

## UPGRADE TO "MY TRAVEL ASSISTANCE"

I have been offered an upgrade to the My Travel Assistance "plus" insurance for my stay at the Hard Rock Los Cabos Hotel which gives an additional benefit of \$10,000 usd for medical assistance and an additional \$10,000 usd for funeral repatriation, in the event of being detected positive for Covid-19, in the amount of an additional \$10.00 per stay per person.

The only time to make your test appointment and upgrade your insurance will be at check in. There are no changes to your appointments.

We know that your time is very important to you, for that very reason we have made the effort to bring professionals to the property, in case you do not show up for your appointment you will lose your free test and in case you want to reschedule an appointment you will have to cover the cost of the requested test according to: Antigen OR PCR.

I authorize AMC Hospital to share the results of the COVID-19 test with Hotel Management to initiate the necessary protocols.

---

Se me ha ofrecido un ascenso a el seguro "plus" de My Travel Assistance para mi estadia en el Hotel Hard Rock Los Cabos la cual da un beneficio adicional de \$10,000 usd para asistencia médica y \$10,000 usd adicionales para repatriación funeraria, en caso de ser detectado positivo Covid-19, por la cantidad de \$10.00 dólares adicionales por estancia por persona.

El único momento para hacer su cita para la prueba y hacer el ascenso de su seguro será al check in. No hay cambios en sus citas.

Sabemos que su tiempo es muy importante para usted, por esa misma razón hemos hecho el esfuerzo de traer profesionales a la propiedad, en caso de no presentarse a su cita perderá su prueba gratuita y en caso de querer reagendar una cita tendrá que cubrir el costo de la prueba solicitada según sea: Antigeno O PCR.

Autorizo al Hospital AMC el compartir los resultados de la prueba del COVID-19 con la Gerencia del Hotel para iniciar los protocolos necesarios.

Accept / Acepto

Decline / Declino

NAME/ NOMBRE: \_\_\_\_\_

SIGNATURE/ FIRMA \_\_\_\_\_

DATE / FECHA: \_\_\_\_\_