



StudentSecure®

Tarifas Diarias

Elite - Cobertura Excluyendo los EE.UU.

Edad	Participante S6lo
Under 18	\$ 3.06
18-24	\$ 3.06
25-30	\$ 3.06
31-40	\$ 6.64
41-50	\$ 14.93
51-64*	\$ 19.00

Elite - Cobertura Incluyendo los EE.UU.

Edad	Participante S6lo
Under 18	\$ 4.41
18-24	\$ 4.41
25-30	\$ 8.94
31-40	\$ 17.82
41-50	\$ 31.43
51-64*	\$ 42.18

Selecto - Cobertura Excluyendo los EE.UU.

Edad	Participante S6lo
Under 18	\$ 2.17
18-24	\$ 2.17
25-30	\$ 2.17
31-40	\$ 4.73
41-50	\$ 10.65
51-64*	\$ 13.58

Selecto - Cobertura Incluyendo los EE.UU.

Edad	Participante S6lo
Under 18	\$ 2.93
18-24	\$ 2.93
25-30	\$ 6.15
31-40	\$ 12.49
41-50	\$ 22.19
51-64*	\$ 29.92

Econ6mico - Cobertura Excluyendo los EE.UU.

Edad	Participante S6lo
Under 18	\$ 1.15
18-24	\$ 1.15
25-30	\$ 1.28
31-40	\$ 2.93
41-50	\$ 7.36
51-64*	\$ 9.99

Econ6mico - Cobertura Incluyendo los EE.UU.

Edad	Participante S6lo
Under 18	\$ 1.28
18-24	\$ 1.28
25-30	\$ 2.47
31-40	\$ 5.95
41-50	\$ 10.59
51-64*	\$ 14.24

Smart - Cobertura Excluyendo los EE.UU.

Edad	Participante S6lo
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 S6lo
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 01/05/2018 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 petici6n de cancelaci6n se debe recibir antes de la fecha efectiva. Las peticiones de cancelaci6n recibidas despues de la fecha efectiva estaran sujetas a lo siguiente: 1) una multa de cancelaci6n de \$25 se aplicara; y 2) s6lo se reembolsara la porci6n del costo del plan que no se utiliz6 (meses enteros en caso de mensualidades); y 3) s6lo los Miembros que no tengan reclamos pueden solicitar un reembolso de la prima; y 4) despues de 60 dfas, no se otorgara ningun reembolso.



StudentSecure® Tarifas Mensuales

Elite - Cobertura Excluyendo los EE.UU.

Edad	Participante S6lo
Menor de 18	\$ 93.00
18-24	\$ 93.00
25-30	\$ 93.00
31-40	\$ 202.00
41-50	\$ 454.00
51-64*	\$ 578.00

Elite - Cobertura Incluyendo los EE.UU.

Edad	Participante S6lo
Menor de 18	\$ 134.00
18-24	\$ 134.00
25-30	\$ 272.00
31-40	\$ 542.00
41-50	\$ 956.00
51-64*	\$ 1,283.00

Selecto - Cobertura Excluyendo los EE.UU.

Edad	Participante S6lo
Menor de 18	\$ 66.00
18-24	\$ 66.00
25-30	\$ 66.00
31-40	\$ 144.00
41-50	\$ 324.00
51-64*	\$ 413.00

Selecto - Cobertura Incluyendo los EE.UU.

Edad	Participante S6lo
Menor de 18	\$ 89.00
18-24	\$ 89.00
25-30	\$ 187.00
31-40	\$ 380.00
41-50	\$ 675.00
51-64*	\$ 910.00

Econ6mico - Cobertura Excluyendo los EE.UU.

Edad	Participante S6lo
Menor de 18	\$ 35.00
18-24	\$ 35.00
25-30	\$ 39.00
31-40	\$ 89.00
41-50	\$ 224.00
51-64*	\$ 304.00

Econ6mico - Cobertura Incluyendo los EE.UU.

Edad	Participante S6lo
Menor de 18	\$ 39.00
18-24	\$ 39.00
25-30	\$ 75.00
31-40	\$ 181.00
41-50	\$ 322.00
51-64*	\$ 433.00

Smart - Cobertura Excluyendo los EE.UU.

