

Seguro de salud para viajes de corta duración para individuos, familias y grupos.

P A T R I O T

Travel Serie



WWW.IMGGLOBAL.COM





RECURSOS DE UNA GRAN EMPRESA.

ACTITUD PERSONALIZADA.

Desde el año 1990, **IMG®** presta beneficios y servicios de asistencia mundiales a millones de clientes en casi todos los países alrededor del mundo. Siendo propiedad de Sirius Group —una empresa de \$2.6 mil millones de dólares, líder en la industria de seguros con calificación "A-" de AM Best—, IMG cuenta con una posición única para brindar la tranquilidad global (**Global Peace of Mind®**) que nuestros miembros necesitan.

- » **Servicios de asistencia médica y de viaje las 24 horas del día, los 7 días de la semana**
- » **Cobertura COVID-19 para viajeros a EE. UU.**
- » **Personal y administradores de reclamos multilingües**
- » **Profesionales de atención al cliente altamente capacitados**
- » **Valores centrales impulsados por un compromiso con los clientes**
- » **Centros de atención al cliente ubicados en los Estados Unidos y el Reino Unido**
- » **Seguridad financiera para cumplir con nuestro compromiso cuando usted más lo necesite**



Presencia global.
Atención local.



OBTENGA COBERTURA CUANDO ESTÉ LEJOS DE CASA.

Los viajes internacionales pueden ser una situación escalofriante si no está preparado para una emergencia médica. La mayoría de los viajeros asumen que ya están cubiertos por su plan estándar, pero esto no siempre es así. Si bien los planes domésticos brindan cobertura suficiente en el hogar, la mayoría no están diseñados para brindar la cobertura y la asistencia requeridas en un viaje internacional. No permita que su cobertura médica sea una incertidumbre. Elija el plan de **Patriot Travel®** que satisfaga sus necesidades y pase su tiempo disfrutando de la experiencia internacional *y no preocupado por su cobertura médica.*



P A T R I O T

Travel Series



Compare las diferencias entre los siguientes niveles de plan a fin de elegir la opción que más se adecúe a sus necesidades.

DENTRO DE LOS EE. UU

Si está viajando dentro de los Estados Unidos, le ofrecemos tres planes para satisfacer sus necesidades:

Patriot® AMERICA

- » **Límites máximos:** \$50,000 a \$1,000,000
- » **Deducible:** \$0 a \$2,500
- » **Extensiones:** Hasta 24 meses continuos
- » **Evacuación médica de emergencia:** \$1 millón
- » **Coseguro:**
 - Dentro de la red: IMG abona el 100 %
 - Fuera de la red: IMG abona el 80 % hasta \$5,000, luego el 100 %
- » **Enfermedad preexistente de inicio agudo:** Sin cobertura
- » **Transporte remoto:** Sin cobertura
- » **Accidente complementario:** Sin cobertura

Patriot America® PLUS

- » **Límites máximos:** \$50,000 a \$1,000,000
- » **Deducible:** \$0 a \$2,500
- » **Extensiones:** Hasta 24 meses continuos
- » **Evacuación médica de emergencia:** \$1 millón
- » **Coseguro:**
 - Dentro de la red: IMG abona el 100 %
 - Fuera de la red: IMG abona el 80 % hasta \$5,000, luego el 100 %
- » **Enfermedad preexistente de inicio agudo:** Hasta los 70 años, hasta el límite máximo. Límite máximo de \$25,000 por evacuación médica
- » **Transporte remoto:** Sin cobertura
- » **Accidente complementario:** Sin cobertura
- » **Cobertura de COVID-19:** hasta el máximo de la póliza (la contracción y el tratamiento deben ocurrir después de la fecha de vigencia)

