



Atlas MultiTrip™

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	\$257.00	\$315.00
Conyuge y hasta dos Niños*	\$131.00	\$162.00
Cada niño* adicional	\$51.00	\$63.00

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	\$188.00	\$230.00
Conyuge y hasta dos Niños*	\$94.00	\$115.00
Cada niño* adicional	\$38.00	\$46.00

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.

Atlas MultiTrip™ Optional Coverages

Accidental Death & Dismemberment Coverage (for members 18-69)		
Maximum Trip Duration	30 Days per Trip	45 Days per Trip
per person	24.07	29.08

Crisis Response Coverage with \$10,000 Natural Disaster Evacuation		
Maximum Trip Duration	30 Days per Trip	45 Days per Trip
per person	24.07	29.08

Personal Liability Coverage		
Maximum Trip Duration	30 Days per Trip	45 Days per Trip
per person	24.07	29.08

Rates are shown in US dollars and are effective 04/01/2020. Rates are subject to change.
Charges will include Surplus Lines taxes and fees when applicable.

If for any reason you wish to cancel your policy, you must submit your cancellation request in writing to WorldTrips in order to receive a refund or premium.

Cancellation requests received after the policy effective date will be subject to the following conditions:

- 1) a \$25 cancellation fee will apply; and
- 2) only the unused portion of the plan cost will be refunded; and
- 3) only members who have no claims are eligible for premium refund.

SOLICITUD DE ATLAS MULTITRIP™

WorldTrips

Coverholder de Lloyd's

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

Elige el Área de Cobertura:	Excluyendo los EE.UU.	Including the U.S. (Avaible to Non-US citizens and residents only)
1. Destinación: _____ y País de Origen: _____		
2. Fecha Efectiva Solicitada (mes/día/año): ____/____/____		
3. Entiendo que esta es una póliza de 364 días que brinda cobertura para múltiples viajes de corta duración que seleccionaré a continuación. Sí		
4. Duraciones de viaje: 30 Días 45 Días (Consulte la Planilla de Tarifas adjunta para conocer las tarifas de duración de los viajes aplicables.)		
5. Nombre del Beneficiario: _____		
6. ¿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 1,050

Subtotal (A): _____

¿Aditamento Opcional? Muerte y Desmembramiento Accidental Respuesta Ante Situaciones De Crisis Responsabilidad Civil **Subtotal (B): _____

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

Forma de Pago: <input type="checkbox"/> Crédito Card <input type="checkbox"/> Cheque/Orden de Pago	Enviar el Certificado de Seguro a (Nombre y Domicilio):
Correo Electrónico:	Domicilio completo del titular (incluir # telefónico del día):
N°. de Tarjeta de Crédito: _____ Fecha de Vencimiento (mes/año): _____	
Firma:	
Pago con Tarjeta de Crédito: Al firmar en el espacio arriba, el titular de la tarjeta autoriza a WorldTrips 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 WorldTrips. WorldTrips 4 Carter Green, Suite 400 Carmel, IN 46032	Cheques y órdenes de pago deben hacerse pagaderos a WorldTrips. Favor de enviar tu cheque u orden de pago junto con esta Solicitud por correo o mensajería a: WorldTrips 15748 Collection Center Dr. Chicago, IL 60693-0157

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. Al solicitar la cancelación, entiendo que debo notificar a WorldTrips, POR ESCRITO, ANTES de la fecha de vigencia para obtener un reembolso completo y que los gastos de envío urgente no son reembolsables.

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. Para mayor información sobre el modo de procesamiento de su información personal, consulte nuestra Política de Privacidad en <https://www.worldtrips.com/about-worldtrips/privacy-policy/>. 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 WorldTrips para información e instrucciones en como extender o renovar mi póliza y elegibilidad. Entiendo que, si mi seguro no se extiende o renueva antes de la fecha de vencimiento de la cobertura actual o en esa fecha, deberé adquirir una nueva póliza para recibir una cobertura. 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 WorldTrips. Los residentes indios deben adquirir cobertura de seguro para acceder al permiso del Central Government and Reserve Bank of India. 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. Entiendo y acepto que el agente/corredor de seguros, de haberlo, que asiste en la presente Solicitud es su representante y, como tal, autoriza a WorldTrips a ofrecer Explicaciones de Beneficios (EOB, en inglés) sobre reclamos aplicables para ayudar en la comunicación del proceso de reclamo. 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. 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. AVISO ARBITRAL: EXCEPTO EN EL CASO DE DETERMINADOS TIPOS DE LITIGIOS QUE SE DESCRIBEN EN LA SECCIÓN «ARBITRAJE Y RENUNCIA A TOMAR ACCIONES MANCOMUNADAS» EN LA REDACCIÓN DE SU POLÍTICA., Y SI NO DA LA BAJA VOLUNTARIA SEGÚN SE ESTABLECE EN LA MISMA SECCIÓN, ACEPTA QUE LOS LITIGIOS ENTRE USTED Y WORLDTRIPS Y/O LAS ASEGURADORAS SE RESUELVAN MEDIANTE UN ARBITRAJE VINCULANTE E INDIVIDUAL; ASIMISMO, RENUNCIA A SU DERECHO A PRESENTAR O DIRIMIR CUALQUIER LITIGIO EN UNA DEMANDA O UN ARBITRAJE DE CARÁCTER MANCOMUNADO, CONSOLIDADO, DE REPRESENTACIÓN, GRUPAL O PRIVADO, O A PARTICIPAR EN ALGUNA DE ESTAS ACCIONES.

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:

N°. De Productor: 23566

Teléfono: 1-877-340-7910
Correo Electrónico: info@americanvisitorinsurance.com
Crossborder Services, LLC