

LiaisonSM Internacional

Seguro médico para personas que viajen fuera de su país de residencia

Folleto y Solicitud

Año 2002

Cobertura desde 15 días hasta 3 años.

Perfecto para:

Extranjeros que visiten Estados Unidos

Ciudadanos americanos que viajen a otros países

Viajeros internacionales interesados en cobertura renovable.

BENEFICIOS

Todas las coberturas, beneficios y primas mencionadas en este folleto son expresados en dólares americanos.

Máximo de la póliza: \$50.000; \$100.000; \$500.000; \$1.000.000 (edad 80+, límite máximo \$15.000)

Deducible: \$100; \$250; \$500; \$1.000 y \$2.500. El deducible es por persona por período de la póliza. Máximo de 3 deducible por familia, período de la póliza. El deducible seleccionado y el coaseguro debe ser completado por cada periodo de 12 meses (referirse a continuación de la cobertura)

Coaseguro:

Dentro de los Estados Unidos y Canadá: Después que el asegurado pague su deducible LiaisonSM Internacional pagará el 80% de los primeros \$5.000 de los gastos elegibles y el 100% del resto hasta el máximo de la póliza.

Fuera de los Estados Unidos y Canadá: Después que el asegurado pague su deducible LiaisonSM Internacional pagará el 100% de los gastos hasta el máximo de la póliza.

Indemnización por Hospitalización US\$100 por noche (fuera de los Estados Unidos y Canadá únicamente)

Cobertura dental (emergencias únicamente) \$100 o \$500 si es accidental Solo para planes de un mes de duración o más

Evacuación médica de emergencia: \$100.000

Repatriación de restos mortales: \$ 20.000

Reunión por una emergencia médica: \$ 10.000

Retorno de un menor (niño): \$ 5.000

Interrupción de viaje: \$5.000

Perdida de equipaje registrado: \$ 250

Gastos por ambulancia local: \$ 2.500

Muerte accidental y desmembramiento:

\$ 25.000 por asegurado principal y cónyuge

\$ 5.000 por dependiente

Hospitalización: Costo promedio de habitación semi-privada hasta el máximo establecido en la póliza.

Cuidados intensivos: Costo promedio de la sala hasta el máximo de la póliza.

Cuidados ambulatorios: Costos razonables hasta el máximo de la póliza.

Reparación inesperada de síntomas (preexistencia): Hasta un máximo de \$1.000 para personas que viajen fuera de los Estados Unidos.

Período de beneficio: 6 meses.

¿PORQUE UN SEGURO MÉDICO INTERNACIONAL?

Cada año millones de personas viajan internacionalmente. Mientras muchas de estas personas tienen seguro médico en sus países, raramente estas pólizas le cubren cuando se encuentran fuera de estos. Una gran mayoría de estos viajeros se preocupan de los gastos potenciales que representa una enfermedad o un accidente durante un viaje. LiaisonSM Internacional esta diseñado para ofrecer cobertura médica y servicios de emergencia a individuos y familias mientras se encuentran viajando fuera de su país de residencia. Para una descripción mas detallada de los beneficios refiérase al certificado de la póliza.

ELEGIBILIDAD

Como se indica en este folleto Liaison SM Internacional provee cobertura a individuales y familias mientras se encuentran viajando fuera de su país de residencia, Liaison SM Internacional le cubre a usted, su cónyuge y sus hijos solteros (mayores de 14 días y menores de 19 años)

País de residencia se define como el país donde una persona elegible tiene fijada su residencia permanente y principal.

PERIODO DE COBERTURA

El período mínimo de cobertura bajo este programa es de 15 días y máximo de 12 meses. La cobertura puede ser comprada en combinaciones de 15 y 30 días. Si esta interesado en cobertura renovable remítase a la sección de renovación.

Fecha Efectiva de la Cobertura Individual

La cobertura individual comenzará a ser efectiva en la última de las siguientes fechas: 1) La fecha de partida del país de residencia solicitada en la aplicación, 2) La fecha en la cual la aplicación y prima aprobada son recibidas por SRI o 3) La fecha indicada en la solicitud.

Fecha de terminación de la cobertura individual

La cobertura individual terminará cuando ocurra lo primero de lo siguiente: 1) El momento en que el asegurado regrese a su país de residencia, 2) La fecha que se indica en la tarjeta de identificación y por la cual la prima ha sido pagada.

