



## Cancelación del formulario de cobertura

Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha de cancelación solicitada: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Número de certificado: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

La Persona Asegurada que suscribe desea cancelar y dar por terminada la cobertura mencionada en la fecha indicada en primer término. Envío una copia de la declaración de seguro para reflejar la cobertura que deseo cancelar.<sup>1</sup> Les solicito que interrumpan todos los pagos o deducciones automáticos y que reembolsen todas las primas no devengadas menos todos los costos de cancelación a la Persona Asegurada a través de la cuenta de la tarjeta de crédito registrada o por cheque a la dirección precedente si fuera necesario.

La Persona Asegurada que suscribe declara, garantiza, reconoce y acepta que: (a) la Persona Asegurada desea cancelar la cobertura mencionada en la fecha indicada en primer término y (b) no se han realizado reclamos de ningún tipo, no se han presentado ni se realizarán ni aceptarán reclamos en virtud de la cobertura por las pérdidas sufridas a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cancelación y (c) todos los costos de cancelación y los ajustes en las primas se calcularán de acuerdo con los términos y condiciones del Certificado de Seguro y (d) a partir de la entrada en vigencia de la cancelación, ni la compañía de seguros, Tokio Marine HCC – MIS Group, su agente, representante, ni la Persona Asegurada tendrán derechos, responsabilidades ni obligaciones adicionales conforme al Certificado de Seguro. **Quienes presenten intencionalmente un reclamo falso o fraudulento de pago de un siniestro o beneficio o presenten intencionalmente información falsa en una solicitud de seguro serán considerados responsables de un delito y podrían ser pasibles de multas o de pena de prisión.**

**Notificación a participantes del Programa de Intercambio de Visitantes:** La Persona Asegurada que suscribe, por el presente, declara, garantiza, reconoce y acepta que: (i) los titulares de la Visa J deben contar con un seguro adecuado durante el período durante el cual se encuentren en el programa de patrocinio o en los EE. UU. y (ii) la falta de la cobertura requerida por la Visa J afectará la condición de la Persona Asegurada respecto de la Visa, incluida la de extranjero no residente en los EE. UU. y podría hacer pasible a la Persona Asegurada del cumplimiento de sanciones y requisitos relativos al impuesto sobre la renta, así como a las obligaciones de seguro previstas en la Ley de Atención Asequible y Protección para Pacientes de los EE. UU., incluida la obligación de mantener una cobertura esencial mínima y cualquier multa impositiva relacionada con la falta de esa cobertura.

Tokio Marine HCC – MIS Group se reserva el derecho de informar la cancelación de la cobertura al patrocinador del programa, a la escuela o al Departamento de Estado de los EE. UU. **Los visitantes de intercambio que no cumplan intencionalmente con el seguro previsto en el Artículo 62.14 del Título 22 del Código de Normas Federales (22 CFR § 62.14) mientras sean participantes en un programa de visitas de intercambio o que realicen declaraciones materiales falsas al patrocinador en relación con esa cobertura se considerará que violan las normas de los EE. UU. y su condición de visitante de intercambio podría ser anulada.**

Atentamente

\_\_\_\_\_

Firma de la Persona Asegurada<sup>2</sup>

**Enviar el formulario a:**

Tokio Marine HCC – Medical Insurance Services Group  
Attn: Customer Services – Int'l SBU  
251 N. Illinois St., Suite 600, Indianapolis, IN 46204

Correo electrónico:

[orders@hccmis.com](mailto:orders@hccmis.com)

Fax: 317- 262- 2140

<sup>1</sup> Puede obtener una copia de la declaración en <https://zone.hccmis.com/clientzone/>

<sup>2</sup> Si este formulario lleva la firma de una persona que no sea la Persona Asegurada, el firmante garantiza su autoridad y capacidad para actuar y obligar a la Persona Asegurada.