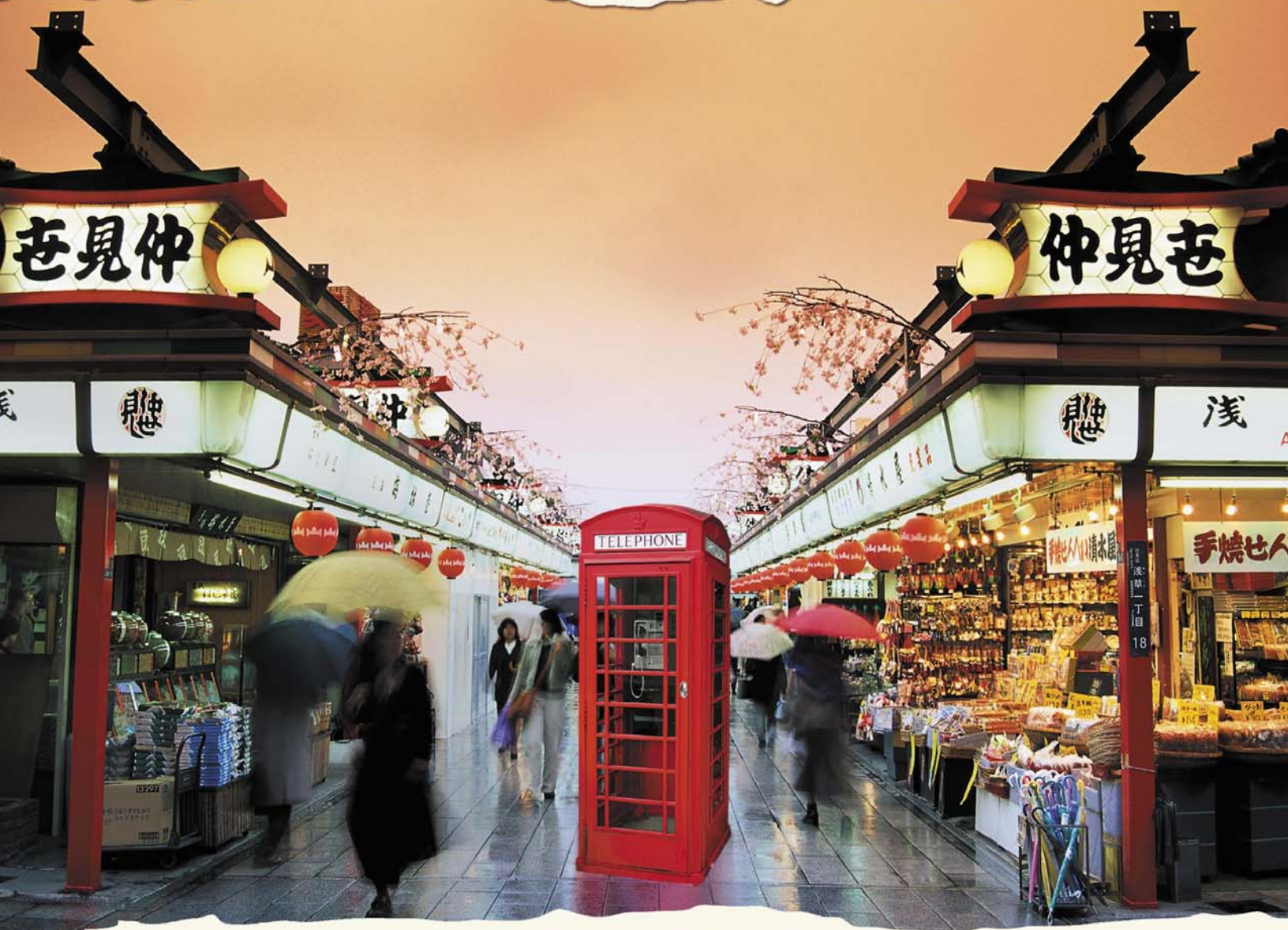


La Serie Ciudadano Internacional

Seguro de Salud Principal, Dental y de Vida a Término



La Serie Ciudadano Internacional
Seguro de Salud Principal, Dental y de Vida a Término

Seleccione el plan que cubre sus necesidades:

Platinum: Ciudadanos internacionales que necesitan cobertura mundial.

Premier: Ciudadanos internacionales que necesitan cobertura fuera de los Estados Unidos y Canadá.

Seguro Dental Opcional

Seguro de Vida a Término Opcional



¿Por qué debo comprar Seguro Médico Internacional?

La respuesta es sencilla. Si Ud. es un ciudadano americano que vive afuera de los Estados Unidos, los sistemas tradicionales de seguros de salud privada no van a satisfacer sus necesidades. Las exclusiones geográficas y las limitaciones comunes de los proveedores de estas pólizas le restringen o hasta eliminan completamente su cobertura disponible mientras se encuentre fuera de los Estados Unidos. También, puede que Ud. no sea elegible para participar en los planes auspiciados por el gobierno en el lugar donde Ud. reside, o en el caso de ser lesionado seriamente, le gustaría tener acceso a cuidados de salud en otros países, incluyendo los Estados Unidos. Si Ud. no es un ciudadano americano, puede necesitar una póliza de seguro internacional para completar su cobertura disponible a través de los planes auspiciados por el gobierno, o para proveer cobertura mientras Ud. se encuentra fuera de su país de origen. Si su estilo de vida no conoce límites geográficos, usted necesita un seguro de salud que a su vez no tenga fronteras. MultiNational Underwriters, Inc. ha diseñado la Serie Ciudadano Internacional para satisfacer sus necesidades.

¿Quién es el Administrador del Plan?

Multinational Underwriters, Inc., con sede en Indianápolis, Indiana, es una organización de servicios integrales que ofrece una amplia cartera de productos diseñados específicamente para satisfacer las necesidades de seguro de los viajeros internacionales. Como una compañía internacional de TRAVEL GUARD®, nos beneficiamos de la experiencia de una corporación que ha protegido a más de 6 millones de viajeros el año pasado. Nuestros especialistas en reclamos internacionales, médicos y representantes de servicio al cliente están disponibles las 24 horas del día, los 7 días a la semana para responder a sus preguntas y atender a sus necesidades. Tanto si ha perdido su equipaje como si necesita evacuación médica de emergencia, encontrará que nuestro equipo es rápido, compasivo y cuenta con la más alta calidad profesional.

¿Quién es el Asegurador?

Los planes están subscritos por Lloyd's, Londres el mercado de seguros más grande y antiguo en el mundo, con más de 317 años de experiencia asegurando individuos y corporaciones internacionalmente. Con la clasificación A (Excelente) por AM Best Company, y A (Fuerte) por Standard and Poor's, Lloyd's proporciona una fuerza y seguridad financiera incomparable en el mundo de los seguros. Lloyd's está reconocida como el líder del mercado en el mundo de los seguros médicos y de accidente y es famoso por sus productos y servicios innovadores. Actualmente, Lloyd's provee seguro de accidente y de salud a millones de individuos en casi todos los países del mundo.

