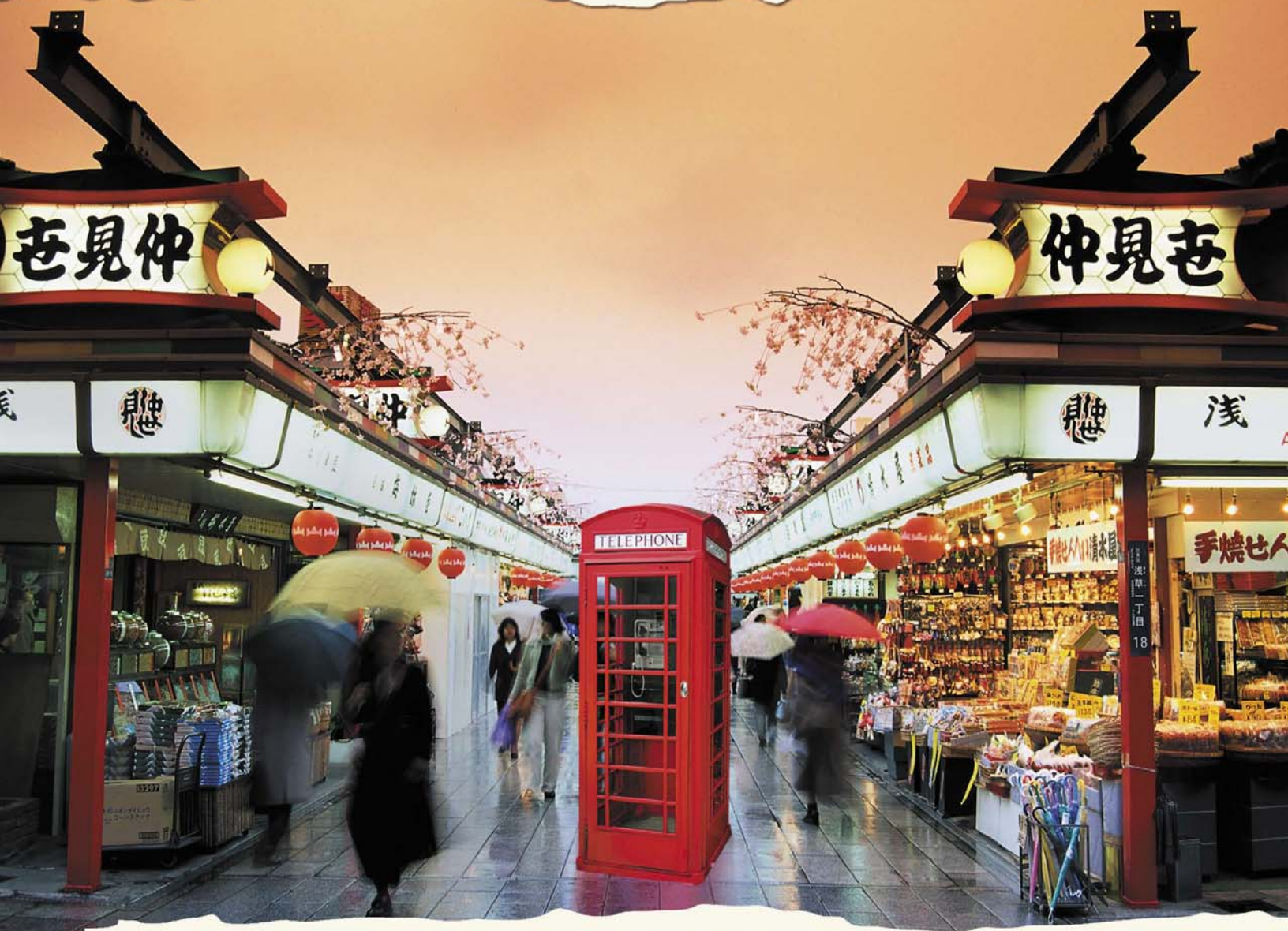


La Serie Ciudadano Internacional Cobertura Medica que va lejos y más allá



- Seguro de Salud Principal Anualmente Renovable
- Plan Medico Individual y Familiar
- Seguro Opcional de Vida a Término, Dental y Cobertura de Deportes
- Servicio Sorprendente de Asistencia

 **MULTINATIONAL
UNDERWRITERS**
Lloyd's Coverholder

¿Por qué debo comprar un 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 privados de salud no van a satisfacer sus necesidades. Las exclusiones geográficas y 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 ser 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® ha diseñado la Serie Ciudadano Internacional para satisfacer sus necesidades.