* Vea la opción de cobertura en el país de residencia.

DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS MÉDICOS:

Si usted o algún dependiente se enferma durante el viaje y necesita tratamiento médico, Liaison SM Internacional pagará, sujeto al deducible seleccionado y Coaseguro hasta el máximo de la póliza. Solo aquellos gastos incurridos como resultado de una incapacidad, que son específicamente enumerados en la siguiente lista de cargos, que sean incurridos dentro de los seis meses siguientes a la fecha en que ocurrió la lesión o se manifestó la enfermedad y los cuales no se encuentran mencionados como exclusión, serán considerados gastos cubiertos:

1. Gastos por hospital, servicios médicos profesionales y de enfermería, que no excedan de los gastos promedio razonables y los cuales se demuestre que son médicamente necesarios, excepto aquellos que sean de naturaleza no médica, gastos hechos por el uso de una sala de operaciones;
2. Gastos por cuidados intensivos o coronarios y servicio de enfermería;
3. Gastos por diagnóstico, tratamiento y cirugía realizada por un médico, gastos por administración de anestesia.
4. Gastos por tratamiento ambulatorio, igual que otro tratamiento cubierto cuando es administrado en hospitalización. Esto incluye Centros de cirugía ambulatoria, visitas médicas ambulatorias, cuidados y consultas para cirugías.
5. Gastos por medicinas, servicios de rayos x, exámenes de laboratorio, uso de radium e isótopos radioactivos, oxígeno, transfusiones de sangre, respiradores artificiales y tratamiento médico. También aquellas medicinas que solo pueden ser obtenidas por prescripción de un médico o cirujano.

6. Gastos por fisioterapia, si es recomendada por un médico para el tratamiento de una incapacidad específica y es administrada por un fisioterapeuta licenciado.

7. Transporte local de y al hospital más cercano con las instalaciones adecuadas para el tratamiento necesario. Dicho transporte debe ser realizado por una ambulancia terrestre debidamente permitida, solo dentro del área metropolitana donde el asegurado se encuentra para el momento que el servicio es requerido. Si el asegurado se encuentra en un área rural, el transporte en una ambulancia terrestre se considerará como un gasto cubierto.

COBERTURA DENTAL EMERGENCIAS UNICAMENTE.

El beneficio de emergencia dental esta disponible para programas comprados por un mínimo de 1 mes o más. Cubre el tratamiento necesario para aliviar el dolor agudo y espontáneo de un diente totalmente sano y natural (\$100) o el tratamiento necesario para reemplazar o restaurar un diente, sano y natural, dañado como consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza (\$500)

EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA:

Si usted o cualquier dependiente cubierto bajo esta póliza desarrollan una enfermedad o sufre alguna lesión y es necesario evacuarlo de emergencia hacia la instalación médica más cercana para recibir tratamiento adecuado o a su país de residencia, todos los gastos en los cuales se incurra serán cubiertos por esta póliza hasta un máximo de US\$100.000. La evacuación debe ser ordenada por nuestra compañía de asistencia en conjunto con el médico tratante del asegurado. Evacuación médica de emergencia significa que la condición médica de la persona requiere su traslado al lugar adecuado más cercano donde tratamiento medico requerido pueda ser rendido*

REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES:

La compañía pagará razonables gastos en los que se incurra para la preparación y el traslado de los restos del asegurado, al país de residencia hasta un máximo de US\$20.000. *

REUNIÓN POR UNA EMERGENCIA MÉDICA:

Si en la oportunidad de una evacuación médica de emergencia, el médico establece que seria beneficioso para el paciente tener a un familiar cercano a su lado durante el viaje, el plan pagará hasta un máximo de \$10.000 como gastos de transporte (pasaje ida y vuelta en clase económica) de un familiar, seleccionado por el asegurado, desde el país de residencia hasta el lugar donde se encuentre el asegurado hospitalizado y su retorno al país de origen.

