

StudentSecure®

Tarifas Diarias

Elite - Cobertura Excluyendo los EE.UU.

Edad	Participante Sólo	
Under 18	\$	4.11
18-24	\$	4.11
25-30	\$	4.14
31-40	\$	9.73
41-50	\$	21.86
51-64*	\$	27.81

Elite - Cobertura Incluyendo los EE.UU.

Edad	Participante Sólo	
Under 18	\$	5.88
18-24	\$	5.88
25-30	\$	12.10
31-40	\$	26.07
41-50	\$	46.03
51-64*	\$	61.74

Selecto - Cobertura Excluyendo los EE.UU.

Edad	Participante Sólo	
Under 18	\$	2.37
18-24	\$	2.37
25-30	\$	2.50
31-40	\$	6.05
41-50	\$	13.61
51-64*	\$	17.29

Selecto - Cobertura Incluyendo los EE.UU.

Edad	Participante Sólo	
Under 18	\$	3.19
18-24	\$	3.19
25-30	\$	7.10
31-40	\$	15.91
41-50	\$	28.27
51-64*	\$	38.14

Económico - Cobertura Excluyendo los EE.UU.

Edad	Participante Sólo	
Under 18	\$	1.25
18-24	\$	1.25
25-30	\$	1.64
31-40	\$	3.62
41-50	\$	9.96
51-64*	\$	13.55

Económico - Cobertura Incluyendo los EE.UU.

Edad	Participante Sólo	
Under 18	\$	1.41
18-24	\$	1.41
25-30	\$	3.09
31-40	\$	7.33
41-50	\$	14.33
51-64*	\$	19.27

Smart - Cobertura Excluyendo los EE.UU.

Edad	Participante Sólo	
Under 18	\$	0.85
18-24	\$	0.85
25-30	\$	1.12
31-40	\$	2.73
41-50	\$	4.87
51-64*	\$	7.04

Smart - Cobertura Incluyendo los EE.UU.

Edad	Participante Sólo	
Under 18	\$	1.02
18-24	\$	1.02
25-30	\$	2.17
31-40	\$	5.39
41-50	\$	9.47
51-64*	\$	12.79

Tarifas de efectivo 15/05/2020 y datos que cambian.

*Solicitantes mayores de 64 años de edad pueden ponerse en contacto con un representante de WorldTrips para obtener asistencia.

Para tener derechos al reembolso completo, la petición de cancelación se debe recibir antes de la fecha efectiva. Las peticiones de cancelación recibidas después de la fecha efectiva estarán sujetas a lo siguiente: 1) una multa de cancelación de \$25 se aplicará; y 2) sólo se reembolsará la porción del costo del plan que no se utilizó (meses enteros en caso de mensualidades); y 3) sólo los Miembros que no tengan reclamos pueden solicitar un reembolso de la prima; y 4) después de 60 días, no se otorgará ningún reembolso.

StudentSecure® Tarifas Mensuales

Elite - Cobertura Excluyendo los EE.UU.

Edad	Participante Sólo
Menor de 18	\$ 125.00
18-24	\$ 125.00
25-30	\$ 126.00
31-40	\$ 296.00
41-50	\$ 665.00
51-64*	\$ 846.00

Elite - Cobertura Incluyendo los EE.UU.

Edad	Participante Sólo
Menor de 18	\$ 179.00
18-24	\$ 179.00
25-30	\$ 368.00
31-40	\$ 793.00
41-50	\$ 1,400.00
51-64*	\$ 1,878.00

Selecto - Cobertura Excluyendo los EE.UU.

Edad	Participante Sólo
Menor de 18	\$ 72.00
18-24	\$ 72.00
25-30	\$ 76.00
31-40	\$ 184.00
41-50	\$ 414.00
51-64*	\$ 526.00

Selecto - Cobertura Incluyendo los EE.UU.

Edad	Participante Sólo
Menor de 18	\$ 97.00
18-24	\$ 97.00
25-30	\$ 216.00
31-40	\$ 484.00
41-50	\$ 860.00
51-64*	\$ 1,160.00

Económico - Cobertura Excluyendo los EE.UU.

Edad	Participante Sólo
Menor de 18	\$ 38.00
18-24	\$ 38.00
25-30	\$ 50.00
31-40	\$ 110.00
41-50	\$ 303.00
51-64*	\$ 412.00

Económico - Cobertura Incluyendo los EE.UU.

Edad	Participante Sólo
Menor de 18	\$ 43.00
18-24	\$ 43.00
25-30	\$ 94.00
31-40	\$ 223.00
41-50	\$ 436.00
51-64*	\$ 586.00

Smart - Cobertura Excluyendo los EE.UU.