¿Quién es el Administrador del Plan?

Multinational Underwriters®, 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 miembros del Grupo Noel, nos beneficiamos en tener la experiencia y liderazgo de un equipo corporativo que asegura a más de 6 millones de viajeros cada año. Nuestros especialistas en reclamos internacionales, médicos y los especialistas de servicio para el cliente están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de 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?

Lloyd's, el mercado de seguro mas grande y antiguo en el mundo es el asegurador de la Serie Ciudadano Internacional. Clasificado A (Excelente) por AM Best Company y A (Fuerte) por Standard & Poor's, Lloyd's provee fuerza financiera y seguridad sin par en el mundo de seguros. Lloyd's es reconocido en el mercado como un líder en el área de accidente y seguros de salud y bien conocido por sus productos y servicios. Millones de personas, en casi todos los países del mundo dependen en Lloyd's para sus necesidades de accidente y seguros de salud.

¿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 a raso 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 a 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 en 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 período del 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® 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 parte de su expediente permanente 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® 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 Declaración y Autorización de Reclamo, 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®. Por favor asegúrese de llenar su formulario de Declaración de Reclamo en forma completa, firmelo, e indique la hora y lugar más conveniente 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® 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.

Prenotificación

En la Serie Ciudadano Internacional todos los planes contienen provisiones determinadas de prenotificación. La prenotificación simplemente significa que Ud. debe contactar a MultiNational Underwriters® 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 prenotificación 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 prenotificación nos ayuda para poder asistirlo mejor.

Plan Ciudadano Internacional de la Tercera Edad

La elegibilidad para los planes estándar 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 estándar 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 |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Límite Máximo | \$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 |
| Deducible Familiar | Máximo 3 deducibles por familia | Máximo 3 deducibles por familia |
| 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 |
| Trastorno 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 | Después del deducible, los aseguradores pagaran el 50% de los próximos \$100,000 de Gastos Elegibles. A partir de este punto, el 100% hasta un máximo de por vida de \$250,000. Gastos de maternidad cubiertos incluyen: pre natal, parto y cuidado post parto (después de 12 meses de cobertura continua). | \$3,500 por embarazo (después de 24 meses de cobertura continua) incluyendo cuidados pre natales, parto y cuidados post parto |
| Maternidad - Parto complicado | Después del deducible, los aseguradores pagaran el 50% de los próximos \$100,000 de Gastos Elegibles. A partir de este punto, el 100% hasta un máximo de por vida de \$250,000. Gastos de maternidad cubiertos incluyen: pre natal, parto y cuidado post parto (después de 12 meses de cobertura continua). | \$6,000 por embarazo (después de 24 meses de cobertura continua) incluyendo cuidados pre natales, parto y cuidados post parto |
| Máximo por maternidad | \$250,000 de por vida | \$10,000 de por vida |
| Cuidado del recién nacido | Incluido como parte de los beneficios de maternidad por un máximo de 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 / Quiinesiología | \$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 de Certificado, por persona | \$100 por Período de Certificado, por persona | \$100 por Período Certificado, por de persona |
| Beneficios Dentales Máximos | \$500 por Período de Certificado, por persona | \$750 por Período de Certificado, por persona | \$1,000 por Período Certificado, por de persona |

Seguro de Vida a Término y Muerte Accidental y Desmembramiento

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

Seguro de Vida a Término

| Edad | Opción 1 – Suma Principal | Opción 2 – Suma Principal |
|------------------|---------------------------|---------------------------|
| 19 a 59 | \$50,000 | \$100,000 |
| 60 a 64 | \$25,000 | \$50,000 |
| 65 a 69 | \$10,000 | No disponible |
| Hijo Dependiente | \$5,000 | No disponible |

Usted puede elegir diferentes opciones para diferentes miembros de la familia si escogieron cobertura de vida a termino.