¿Cuál es el Plan que más me conviene?

Si Ud. desea cobertura mundial, incluyendo cobertura en los Estados Unidos y Canadá, el Plan Platinum es el adecuado para Usted. Este plan es uno de los seguros médicos más completos disponibles, con un límite de por vida de \$5,000,000, cobertura médica mundial, beneficios por maternidad, beneficios de salud mental, cobertura para chequeos médicos y evacuación médica de emergencia. Si Ud. desea tener cobertura mundial, excluyendo a los Estados Unidos y Canadá, el Plan Premier será la respuesta a sus necesidades.

¿Soy elegible para el Plan Serie Ciudadano Internacional?

La Serie Ciudadano Internacional está disponible para los ciudadanos de todos los países del mundo que tienen entre 14 y 74 años de edad. Si Ud. es un ciudadano americano, debe residir fuera de los Estados Unidos, o debe planear salir de los Estados Unidos dentro de los 30 días desde la fecha de efectividad. Si Ud. es un ciudadano de los Estados Unidos, también debe residir fuera de los Estados Unidos por al menos 6 meses dentro del periodo certificado. Los ciudadanos de otros países pueden residir en cualquier lugar, incluyendo su país de nacionalidad. El Seguro de Vida a Término Opcional no está disponible a los residentes de los Estados Unidos, sin importar la ciudadanía.

¿Es renovable la cobertura bajo el plan Serie Ciudadano Internacional?

Si. Los productos de la Serie Ciudadano Internacional son renovables anualmente. No le hacemos preguntas médicas al momento de la renovación. La renovación sólo está sujeta a que Ud. siga cumpliendo con los requisitos de continuidad y pague las primas correspondientes a tiempo. Su prima al momento de la renovación será igual a la de todas las personas que tengan el mismo año de Certificado de Origen, edad y género. Si Ud. compra cobertura antes de alcanzar la edad de los 65 años, y mantiene cobertura en forma continua por 10 años sin interrupciones, automáticamente, sujeto a la elegibilidad de continuidad, podrá aplicar para el Plan Ciudadano Internacional de la Tercera Edad sin preguntas médicas.



¿Cómo solicito cobertura bajo la Serie Ciudadano Internacional?

Sólo complete la solicitud del seguro y envíela a su agente de seguros o a MultiNational Underwriters, Inc. con su pago inicial. Dentro de los siguientes 5 días hábiles de haber recibido su solicitud, se le informará de la aceptación de su solicitud y su fecha de efectividad, o cualquier otro tipo de información adicional que se requiera para continuar la evaluación de su solicitud. Recuerde que su solicitud será una parte permanente de su expediente y formará parte de su Certificado de Cobertura. Por favor conteste cada pregunta detalladamente y en forma legible, e incluya hojas adicionales si fuese necesario. Si su solicitud no fuese aceptada, MultiNational Underwriters, Inc. le devolverá inmediatamente su pago. Si su aplicación fuese aceptada, Ud. recibirán una carpeta que contiene su Certificado de Cobertura, una tarjeta de identificación, un formulario de reclamos, e instrucciones de cómo usar su seguro.

¿Cómo envío un reclamo?

Mandar un reclamo es fácil. Una vez que su solicitud es aceptada, Ud. recibirá una carpeta que contiene formularios de Declaración y Autorización de Reclamos. Sólo complete dicho formulario y envíenlo conjuntamente con las facturas originales debidamente detalladas a MultiNational Underwriters, Inc. Por favor asegúrese de llenar su formulario de reclamos en forma completa, firmelo, e indique un momento conveniente y lugar para que lo podamos contactar en el caso de que tengamos dudas o preguntas. Si Ud. ya ha pagado algunos gastos, adjunte copias de todos sus recibos. Se le reintegrará todo el dinero pagado por gastos médicos o dentales elegibles. En la mayoría de los casos, MultiNational Underwriters, Inc. pagará directamente al hospital o doctor que lo ha tratado. Recuerde que Ud. es responsable por el deducible, coaseguro y cualquier cargo que no sea elegible.

Pre notificación

En la Serie Ciudadano Internacional todos los planes contienen determinadas provisiones de pre notificación. La pre notificación simplemente significa que Ud. debe contactar a MultiNational Underwriters, Inc. tan pronto como le sea posible antes de una hospitalización o cirugía planeada, o dentro de las 48 horas de una admisión de emergencia al hospital, o dentro de los primeros 90 días de un embarazo. La pre notificación nos permite establecer y hacer arreglos para los pagos con sus proveedores, negociar descuentos que nos beneficiarán tanto a Ud. como a nosotros, establecer anticipadamente sus cuidados futuros, y prepararse para su reclamo. La pre notificación nos ayuda para poder asistirlo mejor.

Plan Ciudadano Internacional de la Tercera Edad

La elegibilidad para los planes estándares de Ciudadano Internacional termina a los 75 años, pero para aquellos miembros que compraron el plan antes de los 65 años y han mantenido cobertura por al menos 10 años, el Plan Ciudadano Internacional de la Tercera Edad esta disponible sin preguntas médicas. El Plan Ciudadano Internacional de la Tercera Edad ofrece muchos de los mismos beneficios y límites que el plan standard Ciudadano Internacional. Los deducibles del Plan de la Tercera Edad disponibles son \$5,000, \$7,500, y \$10,000. En el plan de la Tercera Edad Platinum, el límite máximo de la póliza se reduce a \$1,000,000. Además, se excluyen los beneficios de Transplantes de Organos y Evacuación Médica de Emergencia. En el Plan de la Tercera Edad Premier, el máximo total de la póliza se reduce a \$250,000 y se excluye el beneficio de Transplante de Organos.



¿Cuáles son los beneficios y límites?

