

Atlas MultiTrip™

Atlas MultiTrip Internacional – Para viajes fuera de los EE.UU.		
Maximo Duracion del Viaje	30 Dias Por Viaje	45 Dias Por Viaje
Participante - Primas Anuales	\$188	\$230
Conyuge y hasta dos Niños*	\$94	\$115
Cada niño* adicional	\$38	\$46

Atlas MultiTrip America – Para ciudadanos no estadounidenses que viajan a los EE.UU.		
Maximo Duracion del Viaje	30 Dias Por Viaje	45 Dias Por Viaje
Participante - Primas Anuales	\$257	\$315
Conyuge y hasta dos Niños*	\$131	\$162
Cada niño* adicional	\$51	\$63

Las tarifas están mostradas en dólares estadounidenses y efectivas 01/04/2017. Las tarifas están sujetas a cambio. Los cargos incluyen impuestos de Líneas Excedentes y honorarios aplicables.

Elegibilidad para la cobertura de la Atlas MultiTrip política requiere que cada solicitante edad: entre 14 días y un máximo de hasta 75 años de edad. *Los niños menores de 19 años

Las primas son plenamente obtenido en la fecha efectiva del certificado y no son reembolsables en ese momento.

SOLICITUD DE ATLAS MULTITRIP™
Tokio Marine HCC - Medical Insurance Services Group
Coverholder de Lloyd's

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

Elige el Área de Cobertura:	<input type="checkbox"/> Excluyendo los EE.UU.	<input type="checkbox"/> Incluyendo los EE.UU. (No está disponible a ciudadanos ni residentes de los EE.UU.)
------------------------------------	---	--

- Destinación _____ y País de Origen _____
- Fecha Efectiva Solicitada (mes/día/año): ___/___/_____
- Entiendo que esta es una póliza de 364 días que brinda cobertura para múltiples viajes de corta duración que seleccionaré a continuación. **Sí**
- Duraciones de viaje: **30 Días** **45 Días** (Consulte la Planilla de Tarifas adjunta para conocer las tarifas de duración de los viajes aplicables.)
- Nombre del Beneficiario: _____
- ¿Mantiene un seguro de salud en su país de residencia? **Sí** **No**

Nombres de **todos** 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:	/ /			

*¿**Florida Surplus Lines (Impuesto)**? ¿Su grupo viajará a FL para trabajar? De ser así, multiplicar las tasas individuales de todas las compras y Cobertura Opcional** por 1,051

Subtotal (A): _____

¿Aditamento Opcional**? Muerte y Desmembramiento Accidental Respuesta Ante Situaciones De Crisis Responsabilidad Civil

(B): _____

MONTO TOTAL ADEUDADO – Total de las Líneas A y B anteriores: (C): _____

Correo Electrónico:	Enviar el Certificado de Seguro a (Nombre y Domicilio):	Domicilio completo del titular (incluir # telefónico del día):
Forma de Pago: <input type="checkbox"/> Crédito 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): _____		
Firma:	<p align="center">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:</p> <p align="center">HCC Medical Insurance Services 15748 Collection Center Dr. Chicago, IL 60693-0157</p>	
<p>Pago con Tarjeta de Crédito: Al firmar en el espacio arriba, el titular de la tarjeta autoriza a Tokio Marine HCC - Medical Insurance Services Group 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 Tokio Marine HCC - MIS Group. Tokio Marine HCC - Medical Insurance Services Group 251 North Illinois Street, Suite 600 Indianapolis, IN 46204</p>		

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 y otras restricciones y exclusiones. Entiendo que antes del vencimiento de mi póliza, yo puedo visitar a mi Zona de Cliente de Tokio Marine HCC – MIS Group para información e instrucciones en como extender o renovar mi póliza y elegibilidad. 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 Tokio Marine HCC - Medical Insurance Services Group. 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 Tokio Marine HCC - Medical Insurance Services Group. 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, comuníquese con:

Nº. de Productor: _____