RETORNO DE UN MENOR (NIÑO):

Si el asegurado se encuentra viajando solo con un menor de diecinueve (19) años para el momento en que ocurra un accidente o se desarrolle una enfermedad cubierta bajo esta póliza y el menor queda sin atención, Liaison SM Internacional arreglará y pagará por el traslado de dicho menor a su país de residencia, este beneficio no excederá de US\$5.000. Si por la seguridad del menor es requerido el servicio de escolta por la línea aérea la compañía pagará por este servicio. *

INDEMNIZACION POR HOSPITALIZACION

Si usted es hospitalizado durante un viaje fuera de los Estados Unidos y dicha hospitalización es considerada un beneficio elegible de cobertura, el plan le indemnizará con \$100 por cada

noche que sea admitido en el hospital (este beneficio es adicional a los otros beneficios mencionados en este plan)

INTERRUPCION DEL VIAJE

Si el asegurado no puede continuar con su viaje debido a la muerte de un familiar cercano (padres, hermanos o hijos) o debido a serios daños ocasionados a su vivienda principal (fuego, inundación o desastres naturales; tornados, terremotos, huracanes etc. El plan le reembolsará (hasta un máximo de \$5.000) por el costo de un boleto en clase económica, menos el valor de crédito aplicado por la porción del ticket no usado, para regresar al área de su residencia principal.*

PERDIDA DE EQUIPAJE REGISTRADO

Si el equipaje registrado es extraviado, permanentemente por la línea aérea, el plan le reembolsará al asegurado el costo de reemplazo de ropa y artículos de higiene personal perdidos, hasta un máximo limitado de \$50 por maleta (máximo del beneficio \$250). Este beneficio es secundario a cualquier otra cobertura disponible (incluyendo la aerolínea). El asegurado deberá presentar prueba del pago total por beneficio obtenido de la línea aérea.*

SERVICIO DE ASISTENCIA:

Después que se encuentre dentro del programa LiaisonSM Internacional, usted puede usar los servicios de asistencia de nuestro proveedor. Información adicional se encuentra contenida en el certificado.

- ❖ Atención 24 horas al día, 365 días al año.
- ❖ Personal multilingüe
- ❖ Médicos y enfermeras en servicio
- ❖ Localización de proveedores de servicio locales
- ❖ Ayuda en casos de emergencia

COBERTURA EN SU PAÍS DE RESIDENCIA:

Bajo este programa usted puede tener los beneficios mientras se encuentre en su país de residencia por un lapso de hasta 60 días por un período de 12 meses o prorrateado (30 días por un período de 6 meses y sucesivamente. Los beneficios descritos anteriormente se reducirán a un máximo de US\$50.000.

***NOTA:** En caso de que beneficios como evacuación médica de emergencia, repatriación de restos mortales, reunión por una emergencia médica o retorno de un menor, sean necesarios, todos los arreglos deben ser coordinados por nuestra compañía de asistencia. Detalles completos acerca de los beneficios y las notificaciones requeridas se encuentran contenidos en el certificado.

OPCIONES

CONTINUACIÓN DE COBERTURA”

Ideado para largos viajes, esta opción permite obtener cobertura permanente por hasta tres años, pagando trimestralmente (usted puede comprar períodos más largos de 3 meses si lo desea) Si usted selecciona esta opción, SRI le enviará avisos de renovación a la dirección de correspondencia proporcionada por usted, dándole la opción de seguir su cobertura. Debe comprar inicialmente por lo menos 3 meses para optar por la opción de renovación (puede comprar hasta 12 meses si lo desea) SRI le enviará 1 mes antes del vencimiento un aviso de renovación

usted tiene la opción de renovar por el período que desee desde 3 hasta 12 meses. (Si su renovación es por menos de 3 meses SRI entenderá que su viaje terminará al vencimiento de la renovación y no enviará más avisos. El período máximo para el deducible y Coaseguro es de 12 meses. La fecha efectiva original de la póliza será utilizada para el cálculo del deducible, coaseguro y condiciones pre-existentes. El periodo de beneficio es de 6 meses lo cual significa que usted estará protegido por más tiempo del establecido como periodo de cobertura. . El período máximo de cobertura es de 3 años 9 un año para personas de 70 años y más. Un cargo de \$5,00 por gastos de administración por cada renovación efectuada. Esta opción no es valida si deja que su cobertura expire antes de renovarla, si esto sucede una póliza nueva debe ser comprada (condiciones pre-existentes comienzan nuevamente).