Beneficios	Platinum — para el ciudadano internacional que necesita cobertura en todo el mundo	Premier — para el ciudadano internacional que necesita cobertura fuera de los Estados Unidos y Canadá
Máximo total de la póliza	\$5,000,000 De por vida.	\$1,000,000 De por vida.
Deducibles disponibles	\$250, \$500, \$1,000, \$2,500 o \$5,000 por periodo certificado	\$250, \$500, \$1,000, \$2,500 o \$5,000 por periodo certificado
Coaseguro— Reclamos incurridos en los Estados Unidos o Canadá	Después del deducible, los Aseguradores pagarán 80% de todos los gastos médicos elegibles hasta un máximo de \$5,000, luego pagará el 100% hasta el máximo de la póliza. El coaseguro será eliminado si los gastos son incurridos dentro del PPO.	No ofrece cobertura en los Estados Unidos o Canadá.
Coaseguro – Reclamos incurridos fuera de los Estados Unidos o Canadá	100% de gastos médicos elegibles después del deducible hasta el máximo de la póliza	100% de todos los gastos elegibles después del deducible hasta el máximo de la póliza.
Hospitalización y alimentos – en Estados Unidos o Canadá	Costo promedio de una habitación semi privada	Sin cobertura en los Estados Unidos o Canadá
Hospitalización y alimentos— fuera de los Estados Unidos y Canadá	Costo promedio de una habitación privada	Costo promedio de una habitación privada
Unidad de cuidados intensivos – En los Estados Unidos o Canadá	Usual, razonable y acostumbrado	Sin cobertura en los Estados Unidos o Canadá
Unidad de cuidados intensivos – Fuera de los Estados Unidos y Canadá	Usual, razonable y acostumbrado	Tres veces el costo de una habitación privada promedio
Medicamentos bajo receta	Usual, razonable y acostumbrado Sujeto a deducible y coaseguro.	Usual, razonable y acostumbrado Sujeto a deducible y coaseguro
Desórdenes mentales	\$10,000 por periodo certificado; \$25,000 máximo de por vida, \$50 máximo por visita por día para gastos ambulatorios (después de 12 meses de cobertura continua)	\$5,000 por periodo certificado; \$10,000 máximo de por vida, \$50 máximo por visita por día para gastos ambulatorios (después de 12 meses de cobertura continua)
Maternidad – Parto normal	Igual que cualquier otra enfermedad (después de 12 meses de cobertura continua) incluyendo gastos pre natales, parto, y cuidados de post parto	\$3,500 por embarazo (después de 24 meses de cobertura continua) incluyendo cuidados pre natales, parto y cuidados post parto
Maternidad – Parto complicado	Igual que cualquier otra enfermedad (después de 12 meses de cobertura continua) incluyendo cuidados pre natales, parto y cuidado post parto	\$6,000 por embarazo (después de 24 meses de cobertura continua) incluyendo cuidados pre natales, parto, y cuidados post parto.
Máximo por maternidad	\$50,000 de por vida	\$10,000 de por vida
Cuidado del recién nacido	\$25,000 límite máximo por hasta 31 días	\$5,000 límite máximo por hasta 31 días.
Condiciones preexistentes	Igual que cualquier otra enfermedad o herida si se especifica en la aplicación y no está excluida o limitada por una cláusula.	\$25,000 máximo de por vida si se especifica en la aplicación (después de 24 meses de cobertura continua)
Ambulancia local	Usual, razonable y acostumbrado	\$1,000 límite máximo de por vida.
Terapia física	\$50 Máximo por visita por día.	Sin cobertura
Cuidados Preventivos	\$50 por visita (incluyendo inmunizaciones), máximo de tres visitas por año para niños menores de 19 años (después de 12 meses de cobertura continua). \$250 por período certificado (después de 12 meses de cobertura continua) para los asegurados mayores de 35 años de edad. No está sujeto a deducible	Sin cobertura
Transplantes de órganos / Tejidos humanos*	Igual que cualquier otra enfermedad para transplantes cubiertos	Igual que cualquier otra enfermedad para transplantes cubiertos
Todos los demás gastos admisibles	Usual, razonable y acostumbrado	Usual, razonable y acostumbrado
Evacuación médica de emergencia	\$50,000 máximo de por vida	Sin cobertura
Repatriación de restos	\$25,000 límite	Sin cobertura
Reunión de emergencia	\$10,000 límite máximo de por vida	Sin cobertura
Penalidad por la no pre notificación	50%	50%

*Los transplantes cubiertos incluyen corazón, corazón/pulmón, pulmón, riñón, riñón/páncreas, hígado y médula ósea

Cláusula Opcional Dental

	Período Certificado 1	Período Certificado 2	Período Certificado 3 y siguientes
Cuidados Dentales Preventivos Niños entre 9 y 16 años (después de 3 meses de cobertura continua)	100%	100%	100%
Beneficios Dentales Básicos (después de 6 meses de cobertura continua)	50%	65%	80%
Beneficios Dentales Mayores (después de 6 meses de cobertura continua)	30%	40%	50%
Deducible Dental	\$100 por período certificado, por persona	\$100 por período certificado, por persona	\$100 por período certificado, por persona
Beneficios Dentales Máximos	\$500 por período certificado, por persona	\$750 por período certificado, por persona	\$1,000 por período certificado, por persona

Seguro de Vida a Término y Muerte Accidental y Desmembramiento

(No está disponible a los residentes de los Estados Unidos, sin importar su nacionalidad)

Seguro de Vida a Término

Edad	Suma del Seguro de Vida Básico	Suma del Seguro de Vida Adicional
19 a 59	\$50,000	\$50,000
60 a 64	\$25,000	\$25,000
65 a 69	\$10,000	No disponible
Hijo Dependiente	\$5,000	No disponible

Muerte y Desmembramiento Accidental

Muerte Accidental	Suma Principal
Pérdida Accidental de dos Miembros	Suma Principal
Pérdida Accidental de un Miembro	50% de la Suma Principal

“Miembro” significa mano, pie u ojo

El beneficio se basa en la edad al momento de la muerte o desmembramiento



¿Cuáles son las características del plan?

Condiciones Preexistentes:

Si Ud. está asegurado bajo el plan Platinum, y su condición preexistente ha sido declarada en la solicitud en su totalidad y no ha sido excluida o restringida por una cláusula o cualquier otra provisión de su certificado, sus condiciones preexistentes están cubiertas como cualquier otra enfermedad o herida desde la fecha de efectividad. Su Ud. está asegurado bajo el plan Premier, sus condiciones preexistentes están cubiertas hasta por un límite de \$25,000 después de haber estado asegurado por 24 meses. Las condiciones preexistentes incluyen cualquier herida, enfermedad, o desórdenes mentales que existieron antes de su fecha efectiva inicial, incluyendo condiciones crónicas y recurrentes.

¿Cuáles son las Exclusiones y Limitaciones?

Los siguientes cargos, tratamientos, cuidados, servicios, suministros y/o condiciones están excluidos de la cobertura:

- Cargos no incurridos durante el período certificado
- Servicios o tratamientos pagaderos por otro seguro o por el gobierno
- Abuso de Substancias
- Cargos que excedan lo usual, razonable y acostumbrado
- Cirugías o tratamientos experimentales o con fines de investigación
- Cuidados de custodia, educacionales o de rehabilitación
- Modificaciones del peso
- Cirugía cosmética, a menos que se trate de una reconstrucción directamente relacionada con un accidente o enfermedad cubierta.
- Cargos por el uso de la sala de emergencia por el tratamiento de una enfermedad a menos que el paciente sea admitido directamente al hospital para continuar con el tratamiento de dicha enfermedad
- Individuos que sean HIV+ en la fecha de efectividad
- Drogas o tratamientos por disfunciones sexuales
- Drogas o tratamientos para promover o prevenir la concepción
- Dispositivos o intervenciones para corregir problemas de visión o audición
- Heridas o enfermedades auto inflingidas
- Podología, a menos que esté relacionada con una herida de un accidente cubierto
- Tratamientos o suministros no ordenados por un doctor o que no sean médicamente necesarios
- Transplante de órganos, con la excepción de aquellos trasplantes cubiertos
- Terapia del habla, ocupacional, de sueño o acupuntura
- Actos de Guerra, terrorismo, insurrección, revueltas o cualquier variación de lo mismo.
- Tratamientos dentales, excepto por tratamientos de emergencia después de un accidente cubierto, o a menos que se haya comprado la Cláusula Dental.
- Ortodoncia (Exclusión de Cláusula Dental)
- Gastos por selladores, blanqueo o higiene dental (Exclusión de Cláusula Dental)

Este es un resumen de las exclusiones contenidas en el certificado del seguro. Vea el certificado del seguro para obtener una lista completa de las exclusiones.