Edad	Participante S6lo
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 S6lo
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 01/05/2018 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 petici6n de cancelaci6n se debe recibir antes de la fecha efectiva. Las peticiones de cancelaci6n recibidas despues de la fecha efectiva estaran sujetas a lo siguiente: 1) una multa de cancelaci6n de \$25 se aplicara; y 2) s6lo se reembolsara la porci6n del costo del plan que no se utiliz6 (meses enteros en caso de mensualidades); y 3) s6lo los Miembros que no tengan reclamos pueden solicitar un reembolso de la prima; y 4) despues de 60 dfas, no se otorgara ningun 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 C6nyuge e Hijo s6lo si seran dependientes cubiertos bajo este plan.				Opciones del Plan - Elegir una opci6n en cada secci6n. Escoger Pago al Contado o Mensualidades.	
Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	Sexo	Ciudadania	Nivel de plan deseado: <input type="checkbox"/> Elite <input type="checkbox"/> Selecto <input type="checkbox"/> Econ6mico <input type="checkbox"/> Smart Buy-Ups (no aplicable con Smart o Econ6mico): <input type="checkbox"/> Crisis Response <input type="checkbox"/> Accidental Death & Dismemberment	
Domicilio Completo (para correspondencia)				Pais de Origen Pais Anfitri6n	
				Cobertura en los EEUU: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Ciudadanos residentes de los EEUU deben elegir "No" o Pago al Contado - Quiero pagar al contado ahora mismo. (Debe incluir tarifas de cualquier aditamento Buy-Up comprado, si aplica) Buy-Ups + Costo diario segun tabla de tarifas: Multiplicar por # de dias de cobertura: x Impuestos de lineas exedentes de Florida: x 1,051 Aplica si: <input type="checkbox"/> Residente de Florida <input type="checkbox"/> Destino - Florida Total a pagar:	
Correo Electr6nico			Telefono		
Nombre de la Escuela u Organizaci6n:		Estado (s6lo EEUU)		Tipo de Visa (I-94) No se aplica a estadounidenses <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			Numero de horas de matriculaci6n		
Fecha en que entraria en vigor la cobertura:		Fecha de comienzo de clases:		Fecha en que se venceria la cobertura:	
/ /		//		//	
Formas 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 Credito :			Fecha de Vencimiento:		Domicilio Completo de la Cuenta:
Nombre de la Cuentahabiente :					Telefono (durante el dia):
Firma:					Cheques y 6rdenes 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 mensajeria a: HCC Medical Insurance Services 15748 Collection Center Dr. Chicago, IL 60693-0157
Pago con Tarjeta de Credito* : 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 Indianapolis, IN 46204 317-262-2140					
*Si he elegido la opci6n de mensualidades, por la presente pido y autorizo a Tokio Marine HCC - Medical Insurance Services Group a debitar mi cuenta de tarjeta de credito por las mensualidades apropiadas en las fechas de limite de pago de esas. Esta autorizaci6n quedara en efecto durante el Periodo de Cobertura entero que he elegido o hasta que se revoque por mi en escrito.					
Por la presente yo solicito la membresia 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 p6liza general de seguro medico sino una p6liza para el uso en caso de un evento subitito mientras participe en programas educativos fuera de mi Pais de Origen. Yo confirmo que soy Estudiante de Tiempo Completo o Escolar de Tiempo Completo tal como requerido bajo las definiciones de esta p6liza. Entiendo que este seguro contiene una exclusi6n de Condiciones Preexistentes y otras restricciones y exclusiones. Entiendo que antes del vencimiento de mi p6liza, yo puedo visitar a mi Zona de Cliente de Tokio Marine HCC - MIS Group para informaci6n e instrucciones en como extender o renovar mi p6liza y elegibilidad. Yo entiendo que la informaci6n contenida aqui es un resumen de la P6liza Maestra y que puedo obtener una copia completa de la P6liza Maestra, si asi la requiero, pidiendosela 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 podra realizar ninguna reclamaci6n contra cualquier fondo garantizado del estado. Yo entiendo y acepto que el agente/corredor de seguros, si existe, dando asistencia con esta Solicitud se considerara representante del Solicitante. Los corredores y agentes independientes de seguros, cuyas licencias sean vigentes, reciben remuneraci6n en forma de comisiones que son calculadas sobre un porcentaje de las primas generadas por la compra, renovaci6n, entrega o servicio de cobertura de seguros. Ademias, algunos productores licenciados podrian recibir bonos o incentivos como viajes o premios, ganandose tal compensaci6n por su participaci6n en concursos con base en ciertos requerimientos, tales como el volumen total de ventas o el porcentaje de ventas completas a traves de Tokio Marine HCC - Medical Insurance Services Group. Favor de comunicarse con el corredor para obtener los detalles sobre la compensaci6n especifica que se podria ganar por venderle la cobertura. Si un representante del Solicitante firmare el presente, el/ella hubiere afirmado su facultad de hacerlo. Si un(a) tutor/a o apoderado/a del Solicitante firma, el/ella hubiere afirmado su facultad de hacerlo. Al aceptar la cobertura y/o al presentar alguna reclamaci6n de beneficios, el Solicitante confiera al firmante las facultades de haber actuado asi y por lo mismo se rija el Solicitante.					
Firma del Solicitante:					Fecha de Firma:
Firma del Padre/Tutor (si procede):					Fecha de Firma:

Para mas informaci6n o para asistencia con esta solicitud, comunicate con:

Nº. de Productor: 99646

International Student Insurance

Email: info@InternationalStudentInsurance.com

Website: www.InternationalStudentInsurance.com

Phone: 877-758-4391