COBERTURA DE DEPORTES PELIGROSOS:

Usted puede seleccionar la opción de estar cubierto mientras practica alpinismo, motociclismo, salto en Bungee, paracaidismo, submarinismo, esquí (en nieve o en agua) etc.

PRE-NOTIFICACION/REFERENCIA

Para asegurar que sus reclamos sean procesados eficientemente, el asegurado o el proveedor de servicios debe contactar a la Compañía de Seguros para pre-notificar previamente admisiones en cualquier hospital por cirugías ambulatorias o internas. La Compañía de Asistencia cuenta con personal especializado para atenderle 24 horas al día 7 días a la semana, responder a sus preguntas, localizar servicios médicos alrededor del mundo. En el caso de una admisión medica de emergencia, la Compañía de Asistencia deberá ser contactada dentro de las primeras 48 horas o tan pronto como sea posible. La pre-notificación no garantiza el pago del reclamo. La falla en la pre-notificación del siniestro resultará en un 20% de reducción de los beneficios.

Esta no es una póliza general de salud, es un programa de seguro médico temporal para viajeros que puede ser usado mientras el asegurado se encuentra fuera de su país de residencia. LiaisonSM Internacional no garantiza el pago a ninguna institución o persona por gastos médicos hasta que la compañía determine que es un gasto elegible.

REEMBOLSO DE PRIMA:

Reembolso de la prima será considerado solamente si SRI recibe solicitud por escrito antes de la fecha efectiva de cobertura. Después de la fecha efectiva la prima no será reembolsable.

RECLAMOS

Llenar el formulario de reclamos es fácil. Con su tarjeta de identificación usted recibirá su certificado de la póliza y la planilla de reclamos. Cuando usted reciba tratamiento medico, envíe el original de las facturas, junto con la planilla de reclamo completamente llena, a SRI, dentro de los 90 días siguientes al suceso. El monto de las facturas será calculado en US dólares. Para el pago de subsecuentes tratamientos médicos, notifique a SRI para ser referido a nuestros proveedores de servicios alrededor del mundo. Usted es responsable por el pago del deducible, Coaseguro y gastos no cubiertos. Para más información consulte su certificado o contacte al Departamento de Reclamos.

EXCLUSIONES:

Por beneficios médicos este seguro no cubre:

1. Condiciones preexistentes, toda enfermedad que haya sido contraída o tratada durante los tres (3) años (36 meses) anteriores a la fecha de inicio de esta cobertura no será cubierta bajo esta póliza y ningún gasto por este concepto será pagado; Si el problema es considerado una **Reaparición inesperada de síntomas** y la persona se encuentra viajando fuera de los Estados Unidos y Canadá, Liaison Internacional le reembolsará hasta \$1.000 para tratamiento de esa condición en particular. **Reaparición inesperada de síntomas** es la aparición repentina e inesperada de síntomas de una condición mencionada como pre-existente. La condición debe aparecer espontáneamente y sin ningún aviso, ejemplo: síntomas anteriores, visitas al médico o fallo en la toma de medicamentos.
2. Gastos por tratamientos que exceden razonables costos; servicios, suministros y tratamientos, que se consideren experimentales o con propósitos de investigación; gastos que son de naturaleza no médica, terapia vocacional, recreacional del lenguaje o música terapia;
3. Gastos que no sean recomendados, aprobados y certificados como médicamente necesarios por un médico;
4. Suicidio o cualquier intento de suicidio por una persona sana o enferma mental; lesiones intencionales o autoinducidas; o gasto que resulten como consecuencia de la participación en un delito.
5. Cualquier consecuencia directa o indirecta, próxima o remota ocasionada por la colaboración o participación en guerras o cualquier acto de este tipo;
6. Lesiones ocasionadas durante la participación en atletismo profesional;
7. Exámenes de rutina donde no existe indicación objetiva de que no se goza de buena salud, excepto en el curso de una incapacidad determinada por un médico;
8. Tratamiento de la articulación Temporomandibular;
9. Servicios o suministros médicos realizados o proveídos por un familiar del asegurado;
10. Tratamientos y suministros de dientes y dentaduras postizas, exámenes rutinarios de oídos y suministro de aparatos auditivos, cirugía plástica o cosmética (incluyendo tabique nasal desviado), gastos por cuidados dentales, y oculares a menos que sean por causa de una lesión cubierta por esta póliza; .
11. Tratamiento en conexión con alcoholismo o drogadicción, por el uso de alguna droga o narcótico, desordenes nerviosos o mentales o curas de sueño
12. Anomalías congénitas;
13. Gastos incurridos por visitas de emergencia cuando no se trata de una emergencia médica;
14. Lesiones ocurridas durante la práctica de: alpinismo donde guías o cuerdas sean normalmente utilizadas, paracaidismo, salto con bungee, equitación, motociclismo, buceo con aparatos de respiración bajo el agua, (a menos que sea PADI certificado)
15. Tratamientos pagados o cubiertos por otro plan médico, plan gubernamental o pólizas de grupo sin costo para el asegurado.
16. Tratamiento de enfermedades venéreas o de transmisión sexual;
17. Gastos por embarazo o por enfermedad que resulte de un embarazo, alumbramiento o aborto; o por un aborto como resultado de un accidente;