Exclusión de enfermedades especiales:

Las siguientes condiciones que se manifiestan solas dentro de los primeros 180 días de cobertura están excluidas: cualquier condición de los pechos, próstata, sistema reproductivo, amígdalas, adenoides, hemorroides, hernia, bilis o cálculos en los riñones, glaucoma, cataratas, enfermedades del disco, todo tipo de quistes, y cualquier desorden o enfermedad de la piel.

Exámenes de Rutina:

Si Ud. está asegurado bajo el Plan Platinum, después de 12 meses de cobertura continua, puede ser elegible para los beneficios de exámenes de rutina que no están sujetos a deducible. Si tiene al menos 35 años de edad, tendrá el derecho a los siguientes beneficios de rutina: \$250 por período certificado por un examen físico de rutina, incluyendo mamografías y visitas al ginecólogo para las mujeres. Si tiene menos de 19 años de edad, tendrá el derecho a los siguientes beneficios de rutina: \$50 por visita (incluyendo inmunizaciones) con un máximo de tres visitas por período certificado.

Evacuación Médica de Emergencia:

Si Ud. está asegurado bajo el Plan Platinum, está cubierto por evacuación médica de emergencia al hospital más cercano que esté calificado para tratar su condición de vida o muerte o el peligro de la pérdida de una extremidad. Todas las evacuaciones médicas de emergencia deben ser aprobadas y coordinadas de antemano por MultiNational Underwriters, Inc. Las evacuaciones médicas de emergencia le proveen el acceso al cuidado médico cuando Ud. más lo necesita. MultiNational Underwriters, Inc. está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para poder aprobar y coordinar las evacuaciones médicas de emergencia.

Reunión de Emergencia:

En el caso de una evacuación médica de emergencia, el Plan Platinum proveerá los siguientes beneficios: el costo de un boleto en clase turista de ida y vuelta aéreo y/o terrestre para uno de sus parientes (padre, madre, cónyuge, hermano/a o hijo que sea mayor de 18) para transportarlo al área en donde Ud. ha sido hospitalizado como consecuencia de una evacuación médica de emergencia, y los gastos razonables para alojamiento y comidas para dicho familiar por un período que no exceda los 15 días.

Repatriación de Restos:

En el evento de que ocurra una enfermedad o herida cubierta que resulte en su muerte, el Plan Platinum le brindará el siguiente beneficio: transporte por aire o tierra de los restos mortales o cenizas al área de su Residencia Principal y todos los costos razonables para la preparación de sus restos para su transporte.

Seguro Dental Opcional:

La cláusula opcional de seguro dental brinda beneficios para las familias que incluyen Cuidado Preventivo beneficios de cuidados Básicos y Mayores tanto para niños como para adultos. Los beneficios preventivos incluyen exámenes orales y rayos X, limpiezas y tratamientos con flúor. Los beneficios básicos incluyen periodoncias, endononcias, extracciones y amalgamas. Los beneficios mayores incluyen coronas, puentes y dentaduras postizas. El Plan Dental Opcional Ciudadano Internacional es una excelente opción tanto para familias como para individuos. La cobertura se brinda en todo el mundo y Ud. puede elegir el dentista que guste. El plan de Seguro Dental Opcional está disponible para ambos Planes: Platinum y Premier.

Cláusula Opcional de Deportes de Riesgo

La Cláusula Opcional de Deportes de Riesgo es un beneficio adicional que Ud. necesita si su estilo de vida así lo requiere. Sea que practique montañismo, skydiving or rafting, la opción de la Cláusula de deportes de riesgo le agrega cobertura hasta un máximo de por vida de \$25,000 para aquellas actividades que se excluyen en el plan regular. Cobertura para deportes de contacto, como soccer o hockey, se adiciona hasta un monto máximo de por vida de \$5,000. La Cláusula por Deportes de Riesgos le agrega cobertura para aquellos deportes y actividades atléticas con la excepción de aquellas actividades que se realizan por una ganancia, salario o premio.

Otros Servicios de Asistencia de Ciudadano Internacional:

Los siguientes servicios de asistencia están disponibles a Ud. las 24 horas del día, los 7 días de la semana mientras su Plan Ciudadano Internacional esté en efecto.



Reportes sobre salud y seguridad (disponibles después que haya comprado la Serie Ciudadano Internacional, y antes de su partida) – llámenos para obtener información actual sobre requisitos para pasaportes, visas, vacunas, así como también para obtener reportes actualizados sobre seguridad para el pasajero.

Servicios al Instante – nosotros nos encargamos de hacerle cambios de último momento en su viaje, como por ejemplo cambios en las reservaciones de hoteles o boletos de avión, así como también todos los arreglos pertinentes para transporte interno.

Rastreo de Equipaje – somos líderes en el rastreo de equipajes perdidos. Le ayudamos a localizar su equipaje perdido y se lo enviamos a cualquier parte del mundo en donde Ud. se encuentre.

Envío de mensajes de emergencia – en el momento de una emergencia le ayudaremos a mantener contacto con su familia, amigos y compañeros de trabajo.

Transferencia de dinero de emergencia – lo asistimos para que pueda realizar transferencias de dinero a cualquier parte del mundo.

Otros servicios de asistencia al viajero Ciudadano Internacional:

- Derivaciones médicas
- Reportes y consejos médicos para el viajero
- Asistencia con la pérdida de sus medicamentos
- Derivaciones a doctores o especialistas
- Arreglos necesarios para viaje de familiares en caso de emergencia
- Asistencia en caso de la pérdida del pasaporte o los documentos de viajes
- Derivaciones a embajadas o consulados
- Derivaciones a oficinas de contaduría y leyes
- Asistencia en caso de que necesite una fianza
- Servicios de traducción e interpretación

