

Cancelación del formulario de cobertura

Fecha: _____ Fecha de cancelación solicitada: _____

Nombre del asegurado: _____ Número de certificado: _____

Domicilio: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

La Persona Asegurada que suscribe desea cancelar y dar por terminada la cobertura mencionada en la fecha indicada en primer término. Envío una copia de la declaración de seguro para reflejar la cobertura que deseo

cancelar.¹ Les solicito que interrumpan todos los pagos o deducciones automáticos y que reembolsen todas las primas no devengadas menos todos los costos de cancelación a la Persona Asegurada a través de la cuenta de la tarjeta de crédito registrada o por cheque a la dirección precedente si fuera necesario.

La Persona Asegurada que suscribe declara, garantiza, reconoce y acepta que: (a) la Persona Asegurada desea cancelar la cobertura mencionada en la fecha indicada en primer término y (b) no se han realizado reclamos de ningún tipo, no se han presentado ni se realizarán ni aceptarán reclamos en virtud de la cobertura por las pérdidas sufridas a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cancelación y (c) todos los costos de cancelación y los ajustes en las primas se calcularán de acuerdo con los términos y condiciones del Certificado de Seguro y (d) a partir de la entrada en vigencia de la cancelación, ni la compañía de seguros, WorldTrips, su agente, representante, ni la Persona Asegurada tendrán derechos, responsabilidades ni obligaciones adicionales conforme al Certificado de Seguro. **Quienes presenten intencionalmente un reclamo falso o fraudulento de pago de un siniestro o beneficio o presenten intencionalmente información falsa en una solicitud de seguro serán considerados responsables de un delito y podrían ser pasibles de multas o de pena de prisión.**

Notificación a participantes del Programa de Intercambio de Visitantes: La Persona Asegurada que suscribe, por el presente, declara, garantiza, reconoce y acepta que: (i) los titulares de la Visa J deben contar con un seguro adecuado durante el período durante el cual se encuentren en el programa de patrocinio o en los EE. UU. y (ii) la falta de la cobertura requerida por la Visa J afectará la condición de la Persona Asegurada respecto de la Visa, incluida la de extranjero no residente en los EE. UU. y podría hacer pasible a la Persona Asegurada del cumplimiento de sanciones y requisitos relativos al impuesto sobre la renta, así como a las obligaciones de seguro previstas en la Ley de Atención Asequible y Protección para Pacientes de los EE. UU., incluida la obligación de mantener una cobertura esencial mínima y cualquier multa impositiva relacionada con la falta de esa cobertura.

WorldTrips se reserva el derecho de informar la cancelación de la cobertura al patrocinador del programa, a la escuela o al Departamento de Estado de los EE. UU. **Los visitantes de intercambio que no cumplan intencionalmente con el seguro previsto en el Artículo 62.14 del Título 22 del Código de Normas Federales (22 CFR § 62.14) mientras sean participantes en un programa de visitas de intercambio o que realicen declaraciones materiales falsas al patrocinador en relación con esa cobertura se considerará que violan las normas de los EE. UU. y su condición de visitante de intercambio podría ser anulada.**

Atentamente _____

Firma de la Persona Asegurada²

Enviar el formulario a:

Correo electrónico: orders@hccmis.com

Métodos alternativos de envío:

Fax: 317- 262- 2140

Envíe por correo a:

WorldTrips

Attn: StudentSecure Cancellation

P.O. Box 2005, Farmington Hills, MI 48333

¹ Puede obtener una copia de la declaración en <https://zone.worldtrips.com/clientzone/>

² Si este formulario lleva la firma de una persona que no sea la Persona Asegurada, el firmante garantiza su autoridad y capacidad para actuar y obligar a la Persona Asegurada.