18. Drogas, tratamientos o procedimientos que promuevan o previenen la concepción o alumbramiento;
19. Gastos incurridos mientras el asegurado se encuentra en su país de residencia (Excepto después de haber sido aprobada una evacuación médica de emergencia de ser aplicable); *
20. Gastos incurridos en un viaje realizado con el propósito de obtener tratamiento médico por alguna condición o viajes realizados para recibir tratamiento médico cuando el médico tratante haya restringido o limitado el viaje.

*Tenemos disponible opciones para incluir todos o parte de estos riesgos.

**Ver cobertura en país de residencia.

Exclusiones detalladas pertinentes a los beneficios de este producto se contenidas en el certificado de seguro, el cual será enviado junto con la tarjeta de identificación una vez que la póliza sea adquirida.

“La versión en Inglés de este folleto y el certificado son el Documento oficial en el cual las provisiones y beneficios de la póliza original aplicarán, esta es una traducción de carácter meramente informativo.”

ACERCA DE SRI:

Desde 1993, Specialty Risk International ha proporcionado planes Internacionales de seguros a Corporaciones, viajeros internacionales, inmigrantes, estudiantes y ciudadanos del mundo. Con eficiencia y habilidad, hemos atendido a clientes en más de 100 países alrededor del mundo.

INFORMACION

Esta póliza bajo número HTP01158 esta avalada por Virginia Surety Company ,Inc
Oficinas: 1000 Milwaukee Avenue, Glenview, IL 60025.

Los términos de la póliza se encuentran brevemente descritos en este folleto. El texto completo esta contenido en la Póliza Master registrada con American Cosumer Insurance Trust y Liaison Internacional. En el caso que cualquier confusión con lo aquí descrito y la póliza se presentara la póliza gobernara sobre este folleto. Un sumario de la póliza junto con la tarjeta de identificación le será enviado al momento de adquirir la póliza.

Nota a los residentes de Florida: los beneficios de esta póliza son regulados por las leyes de otro estado diferente al estado de Florida. Su póliza de seguro de propiedad puede proveer beneficios por perdida de efectos personales resultantes de la perdida del equipaje registrado. Este seguro no forma parte de su plan de viajes o del costo del mismo y no debe ser comprado en conexión con este, no es un requerimiento para la compra de pasajes o tours.

Para adquirir LiaisonSM Internacional

1. Complete la solicitud remítala a las oficinas de SRI (La prima por el período total debe ser cancelado al momento de la solicitud)
2. Si paga con cheque o money order hágalo pagable a la orden de SRI y envíelo junto con el original de la solicitud.
3. Si paga con tarjeta de crédito, complete la solicitud y envíela por correo o fax. Asegúrese de firmar en la sección método de pago.
4. Lea la sección de la declaración y si esta de acuerdo firmela.

Complete y envíe su solicitud con el pago por el monto total de la prima a:

Seguro-Medico.com
5965 Sandy Ridge
Elkridge, MD 21075 USA

Usted puede enviar su solicitud por fax si paga con tarjeta de crédito, el original no se necesitará en este caso.

