hijo				Cobertura en los EEUU: (Ciudadanos/residentes de los EEUU deben elegir "No") <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Hijo				<input type="checkbox"/> Pago al Contado – Quiero pagar al contado ahora mismo. Costo mensual según tablas de tarifas en la página 14: _____ Multiplicar por # de meses de cobertura: x _____ Total a pagar: _____	
Dirección Postal Completa			País de Origen		
			País Anfitrión		
Correo Electrónico			Teléfono		
Nombre de Universidad		Estado (sólo EEUU)	Tipo de Visa (I-94) <i>No se aplica a estadounidenses</i>		
<input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Escolar Número de horas de matriculación _____			<input type="checkbox"/> F-1 <input type="checkbox"/> M-1 <input type="checkbox"/> J-1 <input type="checkbox"/> R-1		
Fecha de Salida del País de Origen ____ / ____ / ____	Fecha de Comienzo de Clases ____ / ____ / ____	Fecha de Regreso a País de Origen ____ / ____ / ____			
Forma de Pago: <input type="checkbox"/> Cheque/Orden de Pago <input type="checkbox"/> Discover <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> Visa					
Nº de Tarjeta de Crédito		Fecha de Vencimiento		Dirección Completa de la Cuenta	
Nombre de la Cuentahabiente					
Firma				Teléfono (durante el día)	
Pago con Tarjeta de Crédito* : Al firmar en el espacio arriba, el titular de la tarjeta autoriza a HCCMIS 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: HCC Medical Insurance Services 251 North Illinois Street, Suite 600 Indianapolis, IN 46204 317-262-2140				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	
<small>*Si he elegido la opción de mensualidades, por la presente pido y autorizo a HCC Medical Insurance Services a debitar mi cuenta de tarjeta de crédito por las mensualidades apropiadas en las fechas de límite de pago de éstas. Esta autorización quedará en efecto durante el Período de Cobertura entero que he elegido o hasta que se revoque por mí en escrito.</small>					
<small>Por la presente yo solicito la 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 el uso en caso de un evento súbito mientras participe en programas educativos fuera de mi País de Origen. Yo confirmo que soy Estudiante de Tiempo Completo o Escolar de Tiempo Completo tal como requerido bajo las definiciones de esta póliza. Yo entiendo que este seguro contiene una exclusión de Condiciones Preexistentes, una multa por falta de precertificación, y otras restricciones y exclusiones. Yo entiendo que la renovación de este seguro se puede realizar solamente vía Internet y no se hará efectivo a menos que la dicha renovación se haga dentro de los seis (6) meses previos a la fecha de terminación de la cobertura actual y está 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 completamente 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.</small>					
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

Nº. de Productor: 9800