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. Si 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 trastornos 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 del 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
- Medicamentos o tratamientos por disfunciones sexuales
- Medicamentos 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 transplantes 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 de 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 de certificado.

Evacuación Médica a caso de emergencia / urgencia:

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®. Las evacuaciones médicas de emergencia le proveen el acceso al cuidado médico cuando Ud. más lo necesita. MultiNational Underwriters® está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para poder aprobar y coordinar las evacuaciones médicas de emergencia.

Reunión a caso de emergencia / urgencia:

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 a caso de emergencia / urgencia, 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 incluyendo: 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, endoncias, 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, parracaidismo o ir en balsa, 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 fútbol 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:

Todos los servicios de asistencia están disponibles para 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 a caso de emergencia / urgencia – en el momento de una emergencia le ayudaremos a mantener contacto con su familia, amigos y compañeros de trabajo.

Transferencia de dinero a caso de emergencia / urgencia – lo asistimos para que pueda realizar y recibir transferencias de dinero a cualquier parte del mundo.

Los servicios de asistencia al viajero Ciudadano Internacional también incluyen:

- Referencias médicas
- Reportes y consejos médicos para el viajero
- Asistencia con la pérdida de sus medicamentos
- Referencias 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
- Referencias a embajadas o consulados
- Referencias a oficinas de contaduría y leyes
- Asistencia en caso de que necesite una fianza
- Servicios de traducción e interpretación

Los servicios de asistencia Ciudadano Internacional no son beneficios asegurados y lo estipulado en cualquier servicio de asistencia al viajero de este plan no es una garantía de cualquier otro beneficio provisto bajo La Serie Ciudadano Internacional.



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® 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 Underwriters® 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 podría causar la cancelación del seguro.

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

Hector Bruno Malara

**De La Cruz Roja 100 Norte
75 Este Casa Amano Derecha, porton negro,
Costa Rica, San Isidro de Coronado, SJ. 2200
Costa Rica**

Solicitud para el Seguro – La Serie Ciudadano Internacional



Parte 1 La falta de Información podría retrasar el proceso.

| | Deductibles | Cláusula Dental | Vida a Término | Cláusula de Deportes de Riesgos |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 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. Agregue hojas extras si es 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: | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | / / | | | |
| 2. Cónyuge: | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | / / | | | |
| 3. Hijo: | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | / / | | | |
| 4. Hijo: | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | / / | | | |
| 5. Hijo: | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | / / | | | |

DIRECCION DE RESIDENCIA FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS (Requerida si es un ciudadano americano)

DIRECCION PARA ENVIO DE TODA LA CORRESPONDENCIA (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: | Empleos Anteriores (dentro de los 2 últimos años): |

| | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| Número de teléfono (particular): | Número de teléfono (trabajo): |
| Número de fax: | Correo Electrónico: |

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 alguna vez una solicitud de seguro médico o de vida (incluyendo cláusulas de exclusión médica)? | | |
| 2. En los últimos 24 meses, ¿ha consumido tabaco en cualquiera de sus formas? Si su respuesta es sí, por favor especifique el tipo y frecuencia en Parte 3. | | |
| 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? Si su respuesta es sí, por favor especifique el tipo y cuanto por semana en Parte 3. | | |
| 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 consulta médica 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. vesicular, páncreas o hígado? | | |
| 10. piel? | | |
| 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? | | |
| En los últimos 10 años ha: | Si | No |
| 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 con un profesional de salud mental o ha recibido consulta medica o tratamiento por alguna condición mental? | | |
| 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. | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| #2 – Uso de tabaco (tipo y frecuencia del uso) | | | #5 –Uso de alcohol (tipo y frecuencia de consumo) | |
| Nombre de la persona o # correspondiente de la Parte 1 | Condición / Diagnóstico | Fechas de Tratamiento/ pronosis | Tipo(s) de tratamiento(s) y presente curso del tratamiento | Nombre, domicilio y número de teléfono del médico y/o las facilidades donde fue |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Historia Familiar – Debe ser completado por todos los miembros de la familia

| |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Usted tiene historia familiar (madre, padre, hermano/hermana) de diabetes, cáncer, problemas del corazón, ataque cardiaco, presión alta, y colesterol? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es sí, por favor indique la relación, condición, si la persona ha fallecido y edad a la que falleció. |
| |