Instrucciones Importantes para todos los Solicitantes

1. Revise todas sus respuestas en esta solicitud para asegurarse que estén correctas. Cualquier pregunta que este incompleta o sin contestar demorará el procesamiento.
2. Todas las solicitudes deben estar firmadas y fechadas. Para todas las respuestas afirmativas en la Parte 2 se deben incluir todos los detalles como fechas de tratamiento, nombre, dirección y número de teléfono del médico que lo trató, diagnóstico, pronóstico y tratamiento actual.
3. Todos los miembros familiares deben solicitar el mismo Plan y el mismo Deducible. Ud. debe seleccionar un Plan y un Deducible en la Part 1.
4. Las primas anuales deben pagarse con cheque, orden de pago o tarjeta de crédito. MultiNational Underwriters, Inc. no aceptará cheques u órdenes de pago para los pagos Mensuales, Trimestrales o Semi-Anuales. Estos métodos de pagos sólo se aceptan con la pre-autorización de debitar de su tarjeta de crédito en el día que vence la prima.
5. Si se selecciona los pagos mensuales, se deberá proveer una dirección de correo electrónico en la Parte 5 de la solicitud. Si se declina la tarjeta de crédito, MultiNational le enviará una notificación de que la tarjeta ha sido declinada a su correo electrónico. El solicitante tendrá 7 días hábiles para entregarnos una nueva información de tarjeta de crédito para evitar que la cobertura termine. Para cambiar y/o actualizar información de la tarjeta de crédito, por favor envíenos un correo electrónico a insurance@mnuui.com o visítenos en la Zona del Cliente a <https://zone.mnuui.com/clientzone>
6. Si es un ciudadano americano, o si está en los Estados Unidos en este momento, deberá darnos su fecha anticipada de partida de los Estados Unidos y el tiempo anticipado de estadía fuera de los Estados Unidos.
7. Si Ud. necesita que le enviemos su Certificado al día siguiente una vez que sea aprobado, agregue la suma de \$20 a su prima. Para el envío de su Certificado a una dirección fuera de los Estados Unidos, por favor adicione \$30.
8. Firme la solicitud en la Parte 6. Si su cónyuge también está aplicando, el cónyuge también debe firmar.
9. Por favor asegúrese de responder todas las preguntas en forma correcta y honesta. Cualquier error puede causar la cancelación del seguro.

Por favor envíe por correo o fax la solicitud completa a:

American Retired Persons Association
P.O. Box 30306
Phoenix, AZ 85046

Solicitud para el Seguro – La Serie Ciudadano Internacional



Parte 1 La falta de Información puede retrasar el proceso.

	Deductibles	Cláusula Dental	Vida a Término	Deporte de Riesgo Opcional
Platinum	<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"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Premier	<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"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Fecha de Vigencia Solicitada (debe ser dentro de los 30 días a partir de la fecha de firma)		Prima (de la Parte 5): \$		

Nota: Incluya solo los miembros de la familia que solicitan la cobertura. Añada hojas extras si fuese necesario. Por favor escriba su nombre en letra imprenta como quiera que aparezca en su Tarjeta de Identificación.

Nombre (Primer nombre, inicial del segundo, apellido)	Sexo	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Altura	Peso	Ciudadanía
1. Solicitante:	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	/ /			
2. Cónyuge:	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	/ /			
3. Nombre:	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	/ /			
4. Nombre:	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	/ /			
5. Nombre:	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	/ /			

DIRECCION DE RESIDENCIA FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS (requerida si es un ciudadano americano) DIRECCION PARA ENVIO DE TODA LA CORRESPONDENCIA CORRESPONDENCE (si es diferente al de residencia)

Debe incluir dirección, ciudad, estado, país, y código postal:	Debe incluir dirección, ciudad, estado, país, y código postal:
--	--

Su ocupación:	Nombre del Empleador:
Fecha de Contratado:	Empleo pasado (dentro de los within 2 years):

Número de teléfono (hogar):	Número de teléfono del trabajo:
Número de fax:	Dirección de email:

Si Ud. O cualquiera de sus miembros familiares son ciudadanos americanos o si Ud. esta en los Estados Unidos al momento de la solicitud, se requiere que complete la siguiente información:

Fecha de partida de los Estados Unidos:	Tiempo esperado de permanencia fuera de los Estados Unidos:
---	---

Parte 2

Por favor conteste todas las preguntas para todos los miembros de la familia incluidos en esta Solicitud. Incluya detalles para todas las respuestas "afirmativas" in la Parte 3.	Si	No
1. ¿Le han anulado, denegado, cancelado, rescindido o modificado <u>alguna vez</u> una solicitud de seguro médico o de vida (incluyendo cláusulas de exclusión médica)?		
2. En los últimos 12 meses, ¿ha consumido tabaco en cualquiera de sus formas?		
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 abuso de alcohol o drogas?		
5. En los últimos 5 años, ¿ha consumido más de 14 bebidas alcohólicas por semana?		
6. ¿Está embarazada o tiene un caso de adopción pendiente?		
7. ¿Sabe usted (sin incluir a los hijos dependientes) leer, escribir, hablar y entender inglés? Si no, ¿cuál es su lengua materna?		
8. En los últimos 12 meses, ¿ha tomado medicamentos o ha recibido tratamiento o consejo médico de cualquier tipo?		
En los últimos 10 años, ¿ha tenido alguna indicación, señales, síntomas, diagnóstico o tratamiento de alguna enfermedad o trastorno de:	Si	No
9. vesícula?		
10. páncreas o hígado?		
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, señales, síntomas, diagnóstico o tratamiento de alguna enfermedad o trastorno de:	Si	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, bulto de cualquier tipo?		
28. tenido un embarazo o parto con complicaciones?		
29. dado positivo en un análisis de anticuerpos del virus de inmunodeficiencia humana?		
30. estado hospitalizado, ha tenido o considerado alguna cirugía?		
31. consultado a algún psicólogo/psiquiatra?		
En los últimos 10 años, ¿ha tenido alguna indicación, señales, síntomas, diagnóstico o tratamiento de alguna enfermedad, trastorno o anomalía de:	Si	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, señales, síntomas, diagnóstico o tratamiento por cualquier otra enfermedad, trastorno, lesión o resultados negativos o anormales de alguna prueba?		

Parte 3

Para cada respuesta afirmativa, por favor incluya el nombre del miembro de la familia (usando el número correspondiente de la Parte 1). Proporcione detalles de la condición incluyendo: condición, diagnóstico, fechas de tratamiento, tipo(s) de tratamiento(s), pronóstico, presente curso del tratamiento, nombre, dirección y número de teléfono del médico. Agregue hojas extras si es necesario. Probablemente se solicitará información adicional en caso de ser necesario.

Nombre de la persona o # correspondiente de la Parte 1	Condición/Diagnóstico	Fechas de Tratamiento/prognosis	Tipo(s) de tratamiento(s) y presente curso del tratamiento	Nombre, domicilio y número de teléfono del médico y/o las facilidades donde fue atendido

Parte 4

Para cada miembro de la familia que se solicite seguro de vida a término, por favor complete lo siguiente (**Vida a Término no está disponible para aquellos en los Estados Unidos**):

	Vida Básica	Vida Suplementaria
Solicitante: Beneficiario:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cónyuge: Beneficiario:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hijo/a dependiente: Beneficiario:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	No esta disponible

Proporcione la dirección completa para cada beneficiario enumerado arriba (añada hojas extra si es necesario):

Entiendo que el seguro de vida a término no se hará efectivo hasta la fecha de mi salida de los EE.UU.

