



StudentSecure® Tarifas Diarias

Elite - Cobertura Excluyendo los EE.UU.

Edad	Participante Sólo	
Under 18	\$	3.75
18-24	\$	3.75
25-30	\$	3.75
31-40	\$	8.12
41-50	\$	18.28
51-64*	\$	23.24

Elite - Cobertura Incluyendo los EE.UU.

Edad	Participante Sólo	
Under 18	\$	5.39
18-24	\$	5.39
25-30	\$	10.95
31-40	\$	21.80
41-50	\$	38.47
51-64*	\$	51.62

Selecto - Cobertura Excluyendo los EE.UU.

Edad	Participante Sólo	
Under 18	\$	2.17
18-24	\$	2.17
25-30	\$	2.27
31-40	\$	5.33
41-50	\$	11.97
51-64*	\$	15.22

Selecto - Cobertura Incluyendo los EE.UU.

Edad	Participante Sólo	
Under 18	\$	2.93
18-24	\$	2.93
25-30	\$	6.44
31-40	\$	14.01
41-50	\$	24.89
51-64*	\$	33.57

Económico - Cobertura Excluyendo los EE.UU.

Edad	Participante Sólo	
Under 18	\$	1.25
18-24	\$	1.25
25-30	\$	1.41
31-40	\$	3.25
41-50	\$	9.01
51-64*	\$	12.23

Económico - Cobertura Incluyendo los EE.UU.

Edad	Participante Sólo	
Under 18	\$	1.41
18-24	\$	1.41
25-30	\$	2.70
31-40	\$	6.61
41-50	\$	12.95
51-64*	\$	17.42

Smart - Cobertura Excluyendo los EE.UU.

Edad	Participante Sólo	
Under 18	\$	0.79
18-24	\$	0.79
25-30	\$	0.99
31-40	\$	2.17
41-50	\$	3.88
51-64*	\$	5.62

Smart - Cobertura Incluyendo los EE.UU.

Edad	Participante Sólo	
Under 18	\$	0.95
18-24	\$	0.95
25-30	\$	1.94
31-40	\$	4.31
41-50	\$	7.56
51-64*	\$	10.22

Tarifas de efectivo 15/05/2018 y datos que cambian.

*Solicitantes mayores de 64 años de edad pueden ponerse en contacto con un representante de HCC para obtener asistencia.

Para tener derechos al reembolso completo, la petición de cancelación se debe recibir antes de la fecha efectiva. Las peticiones de cancelación recibidas después de la fecha efectiva estarán sujetas a lo siguiente: 1) una multa de cancelación de \$25 se aplicará; y 2) sólo se reembolsará la porción del costo del plan que no se utilizó (meses enteros en caso de mensualidades); y 3) sólo los Miembros que no tengan reclamos pueden solicitar un reembolso de la prima; y 4) después de 60 días, no se otorgará ningún reembolso.



StudentSecure® Tarifas Mensuales

Elite - Cobertura Excluyendo los EE.UU.

Edad	Participante Sólo
Menor de 18	\$ 114.00
18-24	\$ 114.00
25-30	\$ 114.00
31-40	\$ 247.00
41-50	\$ 556.00
51-64*	\$ 707.00

Elite - Cobertura Incluyendo los EE.UU.

Edad	Participante Sólo
Menor de 18	\$ 164.00
18-24	\$ 164.00
25-30	\$ 333.00
31-40	\$ 663.00
41-50	\$ 1,170.00
51-64*	\$ 1,570.00

Selecto - Cobertura Excluyendo los EE.UU.

Edad	Participante Sólo
Menor de 18	\$ 66.00
18-24	\$ 66.00
25-30	\$ 69.00
31-40	\$ 162.00
41-50	\$ 364.00
51-64*	\$ 463.00

Selecto - Cobertura Incluyendo los EE.UU.

Edad	Participante Sólo
Menor de 18	\$ 89.00
18-24	\$ 89.00
25-30	\$ 196.00
31-40	\$ 426.00
41-50	\$ 757.00
51-64*	\$ 1,021.00

Económico - Cobertura Excluyendo los EE.UU.

Edad	Participante Sólo
Menor de 18	\$ 38.00
18-24	\$ 38.00
25-30	\$ 43.00
31-40	\$ 99.00
41-50	\$ 274.00
51-64*	\$ 372.00

Económico - Cobertura Incluyendo los EE.UU.

Edad	Participante Sólo
Menor de 18	\$ 43.00
18-24	\$ 43.00
25-30	\$ 82.00
31-40	\$ 201.00
41-50	\$ 394.00
51-64*	\$ 530.00

Smart - Cobertura Excluyendo los EE.UU.