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): | Cobertura |
| Solicitante: | <input type="checkbox"/> Opción 1 |
| Beneficiario: | <input type="checkbox"/> Opción 2 |
| Cónyuge: | <input type="checkbox"/> Opción 1 |
| Beneficiario: | <input type="checkbox"/> Opción 2 |
| Hijo/a dependiente: | <input type="checkbox"/> Opción 1 |
| Beneficiario: | <input type="checkbox"/> Opción 2 |
| 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

Cálculo de la Prima:

Las solicitudes sin primas no serán procesadas. No se aceptarán cheques u órdenes 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 usadas para los pagos Anuales. Por favor haga todos los cheques pagaderos a: MultiNational Underwriters®.

Por favor apunte la suma de las primas para la porción médica (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.

| | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>(1) Médico: Complete con la prima anual para cada miembro de la familia de la tabla de tarifas que corresponda con el deducible.</p> <p>Solicitante: \$ _____ Cónyuge: \$ _____ 1^{er} hijo/a: \$ _____ 2^{do} Hijo/a: \$ _____ 3^{er} Hijo/a: \$ _____</p> <p>Subtotal A: \$ _____</p> | <p>(2) Cláusula Dental Opcional: Complete con la primera anual para cada miembro familiar eligiendo la Cláusula Dental Opcional de la Tabla de Tarifas Opcional.</p> <p>Solicitante: \$ _____ Cónyuge: \$ _____ 1^{er} hijo/a: \$ _____ 2^{do} Hijo/a: \$ _____ 3^{er} Hijo/a: \$ _____</p> <p>Subtotal B: \$ _____</p> | <p>(3) Seguro de Vida Opcional a Término: 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:</p> <p>Solicitante: \$ _____ Cónyuge: \$ _____ 1^{er} hijo/a: \$ _____ 2^{do} Hijo/a: \$ _____ 3^{er} Hijo/a: \$ _____</p> <p>Subtotal C: \$ _____</p> | <p>(4) Cláusula Opcional de Deportes: Agregue \$250.00 por cada miembro de la familia que seleccione la cláusula opcional de deportes.</p> <p>Solicitante: \$ _____ Cónyuge: \$ _____ 1^{er} hijo/a: \$ _____ 2^{do} Hijo/a: \$ _____ 3^{er} Hijo/a: \$ _____</p> <p>Subtotal D: \$ _____</p> | <p>(5) TOTAL: Sume las cantidades de las columnas 1-4 y apunte el total aquí.</p> <p>Solicitante: \$ _____ Cónyuge: \$ _____ 1^{er} hijo/a: \$ _____ 2^{do} Hijo/a: \$ _____ 3^{er} Hijo/a: \$ _____</p> <p>Total E: \$ _____</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Total del Primer Pago

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------|
| \$ _____ | X | _____ | = | \$ _____ |
| (Total E) | | *Factor Modal | | |
| *Factor Modal: | Anual 1.00 | Semi-Anual .55 | Trimestral .28 | Mensual .20 |
| 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 (Sólo 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: | | | | \$ _____ |
| <p>Los pagos Mensuales están disponibles sólo si recibimos una dirección de correo electrónico válida: _____</p> <p>Todas las correspondencias en relación con los pagos mensuales serán hechas vía correo electrónico a la dirección indicada arriba. Para los pagos mensuales, habrá 10 pagos adicionales después del pago inicial. Si selecciona pagos mensuales, los 11 pagos serán deducidos de su cuenta durante los primeros 11 meses de cobertura.</p> | | | | |