_____ (iniciales solicitante) _____ (iniciales cónyuge)
 _____ (iniciales hijos dependientes)

Parte 5

Calculo de la Prima:

Las solicitudes sin primas no serán procesadas. No se aceptaran cheques u ordenes de pago para pagos Mensuales, Trimestrales, o Semi-Anuales. Para los métodos de pagos Mensuales, Trimestrales o Semi-anales sólo aceptaremos tarjeta de crédito PRE-autorizadas. Tanto los cheques como las tarjetas de crédito pueden ser usados para los pagos Anuales. Por favor haga todos los cheques pagaderos a: MultiNational Underwriters, Inc.

Por favor apunte la suma de las primas para la porción medica (columna 1) y cualquier otra opción que haya elegido (columnas 2-4). Sume las cantidades de las columnas 1 a 4 para cada individuo, poniendo los totales en la columna 5.

(1) Medico: Complete con la prima anual para cada miembro de la familia de la tabla de tarifas que corresponda con el deducible.	(2) Cláusula Dental Opcional: Complete con la primera anual para cada miembro familiar eligiendo la Cláusula Dental Opcional de la Tabla de Tarifas Opcional.	(3) Seguro de Vida Opcional a Terminio: Para el seguro de vida opcional y el seguro de accidentes complete con la prima anual de cada miembro de la familia de la tabla de tarifas:	(4) Deporte de Riesgo Opcional: Complete \$250.00 para cada miembro familiar si elije el seguro contra Deportes de Riesgo	(5) TOTAL: Sume las cantidades de las columnas 1-4 y apunte el total aquí.
Solicitante: \$ _____ Conyuge: \$ _____ 1 ^{er} Niño: \$ _____ 2 ^{do} Niño: \$ _____ 3 ^{er} Niño: \$ _____	Solicitante: \$ _____ Conyuge: \$ _____ 1 ^{er} Niño: \$ _____ 2 ^{do} Niño: \$ _____ 3 ^{er} Niño: \$ _____	Solicitante: \$ _____ Conyuge: \$ _____ 1 ^{er} Niño: \$ _____ 2 ^{do} Niño: \$ _____ 3 ^{er} Niño: \$ _____	Solicitante: \$ _____ Conyuge: \$ _____ 1 ^{er} Niño: \$ _____ 2 ^{do} Niño: \$ _____ 3 ^{er} Niño: \$ _____	Solicitante: \$ _____ Conyuge: \$ _____ 1 ^{er} Niño: \$ _____ 2 ^{do} Niño: \$ _____ 3 ^{er} Niño: \$ _____
Subtotal A: \$ _____	Subtotal B: \$ _____	Subtotal C: \$ _____	Subtotal D: \$ _____	Total E: \$ _____

Total del Primer Pago

		\$ _____	X	_____	=	\$ _____
		(Total E)		*Factor Modal		
*Factor Modal:	Anual 1.00	Semi-Anual .55	Trimestral .28	Mensual .20		
				Cargo de Póliza no reembolsable		\$ 50.00
				Cargo Opcional para envío al día siguiente: (\$20 dentro de los EEUU, \$30 fuera de los EEUU)		\$ _____
				Total a pagar de la primera cuota:		\$ _____

Pagos Restantes (Solo para métodos de pagos Semi-Anual, Trimestral, o Mensual)

		\$ _____	X	_____	=	\$ _____
		(Total E)		*Modal Factor		
*Factores Modales:	Semi-Anual .55	Trimestral .28	Mensual .10			
				Prima a pagar cada cuota adicional:		\$ _____
Los pagos Mensuales están disponibles solo si recibimos una dirección de correo electrónica válida:						
Todas las correspondencias en relación con los pagos mensuales serán hechas vía correo electrónico a la dirección indicada arriba. Para los pagos mensuales, habrán 10 pagos adicionales después del pago inicial.						

Parte 6

Por la presente solicito ser Miembro de Atlas/International Citizen Group Insurance Trust, Hamilton, Bermuda, y del seguro proporcionado para los Miembros por Lloyd's. Yo he completado personalmente esta aplicación. Certifico que todas las respuestas y afirmaciones en esta aplicación son verdaderas, están completas y han sido registradas de manera correcta. Entiendo que MultiNational Underwriters, Inc. depende de la información provista en dicha Solicitud, incluyendo cualquier documento adjunto, para determinar si el/los Solicitante/s reúne los requisitos de Evaluación y Elegibilidad del plan. Entiendo que cualquier declaración falsa u omisión contenida en dicha solicitud anulará mi seguro y perderé mi derecho a todos los reclamos. Entiendo que ningún tipo de cobertura es efectiva hasta que MultiNational Underwriters, Inc. me lo notifique por escrito. Entiendo que si esta solicitud no es aceptada, la única obligación de MultiNational Underwriters, Inc. es reembolsarme la cantidad de la prima que pagué. Entiendo que este seguro contiene una exclusión para Condición Pre-existente, una penalidad por la no pre-notificación, y otras restricciones, exclusiones y limitaciones. Entiendo que puedo obtener una copia de la Póliza Maestra si así lo requiero a MultiNational Underwriters, Inc. Entiendo que Lloyd's, como suscriptor del plan, es completamente responsable por la cobertura y los beneficios provistos bajo este seguro. Entiendo que Lloyd's opera como un asegurador aprobado, no admitido en todos los estados de los Estados Unidos excepto por Illinois y Kentucky, en donde están admitidos. Como tal, los reclamos bajo este seguro no pueden ser hechos en contra de ningún fondo de garantías de ningún estado. Entiendo que el agente / broker de seguro, si existe, que me asiste con esta Solicitud, es un representante del Solicitante. El abajo firmante autoriza a cualquier doctor, profesional médico, hospital, clínica, centro de salud, farmacia, agencia del gobierno, agencia de seguro, compañía de seguro, asegurador de grupo o administrador de seguro o beneficios o cualquier otra entidad que tenga información relacionada con el cuidado, consejo, tratamiento, diagnóstico o condiciones físicas o mentales de cualquier miembro familiar incluido en esta solicitud, a proporcionar dicha información a MultiNational Underwriters, Inc.

Firma del solicitante, tutor o apoderado:

Firma del cónyuge

Fecha de la firma:

Fecha de la firma:

Método de Pago

Cheque u orden de pago (Sólo pagos anuales)

American Express

Discover

MasterCard

VISA

El cheque o la orden de pago debe hacerse a MultiNational Underwriters, Inc. Todos los pagos deben realizarse en dólares americanos. Si usted paga con tarjeta de crédito, yo autorizo a MultiNational Underwriters, Inc. a cargar la suma a mi cuenta de Visa/Master Card/American Express, Discover. Si ha elegido el método de pago Mensual, Trimestral, o Semi-Anual, por la presente pido y autorizo a MultiNational Underwriters, Inc. a debitar de mi tarjeta de crédito las cuotas adecuadas en la fechas acordadas de vencimiento. Esta autorización permanecerá en efecto por hasta 12 meses o más si se renueva el Certificado, o hasta que yo lo rechace por escrito. La cobertura comprada con Tarjeta de Crédito está sujeta a la validez y aceptación de la compañía de la Tarjeta de Crédito.