Patriot America® PLATINUM

- » **Límites máximos:** \$2,000,000 a \$8,000,000
- » **Deducible:** \$0 a \$25,000
- » **Extensiones:** Hasta 36 meses continuos
- » **Evacuación médica de emergencia:** Hasta el límite máximo
- » **Coseguro:**
 - Dentro de la red: IMG abona el 100 %
 - Fuera de la red: IMG abona el 90% hasta \$5,000, luego el 100 %
- » **Enfermedad preexistente de inicio agudo:** Hasta los 70 años, con límites que varían con edad hasta \$1,000,000. Límite máximo de \$25,000 por evacuación médica
- » **Transporte remoto:** \$5,000 por período, máximo de por vida de \$20,000
- » **Accidente complementario:** \$300 por accidente cubierto
- » **Cobertura de COVID-19:** hasta el máximo de la póliza (la contracción y el tratamiento deben ocurrir después de la fecha de vigencia)

FUERA DE LOS EE. UU.

También tenemos opciones de planes para aquellos que viajen fuera de los Estados Unidos:

Patriot® INTERNATIONAL

- » **Límites máximos:** \$50,000 a \$1,000,000
- » **Deducible:** \$0 a \$2,500
- » **Extensiones:** Hasta 24 meses continuos
- » **Evacuación médica de emergencia:** \$1 millón
- » **Coseguro:** IMG abona el 100 % fuera de los EE. UU.
- » **Acute onset of pre-existing condition:** Hasta los 70 años con límites que varían con edad, hasta el límite máximo. Límite máximo de \$25,000 por evacuación médica
- » **Transporte remoto:** Sin cobertura
- » **Accidente complementario:** Sin cobertura
- » **Emergencia incidental en los EE. UU.:** Hasta 2 semanas

Patriot International® PLATINUM

- » **Límites máximos:** \$2,000,000 a \$8,000,000
- » **Deducible:** \$0 a \$25,000
- » **Extensiones:** Hasta 36 meses continuos
- » **Evacuación médica de emergencia:** Hasta el límite máximo
- » **Coseguro:** IMG abona el 100 % fuera de los EE. UU.
- » **Enfermedad preexistente de inicio agudo:** Hasta los 70 años, con límites que varían con edad hasta \$1,000,000. Límite máximo de \$25,000 por evacuación médica
- » **Transporte remoto:** \$5,000 por período, máximo de por vida de \$20,000
- » **Accidente complementario:** \$300 por accidente cubierto
- » **Emergencia accidental en los EE. UU.:** Hasta 2 semanas

Todas las coberturas y los beneficios de este plan están expresados en dólares estadounidenses (EE. UU.). Los beneficios están sujetos a las exclusiones y limitaciones y son pagaderos únicamente en caso de cargos Usuales, Razonables y Habituales. Este es un resumen de una selección de beneficios del plan ofrecidos meramente a modo ilustrativo, que de ninguna forma reemplaza al Certificado de Seguro ni a los documentos de la póliza vigente (en conjunto, el "Contrato de Seguro"). El Contrato de Seguro es la única fuente de los beneficios reales que se prestan.

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS

Los beneficios y niveles de cobertura que se describen a continuación son comunes para todos los productos de la serie Patriot Travel:

Beneficio	Cobertura
Servicios hospitalarios y ambulatorios	
Gastos médicos elegibles	Hasta el límite máximo
Visitas a médicos / Servicios	Hasta el límite máximo
Clínica de atención de urgencias	Copago de \$25. El copago no aplica cuando se selecciona el deducible de \$0. No sujeto a deducible.
Clínica ambulatoria	Copago de \$15. El copago no aplica cuando se selecciona el deducible de \$0. No sujeto a deducible.
Sala de emergencia hospitalaria: <i>Dentro de los EE. UU.</i>	Lesión no sujeta al deducible de la sala de emergencias. Enfermedad: Sujeto a un deducible de \$250 por cada visita a la sala de emergencias por un tratamiento que no derive directamente en una internación hospitalaria. Hasta el límite máximo.
Sala de emergencia hospitalaria: <i>Fuera de los EE. UU.</i>	Hasta el límite máximo
Hospitalización / habitación y comida	Tarifa promedio de una habitación semi-privada hasta el límite máximo. Servicios de enfermería incluidos.
Cuidados intensivos	Hasta el límite máximo
Visita cabecera <i>Internado en una unidad de cuidados intensivos</i>	Límite máximo de \$1,500. No sujeto a deducible.
Centro quirúrgico/hospitalario ambulatorio	Hasta el límite máximo
Laboratorio	Hasta el límite máximo

