

CitizenSecure®
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 la misma Área de Cobertura y Deducible. Usted debe elegir el Área de Cobertura y 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:

Envisage International Corp
International Student Insurance
224 First Street
Neptune Beach, FL 32266
USA
Teléfono: 904-247-1387
Fax: 904-212-0412
Correo Electrónico: info@internationalstudentinsurance.com
<http://www.internationalstudentinsurance.com/>

Solicitud de Seguro – CitizenSecure®
Sección 1

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

Área de Cobertura	Deducibles	Cláusula Dental	Vida a Término	Cláusula de Deportes
Incluyendo EEUU/Canadá	<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
Excluyendo EEUU/Canadá	<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 Efectiva 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)	Estatura	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^o., 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. ¿Le han anulado, denegado, cancelado, rescindido o modificado alguna vez una solicitud de seguro médico o de vida (incluyendo cláusulas de exclusión médica)?		
2. En los últimos 24 meses, ¿ha consumido tabaco en cualquiera de sus formas? Si su respuesta es 'Sí', por favor especifique el tipo y frecuencia en la Sección 3.		
3. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido un cambio de peso de 15 libras o más?		
4. En los últimos 5 años, ¿ha tenido alguna indicación, diagnóstico o tratamiento de dependencia de alcohol o drogas o un arresto por el abuso de alcohol o drogas?		
5. 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 cantidad por semana en la Sección 3.		
6. ¿Está embarazada o tiene un caso de adopción pendiente?		
7. ¿Sabe usted (el Solicitante solo) leer, escribir, hablar y entender el inglés? Si no, ¿cuál es su lengua materna?		
8. En los últimos 12 meses, ¿ha tomado medicamentos o ha recibido tratamiento o ha acudido a una consulta médica de cualquier tipo?		
En los últimos 10 años, ¿ha tenido alguna indicación, signo, síntoma, diagnóstico o tratamiento de alguna enfermedad o trastorno de:	Sí	No
9. Vesícula, páncreas o hígado?		
10. Piel?		
11. Articulaciones o espina dorsal?		
12. Riñón?		
13. Ojos, oídos o nariz?		
14. Boca, garganta o mandíbula?		
En los últimos 10 años, ¿ha tenido alguna indicación, signo, síntoma, diagnóstico o tratamiento de:	Sí	No
15. Presión sanguínea alta?		
16. Dolores en el pecho?		
17. Dolores de cabeza?		
18. Parálisis?		
19. Artritis?		
20. Convulsiones o epilepsia?		
21. Colesterol elevado?		
22. Enfermedades de transmisión sexual?		
23. Cáncer?		
24. Diabetes o azúcar en la sangre o la orina?		
25. Apoplejía?		
26. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o cualquier enfermedad relacionada con el Virus de Inmunodeficiencia Humana?		
27. Tumor, quiste, pólipo, o bulto de cualquier tipo?		
En los últimos 10 años, ¿usted ha:	Sí	No
28. Tenido un embarazo o parto con complicaciones?		
29. Dado positivo en un análisis de anticuerpos del Virus de Inmunodeficiencia Humana?		
30. Estado hospitalizado o ha tenido o considerado alguna cirugía?		
31. Consultado a un profesional de salud mental o ha recibido consulta médica o tratamiento por alguna condición mental?		
En los últimos 10 años, ¿ha tenido alguna indicación, signo, síntoma, diagnóstico o tratamiento de alguna enfermedad, trastorno o anomalía del:	Sí	No
32. Corazón o sistema circulatorio?		
33. Sistema nervioso?		
34. Sistema digestivo?		
35. Sistema muscular o del esqueleto?		
36. Sistema respiratorio?		
37. Sistema reproductor masculino o femenino?		
38. Sistema urinario?		
39. Tiroides, senos u otras glándulas?		
40. En los últimos 10 años, ¿ha tenido alguna indicación, signo, síntoma, diagnóstico o tratamiento por cualquier otra enfermedad, trastorno, lesión o de resultados negativos o anormales de alguna prueba?		

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.

#2 – Consumo de tabaco (tipo y frecuencia de consumo)	#5 – 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 fuese 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 ^{er} Niño:	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2 ^{do} Niño:	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3 ^{er} 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):				\$ _____
Importe del primer pago:				\$ _____

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				
Prima a pagar a cada plazo restante:				\$ _____

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 Periodo 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 cualesquier anexos, 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 de 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, 4th 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: 99646	Nombre del Agente: Envisage International Corp	
Nombre de la Agencia: International Student Insurance	Domicilio: 224 First Street	
Ciudad: Neptune Beach	Estado: FL	Código Postal: 32266
País: USA	Teléfono: 904-247-1387	Fax: 904-212-0412
Correo Electrónico: info@internationalstudentinsurance.com	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 Incluyendo los EEUU y Canadá