PRIMAS - Basadas en un deducible de \$250

Para personas que viajen a USA					Para personas que viajen fuera de USA				
Opciones límite de la póliza					Opciones límite de la póliza				
Edad	50.000	100.000	500.000	1.000.000	Edad	50.000	100.000	500.000	1.000.000
19-29	51	60	76	85	19-29	34	40	47	55
30-39	66	78	99	110	30-39	40	46	62	74
40-49	97	110	145	160	40-49	64	72	81	94
50-59	134	163	195	230	50-59	105	120	135	150
60-64	160	199	249	285	60-64	120	143	165	195
65-69	201	239	298	320	65-69	140	153	170	202
70-79	225	N/a	N/a	N/a	70-79	209	295	N/a	N/a
80 más*	425	N/a	N/a	N/a	80 más*	350	N/a	N/a	N/a
Hijo	28	32	42	45	Hijo	21	26	30	35
Dep					Dep				
Niño solo	46	54	68	76	Niño solo	34	38	44	50

Expresado en dólares americanos

*Edad 80 o más límite de \$15.000. La prima por hijo dependiente es aceptable cuando por lo menos uno de los padres esta cubierto por la misma póliza. La prima por niño solo se aplica cuando los niños se aseguran solos sin ningún padre.

Administrado por: SRI 9200 Keystone Crossing Ste 300 Indianapolis, IN 46240

Compañía Aseguradora: Virginia Surety Company, calificada "A+ Superior por A.M. Best

LIAISON INTERNANTIONAL 2002
SOLICITUD

Para uso oficial: Cert.# _____ Procesado: _____ Fecha efectiva: _____ SRI Agente #3366

Información del solicitante

Mr. Mrs. Mr. Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____
Dirección de Correspondencia: _____ Ciudad: _____
(en los Estados Unidos)
Estado: _____ Código Postal: _____

Beneficiario: _____ Relación: _____

Pasaporte e información de viaje:

Número de pasaporte: _____ País de emisión: _____
De que país esta inmigrando: _____
Cuando llego Ud. a los Estados Unidos: ____/____/____ Cuando desea que comience la cobertura: ____/____/____
mes día año mes día año
Ha comprado usted alguna otra póliza a SRI en el pasado: Si No (Si es si Desde ____/____ Hasta: ____/____)
mes año mes año

Destino: _____ Duración del Viaje: _____

Nota: La cobertura mínima es de 15 días hasta un máximo de 12 meses La cobertura debe ser adquirida por plazos mínimos de 15 días. La cobertura no puede comenzar antes de su llegada a los Estados Unidos y la fecha en la cual SRI reciba su solicitud y prima.

Cobertura deseada

Ha comprado usted alguna otra póliza a SRI en el pasado: Si No (Si es si Desde ____/____ Hasta: ____/____)
ID# _____

Viaja a : Estados Unidos Fuera de los Estados Unidos

Máximo seleccionado: \$50,000 \$100,000 \$500,000 \$1,000,000

Nombre de los solicitantes	Fecha de Nacimiento	Prima Mensual	Deducible	Factor
Solicitante: _____	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> \$100	1.10
Cónyuge: _____	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> \$250	1.00
Hijo Dep: _____	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> \$500	.90
Hijo Dep: _____	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> \$1000	.80
Hijo Dep: _____	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> \$2500	.70

Adjunto otra hoja para dependientes adicionales

=A

A= _____ x _____ = B _____ X= _____ + C _____
Total A línea superior Número 15 días Factor Factor deportes Pago Total
de meses deducible

Continuación de Cobertura: NO SI (debe comprar mínimo 3 meses)

Método de pago:

Cheque Money Order Master Card Visa
Tarjeta # _____ Fecha vencimiento: _____

Nombre del Tarjetabiente _____

Firma (Obligatorio) _____

Dirección: _____

Haga sus pagos de cheque o Money Order a favor de SRI. El pago por la prima total debe ser hecho en Dólares Americanos al momento de enviar la solicitud. Solicitudes con cargo a Visa o Master Card están sujetas a aceptación por parte de la compañía emisora de la tarjeta.

Declaro que entiendo los términos y condiciones de este producto como se señala en el folleto. Entiendo condiciones preexistentes como se señala en el número 1 de las Exclusiones, están excluidas.

Me suscribo a American Consumer Insurance Trusty a la cobertura a la que soy elegible bajo el grupo contratado por Virginia Surety Company, Inc.

Firma del Solicitante o representante

Fecha