Todas las coberturas y los beneficios de este plan están expresados en dólares estadounidenses (EE. UU.). Los beneficios están sujetos a las exclusiones y limitaciones y son pagaderos únicamente en caso de cargos Usuales, Razonables y Habituales. Este es un resumen de una selección de beneficios del plan ofrecidos meramente a modo ilustrativo, que de ninguna forma reemplaza al Certificado de Seguro ni a los documentos de la póliza vigente (en conjunto, el "Contrato de Seguro"). El Contrato de Seguro es la única fuente de los beneficios reales que se prestan.

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS (CONT.)

Beneficio	Cobertura
Radiografías	Hasta el límite máximo
Quimioterapia / Radioterapia	Hasta el límite máximo
Pruebas previas de la internación	Hasta el límite máximo
Cirugía	Hasta el límite máximo
Cirugía reconstructiva <i>La cirugía es incidental y sigue luego de una cirugía cubierta en virtud del plan</i>	Hasta el límite máximo
Ayudante de cirugía	20 % de los honorarios elegibles del cirujano principal
Anestesia	Hasta el límite máximo
Equipo médico duradero	Hasta el límite máximo
Atención quiropráctica <i>Se requiere la receta médica o plan de tratamiento</i>	Hasta el límite máximo
Terapia física <i>Se requiere la receta médica o plan de tratamiento</i>	Hasta el límite máximo
Centro de cuidados prolongados <i>Luego del traslado directo desde un centro de cuidados agudos</i>	Hasta el límite máximo
Cuidado de enfermería en el hogar <i>Luego del traslado directo desde un centro de cuidados agudos</i>	Hasta el límite máximo
Recetas	
Recetas <i>Límite de dispensa por receta: 90 días</i>	Hasta el límite máximo
Servicios de Emergencia	
Ambulancia local de emergencia <i>Lesión o enfermedad que deriva en una internación hospitalaria</i>	Hasta el límite máximo. Sujeto a deducible y coseguro.

Todas las coberturas y los beneficios de este plan están expresados en dólares estadounidenses (EE. UU.). Los beneficios están sujetos a las exclusiones y limitaciones y son pagaderos únicamente en caso de cargos Usuales, Razonables y Habituales. Este es un resumen de una selección de beneficios del plan ofrecidos meramente a modo ilustrativo, que de ninguna forma reemplaza al Certificado de Seguro ni a los documentos de la póliza vigente (en conjunto, el "Contrato de Seguro"). El Contrato de Seguro es la única fuente de los beneficios reales que se prestan.