Edad	Participante Sólo
Menor de 18	\$ 26.00
18-24	\$ 26.00
25-30	\$ 34.00
31-40	\$ 83.00
41-50	\$ 148.00
51-64*	\$ 214.00

Smart - Cobertura Incluyendo los EE.UU.

Edad	Participante Sólo
Menor de 18	\$ 31.00
18-24	\$ 31.00
25-30	\$ 66.00
31-40	\$ 164.00
41-50	\$ 288.00
51-64*	\$ 389.00

Tarifas de efectivo 15/05/2020 y datos que cambian.

*Solicitantes mayores de 64 años de edad pueden ponerse en contacto con un representante de WorldTrips para obtener asistencia.

Para tener derechos al reembolso completo, la petición de cancelación se debe recibir antes de la fecha efectiva. Las peticiones de cancelación recibidas después de la fecha efectiva estarán sujetas a lo siguiente: 1) una multa de cancelación de \$25 se aplicará; y 2) sólo se reembolsará la porción del costo del plan que no se utilizó (meses enteros en caso de mensualidades); y 3) sólo los Miembros que no tengan reclamos pueden solicitar un reembolso de la prima; y 4) después de 60 días, no se otorgará ningún reembolso.

Solicitud de StudentSecure®

WorldTrips

Lloyd's Coverholder

Datos de Inscripción – Llenar completamente todas las secciones.			
Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	Sexo	Ciudadanía
Cobertura en los EEUU: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Ciudadanos/residentes de los EEUU deben elegir "No"</i>			
Partícipe			
Nivel de plan: <input type="checkbox"/> Elite <input type="checkbox"/> Selecto <input type="checkbox"/> Económico <input type="checkbox"/> Smart			
Domicilio Completo (para correspondencia):			
Buy-Ups: <input type="checkbox"/> Crisis Response (no aplicable con Smart o Económico) <input type="checkbox"/> Sports (no aplicable con Smart)			
Opciones del Plan – Elegir una opción en cada sección. Escoger Pago al Contado o Mensualidades			
<input type="checkbox"/> Pago al Contado – Quiero pagar al contado ahora mismo. (Debe incluir tarifas de cualquier aditamento Buy-Up comprado, si aplica)			
Buy-Ups + Costo diario según tabla de tarifas: _____			
Correo Electrónico:		Teléfono:	
Nombre de la Escuela u Organización:		País de Origen:	
Estado (sólo EEUU):		País Anfitrión:	
<input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Escolar		Tipo de Visa (I-94): <i>No se aplica a estadounidenses</i> <input type="checkbox"/> F-1 <input type="checkbox"/> M-1 <input type="checkbox"/> J-1 <input type="checkbox"/> R-1	
Número de horas de matriculación: _____		Impuestos de líneas exedentes de Florida: X 1,050 Aplica si: <input type="checkbox"/> Residente de Florida o <input type="checkbox"/> Destino – Florida Total a pagar: _____	
Fecha en que entraría en vigor la cobertura: ____/____/____		Fecha en que se vencería la cobertura: ____/____/____	
Fecha de comienzo de clases: ____/____/____		Buy-Ups + Costo mensual según tablas de tarifas (Se cobrará este monto ahora): _____ Impuestos de líneas exedentes de Florida: X 1,050 Aplica si: <input type="checkbox"/> Residente de Florida o <input type="checkbox"/> Destino – Florida <input checked="" type="checkbox"/> Añadir \$5.00 por cargo administrativo: _____ + \$5,00	
Forma 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		Mensualidad (Se cobrará este monto cada mes incluyendo el primero): _____	
N° de Tarjeta de Crédito:		Fecha de Vencimiento:	
Firma:		No de meses de cobertura: _____	
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 251 North Illinois Street, Suite 600 Indianápolis, IN 46204		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	
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. *Si seleccioné un plan mensual, por la presente solicito y autorizo a WorldTrips a debitar de mi cuenta de Tarjeta de Crédito los montos de las cuotas pertinentes en las fechas de vencimiento de estas. La presente autorización permanecerá en vigencia durante el plazo del Período de Cobertura elegido o hasta que yo lo revoque en forma escrita.			
Authorization			
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 estudiando fuera de mi País de Origen. Quienes se encuentren realizando programas de estudios en el extranjero certifican que son Estudiantes de Tiempo Completo, Becarios u otro Participante apto, según establecen las definiciones de la póliza. 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. 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 confiere al firmante las facultades de haber actuado así y por lo mismo se rija el Solicitante. Las tarifas incluyen impuestos y cargos 23566			
HCC Medical Insurance Services Phone: 800-695-2282 E-mail: orders@hccmis.com			
Firma del Solicitante:		Fecha de Firma:	
Firma del Padre/Tutor (si procede):		Fecha de Firma:	