Parte 6

Por la presente solicito ser miembro de Atlas/International Citizen Group Insurance Trust, Hamilton, Bermuda, y el seguro proporcionado para los miembros por Lloyds de Londres. He completado esta solicitud personalmente. Certifico que las respuestas y afirmaciones en esta solicitud son ciertas, completas y se registraron de manera correcta. Entiendo que cualquier mal interpretación en esta aplicación anulará mi seguro y perderé mi derecho ante todos los reclamos. Entiendo que ningún tipo de cobertura es efectiva hasta que MultiNational Underwriters® me lo notifique por escrito. Entiendo que si no se admite esta solicitud la única obligación de MultiNational Underwriters® es reembolsarme la cantidad por la prima. Entiendo que este seguro contiene una exclusión para condición preexistente, una penalidad por no prenotificar, y otras restricciones, exclusiones y limitaciones. Entiendo que puedo obtener una copia de la Póliza Maestra si así lo requiero a MultiNational Underwriters®. Entiendo que Lloyd's como subscriptor 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, y me asiste con esta solicitud, es un representante del solicitante. El abajo firmante autoriza a cualquier doctor, profesional médico, hospital, clínica, farmacia, agencia del gobierno, agencia de seguros, compañía de seguros, administrador de un titular de póliza de seguros o beneficios de un grupo, o cualquier otra entidad que tenga información relacionada con el cuidado, consejo, tratamiento, diagnóstico o condición física o mental de cualquier miembro de la familia incluido en esta solicitud, a proporcionar dicha información a MultiNational Underwriters®.

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 hacia MultiNational Underwriters®. Todos los pagos deben realizarse en dólares americanos. Si Ud. Paga con tarjeta de crédito, yo autorizo a MultiNational Underwriters® 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® a cobrar a mi tarjeta de crédito las cuotas adecuadas en las 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 esta 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:: 99346-0012 | Nombre del Productor: Hector Bruno Malara | |
| Nombre de la Compañía: | Domicilio: De La Cruz Roja 100 Norte 75 Este Casa Amano Derecha, port | |
| Ciudad: Costa Rica, San Isidro de Coronado, SJ. | Estado: | Código Postal: 2200 |
| País: Costa Rica | Teléfono: 506-842-5802 | Fax: (0056)-229-1151 |
| Dirección de Correo Electrónico: certainty@certainty.zzn.com | Firma: | |

ESTE SEGURO MÉDICO, DENTAL Y DE VIDA A TERMINO ESTÁ ASEGURADO POR CIERTOS ASEGURADORES 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.

Nuevas Tarifas Anuales para Riesgos Estándares

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 días a 9* | \$ 475 | \$ 475 | \$ 401 | \$ 401 | \$ 305 | \$ 305 | \$ 275 | \$ 275 | \$ 263 | \$ 263 |
| 10 a 18* | \$ 500 | \$ 500 | \$ 420 | \$ 420 | \$ 325 | \$ 325 | \$ 294 | \$ 294 | \$ 282 | \$ 282 |
| 19-24 | \$ 1,110 | \$ 1,905 | \$ 955 | \$ 1,796 | \$ 745 | \$ 1,291 | \$ 655 | \$ 1,144 | \$ 563 | \$ 940 |
| 25-29 | \$ 1,150 | \$ 2,110 | \$ 1,000 | \$ 1,983 | \$ 780 | \$ 1,428 | \$ 679 | \$ 1,263 | \$ 622 | \$ 1,031 |
| 30-34 | \$ 1,270 | \$ 2,359 | \$ 1,115 | \$ 2,199 | \$ 870 | \$ 1,638 | \$ 770 | \$ 1,451 | \$ 661 | \$ 1,190 |
| 35-39 | \$ 1,320 | \$ 2,595 | \$ 1,160 | \$ 2,368 | \$ 905 | \$ 1,813 | \$ 789 | \$ 1,603 | \$ 724 | \$ 1,285 |
| 40-44 | \$ 1,633 | \$ 2,125 | \$ 1,443 | \$ 1,898 | \$ 1,120 | \$ 1,480 | \$ 900 | \$ 1,308 | \$ 805 | \$ 1,044 |
| 45-49 | \$ 1,843 | \$ 2,227 | \$ 1,641 | \$ 2,010 | \$ 1,275 | \$ 1,565 | \$ 1,125 | \$ 1,382 | \$ 917 | \$ 1,064 |
| 50-54 | \$ 2,240 | \$ 2,417 | \$ 2,013 | \$ 2,197 | \$ 1,570 | \$ 1,715 | \$ 1,424 | \$ 1,557 | \$ 1,165 | \$ 1,271 |
| 55-59 | \$ 2,800 | \$ 2,755 | \$ 2,600 | \$ 2,527 | \$ 2,000 | \$ 1,974 | \$ 1,786 | \$ 1,791 | \$ 1,503 | \$ 1,463 |
| 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 los 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 días a 9* | \$ 326 | \$ 326 | \$ 280 | \$ 280 | \$ 218 | \$ 218 | \$ 190 | \$ 190 | \$ 174 | \$ 174 |
| 10 a 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 |

