



## Atlas America® - Para ciudadanos no estadounidenses que viajan a los EE.UU.

**\$0 Deductible**

Limite Maximo	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000	\$1 Millón	\$2 Millón
Edad	Diario	Diario	Diario	Diario	Diario	Diario
14d-29y	1.71	2.19	2.48	3.27	3.71	3.79
30-39	2.31	3.19	3.80	4.25	4.70	4.79
40-49	3.32	4.13	4.75	5.90	6.76	6.90
50-59	4.93	6.22	7.85	9.32	10.24	10.44
60-64	6.17	8.10	10.98	12.53	13.75	14.02
65-69	6.99	8.95	12.27	13.95	15.27	15.57
70-79	10.48	13.41	15.32	N/A	N/A	N/A
80+*	16.51	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

**\$1000 Deductible**

Limite Maximo	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000	\$1 Millón	\$2 Millón
Edad	Diario	Diario	Diario	Diario	Diario	Diario
14d-29y	1.02	1.31	1.48	1.95	2.22	2.27
30-39	1.38	1.92	2.26	2.55	2.82	2.87
40-49	1.97	2.47	2.84	3.52	4.04	4.12
50-59	2.94	3.71	4.69	5.56	6.11	6.23
60-64	3.68	4.84	6.56	7.49	8.22	8.37
65-69	4.17	5.34	7.32	8.33	9.12	9.30
70-79	6.25	8.01	9.27	N/A	N/A	N/A
80+*	9.85	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

**\$100 Deductible**

Limite Maximo	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000	\$1 Millón	\$2 Millón
Edad	Diario	Diario	Diario	Diario	Diario	Diario
14d-29y	1.51	1.93	2.18	2.89	3.26	3.33
30-39	2.03	2.82	3.35	3.75	4.14	4.22
40-49	2.92	3.64	4.18	5.20	5.95	6.06
50-59	4.34	5.46	6.91	8.20	9.01	9.18
60-64	5.42	7.12	9.67	11.04	12.09	12.33
65-69	6.15	7.88	10.79	12.27	13.44	13.71
70-79	9.22	11.80	13.49	N/A	N/A	N/A
80+*	14.52	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

**\$2500 Deductible**

Limite Maximo	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000	\$1 Millón	\$2 Millón
Edad	Diario	Diario	Diario	Diario	Diario	Diario
14d-29y	0.96	1.22	1.39	1.84	2.07	2.12
30-39	1.29	1.81	2.14	2.39	2.64	2.69
40-49	1.86	2.32	2.66	3.30	3.79	3.87
50-59	2.76	3.48	4.39	5.22	5.73	5.84
60-64	3.46	4.55	6.15	7.02	7.70	7.85
65-69	3.91	5.02	6.87	7.81	8.55	8.72
70-79	5.87	7.52	8.84	N/A	N/A	N/A
80+*	9.24	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

**\$250 Deductible**

Limite Maximo	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000	\$1 Millón	\$2 Millón
Edad	Diario	Diario	Diario	Diario	Diario	Diario
14d-29y	1.31	1.67	1.89	2.49	2.84	2.89
30-39	1.76	2.44	2.90	3.25	3.58	3.66
40-49	2.52	3.16	3.62	4.49	5.15	5.25
50-59	3.76	4.74	5.98	7.10	7.81	7.96
60-64	4.71	6.17	8.37	9.55	10.47	10.68
65-69	5.33	6.82	9.34	10.62	11.64	11.86
70-79	7.98	10.20	11.69	N/A	N/A	N/A
80+*	12.57	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

**\$5000 Deductible**

Limite Maximo	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000	\$1 Millón	\$2 Millón
Edad	Diario	Diario	Diario	Diario	Diario	Diario
14d-29y	0.77	1.00	1.17	1.56	1.77	1.81
30-39	1.02	1.48	1.80	2.03	2.26	2.29
40-49	1.48	1.91	2.24	2.81	3.23	3.30
50-59	2.19	2.86	3.70	4.43	4.89	4.99
60-64	2.75	3.75	5.19	5.97	6.56	6.70
65-69	3.11	4.14	5.79	6.63	7.29	7.44
70-79	4.68	6.20	7.45	N/A	N/A	N/A
80+*	7.35	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

**\$500 Deductible**

Limite Maximo	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000	\$1 Millón	\$2 Millón
Edad	Diario	Diario	Diario	Diario	Diario	Diario
14d-29y	1.15	1.47	1.66	2.21	2.50	2.55
30-39	1.54	2.16	2.55	2.85	3.17	3.23
40-49	2.23	2.78	3.20	3.96	4.55	4.63
50-59	3.31	4.18	5.27	6.25	6.89	7.02
60-64	4.14	5.44	7.38	8.42	9.24	9.43
65-69	4.70	6.01	8.24	9.38	10.26	10.46
70-79	7.04	9.02	10.37	N/A	N/A	N/A
80+*	11.10	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Las tarifas están mostradas en dólares estadounidenses y efectiva 1/4/2019. Las tarifas están sujetas a cambio. Los cargos incluyen impuestos de Líneas Excedentes y honorarios aplicables.