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*	\$846	\$846	\$669	\$669	\$505	\$505	\$419	\$419	\$323	\$323
10 a 18*	\$1,184	\$1,184	\$952	\$952	\$735	\$735	\$639	\$639	\$518	\$518
19-24	\$1,169	\$1,539	\$942	\$1,371	\$732	\$1,026	\$646	\$909	\$530	\$734
25-29	\$1,209	\$1,799	\$989	\$1,592	\$766	\$1,143	\$674	\$1,005	\$554	\$875
30-34	\$1,336	\$2,014	\$1,099	\$1,769	\$855	\$1,315	\$758	\$1,163	\$620	\$981
35-39	\$1,451	\$2,232	\$1,208	\$1,900	\$934	\$1,460	\$828	\$1,281	\$676	\$1,094
40-44	\$1,872	\$2,445	\$1,549	\$2,047	\$1,201	\$1,588	\$1,066	\$1,411	\$869	\$1,121
45-49	\$2,106	\$2,543	\$1,881	\$2,150	\$1,458	\$1,672	\$1,293	\$1,479	\$1,055	\$1,142
50-54	\$3,780	\$4,078	\$3,644	\$3,930	\$3,375	\$3,638	\$2,860	\$3,074	\$2,293	\$2,448
55-59	\$5,066	\$4,975	\$4,902	\$4,810	\$4,574	\$4,480	\$3,945	\$3,842	\$3,229	\$3,115
60-64	\$6,227	\$5,724	\$6,046	\$5,552	\$5,676	\$5,202	\$4,971	\$4,527	\$4,144	\$3,739
65-69	\$14,397	\$12,555	\$13,872	\$12,030	\$12,826	\$10,978	\$9,973	\$8,299	\$8,651	\$7,304
70	\$16,976	\$14,677	\$16,443	\$14,162	\$15,381	\$13,099	\$12,128	\$9,845	\$10,520	\$8,510
71	\$17,771	\$15,379	\$17,240	\$14,851	\$16,178	\$13,787	\$12,773	\$10,381	\$11,080	\$8,973
72	\$18,451	\$15,963	\$17,926	\$15,437	\$16,875	\$14,386	\$13,328	\$10,842	\$11,562	\$9,370
73	\$19,152	\$16,550	\$18,632	\$16,030	\$17,589	\$14,990	\$13,904	\$11,301	\$12,061	\$9,768
74	\$20,085	\$17,342	\$19,563	\$16,822	\$18,522	\$15,781	\$14,645	\$11,901	\$12,704	\$10,288

Tabla de Tarifas – Cobertura Médica Excluyendo los EEUU y Canadá

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*	\$661	\$661	\$522	\$522	\$394	\$394	\$327	\$327	\$254	\$254
10 a 18*	\$924	\$924	\$742	\$742	\$573	\$573	\$500	\$500	\$405	\$405
19-24	\$911	\$1,201	\$734	\$1,070	\$571	\$801	\$504	\$710	\$414	\$574
25-29	\$944	\$1,404	\$771	\$1,242	\$598	\$891	\$526	\$784	\$433	\$684
30-34	\$1,043	\$1,572	\$858	\$1,380	\$667	\$1,025	\$592	\$908	\$485	\$766
35-39	\$1,132	\$1,742	\$943	\$1,483	\$728	\$1,140	\$646	\$1,000	\$528	\$853
40-44	\$1,517	\$1,980	\$1,256	\$1,658	\$973	\$1,287	\$864	\$1,142	\$703	\$909
45-49	\$1,707	\$2,060	\$1,524	\$1,742	\$1,181	\$1,354	\$1,047	\$1,198	\$855	\$926
50-54	\$3,062	\$3,304	\$2,953	\$3,184	\$2,735	\$2,947	\$2,318	\$2,490	\$1,857	\$1,982
55-59	\$4,155	\$4,080	\$4,020	\$3,943	\$3,751	\$3,675	\$3,234	\$3,150	\$2,650	\$2,556
60-64	\$5,107	\$4,694	\$4,959	\$4,552	\$4,655	\$4,267	\$4,077	\$3,711	\$3,399	\$3,068
65-69	\$11,805	\$10,296	\$11,376	\$9,864	\$10,517	\$9,002	\$8,178	\$6,805	\$7,093	\$5,989
70	\$14,090	\$12,182	\$13,648	\$11,754	\$12,767	\$10,872	\$10,066	\$8,171	\$8,731	\$7,063
71	\$14,751	\$12,765	\$14,309	\$12,326	\$13,427	\$11,444	\$10,602	\$8,616	\$9,195	\$7,447
72	\$15,315	\$13,250	\$14,878	\$12,813	\$14,007	\$11,941	\$11,063	\$8,999	\$9,595	\$7,778
73	\$15,896	\$13,738	\$15,464	\$13,306	\$14,600	\$12,442	\$11,541	\$9,379	\$10,011	\$8,107
74	\$16,671	\$14,395	\$16,237	\$13,962	\$15,373	\$13,098	\$12,156	\$9,879	\$10,544	\$8,538

* 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. 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. 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 30/09/2011

Tarifas incluyen cargos e impuestos de Líneas Excedentes cuando se aplican