

**Apollo MT**

250 Cushman St. Suite 4J  
Fairbanks, AK 99701

PLACE  
STAMP  
HERE

washington

**apollo mt**

**apollo medi trans**  
*tierra, aire cobertura por todo el estado*



Quando un emergencia ocurre, la ultima cosa que quieres pensar en es el gasto. Con una policia de Apollo Mt no tendrás que preocupar. Apollo Mt ofrecer policias de seguro que cubier transporte ambulancia en tierra y aire, dando a sus miembros paz interior al ocuparse de los costes de transporte médico.

**visítenos en**  
[www.apollomt.com](http://www.apollomt.com)  
**o llama 1-888-457-1711**



**Para recibir su policia, envíe este seccion con su pago a:**

Apollo MT  
250 Cushman St. Suite 4J  
Fairbanks, AK 99701

- Dos Apollo Medevac Emergency Plans**  
**Un año - \$100.00**
- Un Apollo Medevac Emergency Plan**  
**Seis meses - \$50.00**

Transporte de emergencia medico es costoso y muchas veces no es cubierto por planes estándares de seguro medico, dejando pacientes con grandes cuentas por transporte medico en cima de otro gastos medicos. Con un simple seguro de Apollo MT nunca tendra que preocuparse de transporte de emergencia otra vez.

Apollo MT puede cubier a una persona a pesar de enfermedad previa, estatus de seguro, o edad. Policias de seguro son activos tres días después de inscribirse. Planos de grupos y negocios también disponible. Llama 1-888-457-1711 para mas información.



**pollo Emergency Medevac Plan**  
\$50 por seis meses \$100 por un año

El Apollo Emergency Medevac Plan cubier a su familia entera por un año (cuando compras dos policias de seis meses) y asegura que la persona necesitando transporte de emergencia medico no pagara fuera de su bolsillo. Policias de seguro son activos tres días después de inscribirse y expirar en un año cuando compras dos policias de \$50.

Person Primario\*

Dependiente 1

Dependiente 2

Dependiente 3

Dependiente 4

Dependiente 5

Dirección Físico\*

Ciudad\* Estado\* Código Postal\*

Dirección de factura (si es diferente al dirección físico)

Ciudad Estado Código Postal

( ) -  
Teléfono\*

Correo electrónico

*\* Información Requerida*

**Informacion del Pago**

Tipo de pago: Visa MasterCard Discover

American Express Cheque Orden de dinero

Número de tarjeta: \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ CVV Código: \_\_\_\_\_

Nombre en tarjeta: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_