\*\$10,000 Límite Máximo

Si desea cancelar su póliza, necesita someter una solicitud escrita a fecha vigente del a póliza serán sujetas a: Tokio Marine HCC Medical Insurance Services Group para recibir un reembolso de primas.

Solicitudes de cancelación recibidas después de la

- 1) Corresponderá una comisión por anulación de \$25; y
- 2) Se reembolsará únicamente la parte no utilizada del costo del plan; y
- 3) Únicamente los miembros que no tengan reclamos serán elegibles para recibir el reembolso de la prima.



## Atlas Internacional® - Para los viajes fuera de los EE.UU.

**\$0 Deducible**

Limite Maximo	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000	\$1 Millón	\$2 Millón
Edad	Diario	Diario	Diario	Diario	Diario	Diario
14d-29y	1.19	1.54	1.80	1.84	2.13	2.33
30-39	1.98	2.29	2.63	2.64	3.00	3.29
40-49	3.40	3.65	4.08	4.11	4.68	5.13
50-59	4.18	4.35	4.97	4.99	5.63	6.16
60-64	4.76	5.49	6.30	6.41	7.20	7.90
65-69	7.25	8.38	9.97	N/A	N/A	N/A
70-79	13.55	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
80+*	0.94	1.19	1.45	1.49	1.70	1.85

**\$1000 Deducible**

Limite Maximo	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000	\$1 Millón	\$2 Millón
Edad	Diario	Diario	Diario	Diario	Diario	Diario
14d-29y	0.76	0.99	1.15	1.18	1.37	1.50
30-39	1.26	1.45	1.68	1.70	1.93	2.10
40-49	2.17	2.34	2.62	2.64	3.00	3.29
50-59	2.67	2.79	3.16	3.19	3.61	3.95
60-64	3.04	3.51	4.04	4.10	4.60	5.05
65-69	4.64	5.35	6.45	N/A	N/A	N/A
70-79	8.67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
80+*	0.60	0.76	0.92	0.96	1.08	1.19

**\$100 Deducible**

Limite Maximo	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000	\$1 Millón	\$2 Millón
Edad	Diario	Diario	Diario	Diario	Diario	Diario
14d-29y	1.06	1.37	1.60	1.63	1.86	2.04
30-39	1.74	2.01	2.31	2.33	2.64	2.89
40-49	2.99	3.22	3.60	3.63	4.12	4.51
50-59	3.67	3.83	4.38	4.39	4.95	5.42
60-64	4.20	4.83	5.55	5.63	6.34	6.94
65-69	6.40	7.37	8.77	N/A	N/A	N/A
70-79	11.94	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
80+*	0.83	1.05	1.26	1.32	1.49	1.63

**\$2500 Deducible**

Limite Maximo	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000	\$1 Millón	\$2 Millón
Edad	Diario	Diario	Diario	Diario	Diario	Diario
14d-29y	0.67	0.87	1.01	1.04	1.20	1.31
30-39	1.11	1.29	1.46	1.47	1.67	1.83
40-49	1.90	2.04	2.30	2.31	2.61	2.87
50-59	2.34	2.43	2.79	2.80	3.15	3.45
60-64	2.67	3.08	3.54	3.59	4.03	4.42
65-69	4.07	4.69	5.74	N/A	N/A	N/A
70-79	7.59	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
80+*	0.52	0.67	0.81	0.84	0.95	1.03

**\$250 Deducible**

Limite Maximo	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000	\$1 Millón	\$2 Millón
Edad	Diario	Diario	Diario	Diario	Diario	Diario
14d-29y	0.96	1.24	1.45	1.47	1.71	1.87
30-39	1.58	1.83	2.09	2.11	2.40	2.63
40-49	2.71	2.92	3.28	3.30	3.74	4.10
50-59	3.35	3.48	3.97	4.00	4.50	4.93
60-64	3.81	4.39	5.04	5.13	5.77	6.31
65-69	5.82	6.71	8.01	N/A	N/A	N/A
70-79	10.83	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
80+*	0.76	0.95	1.16	1.20	1.35	1.49

**\$5000 Deducible**

Limite Maximo	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000	\$1 Millón	\$2 Millón
Edad	Diario	Diario	Diario	Diario	Diario	Diario
14d-29y	0.55	0.74	0.88	0.91	1.05	1.17
30-39	0.90	1.09	1.26	1.27	1.47	1.64
40-49	1.55	1.73	1.97	1.99	2.29	2.56
50-59	1.91	2.07	2.40	2.41	2.77	3.09
60-64	2.18	2.61	3.07	3.09	3.54	3.95
65-69	3.32	3.98	4.98	N/A	N/A	N/A
70-79	6.20	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
80+*	0.43	0.56	0.70	0.73	0.83	0.92