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

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

| Edad | Opción 1 | Opción 2 |
|--------------------|----------|---------------|
| 19-29 | \$130 | \$ 230 |
| 30-39 | \$210 | \$ 370 |
| 40-44 | \$310 | \$ 545 |
| 45-49 | \$450 | \$ 790 |
| 50-54 | \$570 | \$1000 |
| 55-59 | \$770 | \$1350 |
| 60-64 | \$585 | \$1025 |
| 65-69 | \$315 | No Disponible |
| Hijo/a dependiente | \$ 85 | No Disponible |

Tabla de Tarifas– Dental Opcional

| | |
|-----------------------|----------|
| Ciudadanos Americanos | \$348.00 |
| Todos los demás | \$492.00 |

Tabla de Tarifas – Cláusula de Deporte

| | |
|------------------|----------|
| Todo solicitante | \$250.00 |
|------------------|----------|

Relaciones del Cliente

Ya sea que el cliente haya perdido su cedula de identificación o libreta de beneficios, necesite asistencia con un reclamo, o tiene una pregunta sobre beneficios, MNU esta preparado para responder.

Frecuentemente, estos y otras cuestiones pueden ser resueltas con una corta visita a nuestra zona de cliente (Client Zone). La zona de cliente es una administradora de su cuenta por Internet que le permite al cliente hacer lo siguiente:

- Cambiar información personal
- Renovar cobertura y remplazar una tarjeta de identificación que fue robada
- Obtener detalles sobre un reclamo, incluyendo poder bajar todos los formularios necesarios.
- Prenotificación para ciertos procedimientos médicos y hospitalizaciones
- Localizar doctores y hospitales dentro de la red
- Estudiar el destino, el clima y la información de seguridad para viaje, usando nuestra inteligencia de viaje y sistema de planificación (TIPS)
- Acceso a información de salud
- Ver y bajar folletos, obtener información sobre la póliza, o obtener cotizaciones para productos ofrecidos por MultiNational Underwriters®

Los clientes pueden acceder a la zona del cliente por la siguiente dirección:
<https://zone.mnui.com/clientzone>.

A veces, no hay sustitución para una intervención humana. El equipo de relaciones clientelas está disponible 24 horas al día y 7 días a la semana para responder a sus preguntas. Ellos pueden ser contactados por los miembros sin costo a través de nuestros números 800 por todo el mundo. Apoyo inmediato está disponible en varios idiomas y se pueden disponer varios más con la asistencia de una traductora. Si hay necesidad para un traductor, los especialistas de relaciones clientelas se harán cargo.

MultiNational Underwriters® – Soluciones para sus viajes internacionales

MultiNational Underwriters® es un miembro 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 devolverle a la comunidad global y local en donde nosotros hacemos negocios a través de esfuerzos humanitarios.

Cuando necesite comprar un seguro de viaje o servicios de asistencia para su próximo viaje internacional, ahora Usted tiene la oportunidad de elegir. ¿No les 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®

La Serie de Viajes Atlas: Provee seguro de calidad para individuos viajando fuera de su país de residencia.

Plan Grupal de 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 de Beneficios Grupal MultiNational: Brinda cobertura médica y de vida para las corporaciones americanas que necesitan 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.