Número de la Tarjeta de Crédito:

Fecha de Expiración (mes/año):

Nombre tal y como aparece en la Tarjeta de Crédito:

Dirección de Cobro:

Teléfono (durante el día):

Firma:

Parte 7

Número del Productor: 22705	Nombre del Productor: American Retired Persons Association
Nombre de la Compañía: American Retired Persons Association	Domicilio: P.O. Box 30306
Ciudad: Phoenix	Estado: AZ Código Postal: 85046
País:	Teléfono: 602-992-0600 Fax: 602-971-6500
Dirección de Correo Electrónico: agent@americanretiredpersons.com	Firma:

ESTE SEGURO MÉDICO, DENTAL Y DE VIDA A TERMINO ESTÁ ASEGURADO POR CERTAIN UNDERWRITERS EN LLOYD'S, LONDRES, Y ESTÁ DISPONIBLE PARA LOS MIEMBROS DE ATLAS/INTERNATIONAL CITIZEN GROUP INSURANCE TRUST, HAMILTON, BERMUDA. LLOYD'S ES UN ASEGURADOR APROBADO NO ADMITIDO EN TODOS LOS ESTADOS DE LOS ESTADOS UNIDOS, EXCEPTO KENTUCKY E ILLINOIS, DONDE ESTÁ ADMITIDO. LOS RECLAMOS BAJO ESTE SEGURO NO PUEDEN HACERSE CONTRA NINGÚN FONDO GARANTIZADO DEL ESTADO

Prima Anual – Para Seguro Efectivo hasta 12/31/05

Tabla de Tarifas- Platinum

Edad	\$250 Deducible		\$500 Deducible		\$1,000 Deducible		\$2,500 Deducible		\$5,000 Deducible	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
14 days to 9*	\$ 475	\$ 475	\$ 429	\$ 429	\$ 326	\$ 326	\$ 293	\$ 293	\$ 282	\$ 282
10 to 18*	\$ 500	\$ 500	\$ 452	\$ 452	\$ 350	\$ 350	\$ 316	\$ 316	\$ 304	\$ 304
19-24	\$ 1,180	\$ 1,905	\$ 1,048	\$ 1,796	\$ 814	\$ 1,291	\$ 718	\$ 1,144	\$ 588	\$ 940
25-29	\$ 1,300	\$ 2,110	\$ 1,162	\$ 1,983	\$ 901	\$ 1,428	\$ 793	\$ 1,263	\$ 652	\$ 1,031
30-34	\$ 1,394	\$ 2,359	\$ 1,224	\$ 2,199	\$ 951	\$ 1,638	\$ 844	\$ 1,451	\$ 691	\$ 1,190
35-39	\$ 1,525	\$ 2,595	\$ 1,355	\$ 2,368	\$ 1,049	\$ 1,813	\$ 929	\$ 1,603	\$ 759	\$ 1,285
40-44	\$ 1,705	\$ 2,125	\$ 1,507	\$ 1,898	\$ 1,166	\$ 1,472	\$ 1,036	\$ 1,308	\$ 843	\$ 1,070
45-49	\$ 1,865	\$ 2,319	\$ 1,666	\$ 2,092	\$ 1,292	\$ 1,626	\$ 1,145	\$ 1,439	\$ 935	\$ 1,111
50-54	\$ 2,266	\$ 2,516	\$ 2,040	\$ 2,289	\$ 1,586	\$ 1,785	\$ 1,445	\$ 1,620	\$ 1,184	\$ 1,325
55-59	\$ 2,800	\$ 2,800	\$ 2,630	\$ 2,630	\$ 2,000	\$ 2,000	\$ 1,863	\$ 1,863	\$ 1,524	\$ 1,524
60-64	\$ 3,960	\$ 3,733	\$ 3,662	\$ 3,435	\$ 3,066	\$ 2,839	\$ 2,798	\$ 2,588	\$ 2,321	\$ 2,053
65-69	\$ 8,180	\$ 7,134	\$ 7,882	\$ 6,835	\$ 7,287	\$ 6,237	\$ 5,666	\$ 4,715	\$ 4,915	\$ 4,150
70	\$ 9,645	\$ 8,339	\$ 9,343	\$ 8,046	\$ 8,739	\$ 7,443	\$ 6,891	\$ 5,594	\$ 5,977	\$ 4,835
71	\$10,097	\$ 8,738	\$ 9,795	\$ 8,438	\$ 9,192	\$ 7,834	\$ 7,257	\$ 5,898	\$ 6,295	\$ 5,098
72	\$10,484	\$ 9,070	\$10,185	\$ 8,771	\$ 9,588	\$ 8,174	\$ 7,573	\$ 6,160	\$ 6,569	\$ 5,324
73	\$10,882	\$ 9,404	\$10,586	\$ 9,108	\$ 9,994	\$ 8,517	\$ 7,900	\$ 6,421	\$ 6,853	\$ 5,550
74	\$11,412	\$ 9,854	\$11,115	\$ 9,558	\$10,524	\$ 8,966	\$ 8,321	\$ 6,762	\$ 7,218	\$ 5,845

* Los 2 primeros hijos entre los 14 días y 9 años no pagan la prima cuando ambos padres están asegurados bajo el Plan Platinum. La tarifa de hijo/a dependiente solamente esta disponible cuando el padre, madre o tutor/a esta asegurado bajo el Plan Platinum. Los hijos dependientes que estén asegurados solos deben pagar la tarifa de loa 19 a los 24 años de edad.