**\$500 Deducible**

Limite Maximo	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000	\$1 Millón	\$2 Millón
Edad	Diario	Diario	Diario	Diario	Diario	Diario
14d-29y	0.87	1.12	1.30	1.33	1.54	1.68
30-39	1.43	1.64	1.89	1.90	2.17	2.37
40-49	2.46	2.63	2.95	2.96	3.37	3.69
50-59	3.01	3.13	3.57	3.59	4.05	4.44
60-64	3.43	3.94	4.55	4.61	5.19	5.69
65-69	5.23	6.02	7.20	N/A	N/A	N/A
70-79	9.75	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
80+*	0.68	0.85	1.03	1.07	1.22	1.33

Las tarifas están mostradas en dólares estadounidenses y efectiva 1/4/2019 Las tarifas están sujetas a cambio. Los cargos incluyen impuestos de Líneas Excedentes y honorarios aplicables.

\*\$10,000 Limite Máximo

Si desea cancelar su póliza, necesita someter una solicitud escrita a fecha vigente del a póliza serán sujetas a: Tokio Marine HCC Medical Insurance Services Group para recibir un reembolso de primas. Solicitudes de cancelación recibidas después de la

- 1) Corresponderá una comisión por anulación de \$25; y
- 2) Se reembolsará únicamente la parte no utilizada del costo del plan; y
- 3) Únicamente los miembros que no tengan reclamos serán elegibles para recibir el reembolso de la prima.

**SOLICITUD DE ATLAS PARA VIAJES**  
**Tokio Marine HCC - Medical Insurance Services Group**  
**Coverholder de Lloyd's**

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

Apellido	Nombre(s)	
Domicilio Completo (para correspondencia) y N° Telefónica:	País de Origen:	Fecha Efectiva Requerida (mes/día/año):
	Países a Visitar:	Fecha de Salida (del País de Origen):
Correo Electrónico (requerido para recibir aviso de prórroga):		Fecha de Regreso (al País de Origen):
Beneficiario (incluir el parentesco al Solicitante):		Suma Asegurada Seleccionada:

Favor de completar para <b>todos</b> los individuos a ser cubiertos. Anotar las tarifas que corresponden a la Suma Asegurada Seleccionada.					Columna <b>R</b>
#	Apellido, Nombre como deberá aparecer en tarjeta	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Sexo	Ciudadanía	Tarifa Diaria*
1					
2					
3					
4					

\***Florida Surplus Lines:** ¿Su grupo viajará a FL para trabajar? De ser así, multiplicar las tasas individuales de todas las compras y Cobertura Opcional\*\* por 1,051 x # días

<b>A</b>	Duración del viaje (en meses y/o días)	<b>A</b>
<b>B</b>	Subtotal (sumar las líneas 1 a 4) *(Si FL, FL impuesto se aplica)	<b>B</b>
<b>C</b>	<b>Aditamento Opcional:</b> <input type="checkbox"/> Muerte y Desmembramiento Accidental <input type="checkbox"/> Respuesta Ante Situaciones De Crisis <input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil *(Si FL, FL impuesto se aplica a las tarifas)	<b>C</b>
<b>D</b>	<b>Prima total a pagar</b> -- (Multiplicar la línea B y C por la A) *(Si FL, FL impuesto se aplica) (añadir líneas B & C para el total de la línea D)	<b>D</b>
<b>E</b>	<b>OPCIONAL</b> Cargo de envío Express: Añadir \$20.00 para envío dentro de EEUU, \$30.00 para fuera	<b>E</b>
<b>F</b>	Sumar las líneas D y E ( <b>Importe total a pagar</b> )	<b>F</b>

Forma de pago: <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> Discover Card <input type="checkbox"/> Cheque u Orden de Pago	Nombre del titular (como aparece en la tarjeta de crédito):
N° de tarjeta de crédito: _____ Fecha de Vencimiento (mm/aa): _____	Domicilio completo del titular (incluir # telefónico del día):
Firma:	
<b>Pago con Tarjeta de Crédito:</b> Al firmar en el espacio arriba, el titular de la tarjeta autoriza a Tokio Marine HCC - Medical Insurance Services 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 - MIS Group. Tokio Marine HCC - Medical Insurance Services Group 251 North Illinois Street, Suite 600 Indianapolis, IN 46204	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
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.	

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. 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 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 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. 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 confiera al firmante las facultades de haber actuado así y por lo mismo se rija el Solicitante.

Firma del solicitante:	Fecha de firma:
Firma del cónyuge:	Fecha de firma:

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

N° de Productor: 23566

HCC Medical Insurance Services  
 Teléfono: 800-605-2282  
 Correo Electrónico: orders@hccmis.com