Edad	Participante Sólo
Menor de 18	\$ 24.00
18-24	\$ 24.00
25-30	\$ 30.00
31-40	\$ 66.00
41-50	\$ 118.00
51-64*	\$ 171.00

Smart - Cobertura Incluyendo los EE.UU.

Edad	Participante Sólo
Menor de 18	\$ 29.00
18-24	\$ 29.00
25-30	\$ 59.00
31-40	\$ 131.00
41-50	\$ 230.00
51-64*	\$ 311.00

Tarifas de efectivo 15/05/2018 y datos que cambian.

*Solicitantes mayores de 64 años de edad pueden ponerse en contacto con un representante de HCC para obtener asistencia.

Para tener derechos al reembolso completo, la petición de cancelación se debe recibir antes de la fecha efectiva. Las peticiones de cancelación recibidas después de la fecha efectiva estarán sujetas a lo siguiente: 1) una multa de cancelación de \$25 se aplicará; y 2) sólo se reembolsará la porción del costo del plan que no se utilizó (meses enteros en caso de mensualidades); y 3) sólo los Miembros que no tengan reclamos pueden solicitar un reembolso de la prima; y 4) después de 60 días, no se otorgará ningún reembolso.

Solicitud de StudentSecure®
Tokio Marine HCC - Medical Insurance Services Group
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 Mensualidades.	
Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	Sexo	Ciudadanía	Nivel de plan deseado: <input type="checkbox"/> Elite <input type="checkbox"/> Selecto <input type="checkbox"/> Económico <input type="checkbox"/> Smart Buy-Ups (no aplicable con Smart o Económico): <input type="checkbox"/> Crisis Response <input type="checkbox"/> Accidental Death & Dismemberment	
Domicilio Completo (para correspondencia)				Cobertura en los EEUU: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Ciudadanos/residentes de los EEUU deben elegir "No"</i>	
				<input type="checkbox"/> Pago al Contado – Quiero pagar al contado ahora mismo. (Debe incluir tarifas de cualquier aditamento Buy-Up comprado, si aplica) Buy-Ups + Costo diario según tabla de tarifas: _____ Multiplicar por # de días de cobertura: x _____ Impuestos de líneas exedentes de Florida: _____ Aplica si: <input type="checkbox"/> Residente de Florida o <input type="checkbox"/> Destino – Florida x 1,051 Total a pagar: _____	
País de Origen		País Anfitrión		<input type="checkbox"/> Mensualidades – Quiero que se me cobren automáticamente cada mes. (Debe incluir tarifas de cualquier aditamento Buy-Up comprado, si aplica) Buy-Ups + Costo mensual según tablas de tarifas (Se cobrará este monto ahora): _____ Impuestos de líneas exedentes de Florida: _____ Aplica si: <input type="checkbox"/> Residente de Florida o <input type="checkbox"/> Destino – Florida x 1,051 Añadir \$5.00 por cargo administrativo: + \$5,00 Mensualidad (Se cobrará este monto <u>cada mes incluyendo el primero</u>): _____ N° de meses de cobertura: _____	
Teléfono		Teléfono			
Nombre de la Escuela u Organización:		Estado (sólo EEUU)		Tipo de Visa (I-94) <i>No se aplica a estadounidenses</i> <input type="checkbox"/> F-1 <input type="checkbox"/> M-1 <input type="checkbox"/> J-1 <input type="checkbox"/> R-1	
<input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Escolar		Número de horas de matriculación _____			
Fecha en que entraría en vigor la cobertura: ____/____/____	Fecha de comienzo de clases: ____/____/____	Fecha en que se vencería la cobertura: ____/____/____		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	
N° de Tarjeta de Crédito: _____ Fecha de Vencimiento: _____		Domicilio Completo de la Cuenta: _____			
Nombre de la Cuentahabiente:				Teléfono (durante el día):	
Firma:				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: HCC Medical Insurance Services 15748 Collection Center Dr. Chicago, IL 60693-0157	
Pago con Tarjeta de Crédito* : Al firmar en el espacio arriba, el titular de la tarjeta autoriza a Tokio Marine HCC - MIS 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 - Medical Insurance Services Group 251 North Illinois Street, Suite 600 Indianápolis, IN 46204 317-262-2140				*Si he elegido la opción de mensualidades, por la presente pido y autorizo a Tokio Marine HCC - Medical Insurance Services Group 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 Periodo de Cobertura entero que he elegido o hasta que se revoque por mí en escrito.	
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. 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 completamente 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 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 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 Padre/Tutor (si procede):				Fecha de Firma:	

Para más información o para asistencia con esta solicitud, comunícate con:

HCC Medical Insurance Services
 Phone: 800-605-2282
 E-mail: orders@hccmis.com

N°. de Productor: 23566