Tabla de Tarifas- Premier

Edad	\$250 Deducible		\$500 Deducible		\$1,000 Deducible		\$2,500 Deducible		\$5,000 Deducible	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
14 days to 9*	\$ 326	\$ 326	\$ 280	\$ 280	\$ 218	\$ 218	\$ 190	\$ 190	\$ 174	\$ 174
10 to 18*	\$ 350	\$ 350	\$ 300	\$ 300	\$ 245	\$ 245	\$ 220	\$ 220	\$ 205	\$ 205
19-24	\$ 624	\$ 863	\$ 553	\$ 797	\$ 435	\$ 588	\$ 385	\$ 520	\$ 335	\$ 452
25-29	\$ 687	\$ 950	\$ 621	\$ 883	\$ 481	\$ 650	\$ 424	\$ 575	\$ 369	\$ 500
30-34	\$ 737	\$ 1,050	\$ 654	\$ 966	\$ 508	\$ 728	\$ 450	\$ 645	\$ 391	\$ 561
35-39	\$ 858	\$ 1,183	\$ 722	\$ 1,049	\$ 560	\$ 804	\$ 497	\$ 712	\$ 432	\$ 620
40-44	\$ 953	\$ 1,162	\$ 804	\$ 1,014	\$ 623	\$ 787	\$ 554	\$ 700	\$ 482	\$ 609
45-49	\$ 1,044	\$ 1,271	\$ 890	\$ 1,116	\$ 690	\$ 868	\$ 611	\$ 769	\$ 532	\$ 669
50-54	\$ 1,244	\$ 1,376	\$ 1,083	\$ 1,216	\$ 843	\$ 948	\$ 767	\$ 861	\$ 667	\$ 749
55-59	\$ 1,497	\$ 1,497	\$ 1,330	\$ 1,330	\$ 996	\$ 996	\$ 942	\$ 942	\$ 820	\$ 820
60-64	\$ 2,488	\$ 2,368	\$ 2,196	\$ 2,076	\$ 1,612	\$ 1,492	\$ 1,486	\$ 1,366	\$ 1,293	\$ 1,188
65-69	\$ 4,726	\$ 4,157	\$ 4,434	\$ 3,865	\$ 3,850	\$ 3,281	\$ 3,008	\$ 2,437	\$ 2,617	\$ 2,121
70	\$ 5,753	\$ 5,031	\$ 5,459	\$ 4,735	\$ 4,869	\$ 4,146	\$ 3,100	\$ 2,495	\$ 2,697	\$ 2,170
71	\$ 6,005	\$ 5,248	\$ 5,709	\$ 4,953	\$ 5,120	\$ 4,363	\$ 3,263	\$ 2,506	\$ 2,839	\$ 2,180
72	\$ 6,216	\$ 5,428	\$ 5,924	\$ 5,136	\$ 5,340	\$ 4,552	\$ 3,471	\$ 2,684	\$ 3,020	\$ 2,335
73	\$ 6,433	\$ 5,610	\$ 6,143	\$ 5,320	\$ 5,565	\$ 4,742	\$ 3,686	\$ 2,863	\$ 3,207	\$ 2,491
74	\$ 6,727	\$ 5,861	\$ 6,439	\$ 5,571	\$ 5,861	\$ 4,993	\$ 3,952	\$ 3,085	\$ 3,438	\$ 2,684

* Los 2 primeros hijos entre los 14 días y 9 años no pagan la prima cuando ambos padres están asegurados bajo el Plan Platinum. La tarifa de hijo/a dependiente solamente esta disponible cuando el padre, madre o tutor/a esta asegurado bajo el Plan Platinum. Los hijos dependientes que estén asegurados solos deben pagar la tarifa de loa 19 a los 24 años de edad.

Tabla de Tarifas – Seguro de Vida a Término Opcional y Muerte Accidental y Desmembramiento

Edad	Prima Basica	Prima Adicional
19-29	\$130	\$100
30-39	\$210	\$160
40-44	\$310	\$235
45-49	\$450	\$340
50-54	\$570	\$430
55-59	\$770	\$580
60-64	\$585	\$440
65-69	\$315	No Disponible
Hijo/a dependiente	\$ 85	No Disponible

Tabla de Tarifas– Dental Opcional

Ciudadanos americanos	\$348.00
Todos los demas	\$492.00

Tabla de Tarifas – Deportes de Riesgo Opcional

14 días a 59 años	\$250.00
-------------------	----------

Zona del Cliente: "Ahora Ud. está a cargo"

La **Zona del Cliente** es una herramienta en línea para el manejo de su cuenta de Multinational Underwriters, Inc. La Zona del cliente le permite a Ud. manejar en forma efectiva su seguro, su viaje y todo lo que necesite en línea en cualquier momento.

- Vaya a la Zona del cliente para cambiar su información personal o su información de tarjeta de crédito, obtener un formulario de reclamo, renovar su cobertura o reemplazar su tarjeta del seguro extraviada.
- Vaya a la Zona del cliente para localizar los doctores y hospitales en su área.
- Vaya a la Zona del cliente para aprender más sobre el lugar donde va a viajar, ver el clima o información sobre seguridad para el viajero usando nuestro nuevo sistema de Planeamiento y Viajes (TIPS).
- Vaya a la Zona del cliente para acceder información sobre salud y prevención
- Vaya a la Zona del cliente para ver y bajar folletos, obtener información sobre la póliza, o para obtener cotizaciones.

Por favor visítenos en nuestra página Web para acceder a la Zona del Cliente:

<https://zone.mnui.com/clientzone>

MultiNational Underwriters – Soluciones para sus viajes internacionales

MultiNational Underwriters y Travel Guard International son miembros del Grupo Noel, fundado en 1985. El Grupo Noel está conformado por una familia de compañías de servicios de asistencia y de seguros para los viajeros construido sobre valores corporativos muy sólidos y un incomparable servicio al cliente. Ofrecemos una variedad de planes de seguro para el viajero y servicios de asistencia para individuos, corporaciones, misioneros, escuelas y otras organizaciones internacionales que requieren acceso a soluciones para sus viajes globales sin importar donde se encuentren. Nuestra cultura organizacional se basa en la integridad, mantener nuestras promesas y devolver a la comunidad global y local en donde nosotros hacemos negocios a través de esfuerzos humanitarios. Con sede en Stevens Point, Wisconsin, el Grupo Noel tiene mas de 750 empleados en 20 localidades alrededor del mundo.

Cuando necesite comprar un seguro de viaje o servicios de asistencia para su próximo viaje internacional, ahora Usted tiene la oportunidad de elegir. ¿No le parece razonable trabajar con una compañía que mantiene sus promesas, valora sus clientes y que está comprometida a ayudar a aquellos que más lo necesitan? Permítanos mostrarle la diferencia que nuestra corporación puede hacer cuando Ud. necesita ayuda en un lugar extraño. Llévenos en su próximo viaje internacional y permítanos cuidar de todos sus problemas y preocupaciones durante su viaje.

Otros Productos y Servicios provistos por MultiNational Underwriters, Inc.

Plan de seguro para viajeros Atlas: Provee seguro de calidad para individuos viajando fuera de su país de residencia.

Plan colectivo de Grupos para Viajes Atlas: brinda la misma calidad de cobertura que el producto de la Serie Atlas a un precio grupal menor haciéndolo un producto ideal para grupos de estudiantes, organizaciones misioneras y corporaciones.

Plan Colectivo de Grupos A+ MultiNational: Brinda cobertura médica y de vida para las corporaciones americanas que necesiten cobertura para sus empleados en todo el mundo.

MultiNational Plan para Accidentes: Brinda cobertura por accidentes que resultan en discapacidad o muerte, incluyendo actos de guerra y terrorismo.

Seguro Internacional de Vida a Término IC+: Brinda seguro de vida a término para los ciudadanos del mundo que necesitan protección personal y de negocios.

Política de Privacidad

MultiNational Underwriters respeta la privacidad de los individuos y valora la confianza de sus clientes, empleados, consumidores, socios y otros. Por favor contáctenos o visite nuestra página Web para obtener la versión completa de nuestra política de privacidad.



www.MNUI.com



MULTINATIONAL
UNDERWRITERS
Lloyd's Coverholder

107 S. Pennsylvania St., Ste 500 Indianapolis, IN 46204
Phone 800.605.2282 or 317.262.2132 Fax 317.262.2140