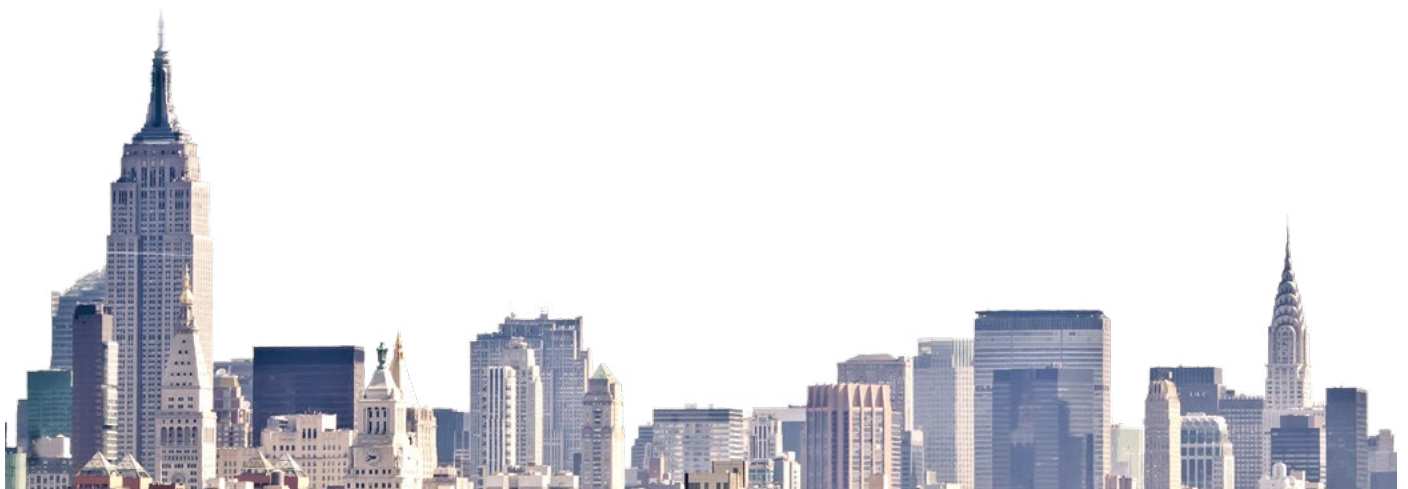
Beneficio	Cobertura
<p>Reunión de emergencia <i>Debe ser aprobada por anticipado por la empresa</i></p>	<p>Límite máximo de \$100,000. No sujeto a deducible.</p>
<p>Traslado en ambulancia a otro establecimiento <i>Traslado desde un establecimiento autorizado de atención médica a otro que deriva en una internación hospitalaria</i></p>	<p>La Compañía abona el 100 %</p>
<p>Evacuación por desastre natural <i>La compañía debe aprobarlo por anticipado</i></p>	<p>Límite máximo de \$25,000. No sujeto a deducible.</p>
<p>Evacuación política y repatriación <i>La compañía debe aprobarlo por anticipado</i></p>	<p>Límite máximo de \$100,000. No sujeto a deducible.</p>
<p>Regreso de un menor <i>La compañía debe aprobarlo por anticipado</i></p>	<p>Límite máximo de \$100,000. No sujeto a deducible.</p>
<p>Repatriación de restos mortales o cremación/entierro <i>La compañía debe aprobarlo por anticipado.</i></p>	<p>Hasta el límite máximo por repatriación de restos mortales o cenizas al país de residencia, o límite máximo de \$5,000 por cremación o entierro local en el país de fallecimiento. No sujeto a deducible.</p>
Otros servicios	
<p>Muerte accidental y desmembramiento (AD&D) <i>El fallecimiento debe ocurrir dentro de los 90 días del accidente</i></p>	<p>Monto de capital de \$50,000. No sujeto a deducible.</p>
<p>Muerte accidental en transporte público</p>	<p>\$25,000 por niño lesionado, \$100,000 por adulto asegurado, \$250,000 límite máximo por familia. No sujeto a deducible.</p>
<p>Tratamiento dental</p>	<p>Límite máximo de \$300 por accidente odontológico o dolor inesperado en un diente sano y natural. Sujeto a deducible y coseguro.</p>
<p>Lesión dental traumática <i>Tratamiento en un hospital debido a un accidente</i></p>	<p>Hasta el límite máximo. Todo tratamiento adicional por la misma lesión provisto por un proveedor odontológico se abonará al 100 %. Sujeto a deducible y coseguro.</p>

Todas las coberturas y los beneficios de este plan están expresados en dólares estadounidenses (EE. UU.). Los beneficios están sujetos a las exclusiones y limitaciones y son pagaderos únicamente en caso de cargos Usuales, Razonables y Habituales. Este es un resumen de una selección de beneficios del plan ofrecidos meramente a modo ilustrativo, que de ninguna forma reemplaza al Certificado de Seguro ni a los documentos de la póliza vigente (en conjunto, el "Contrato de Seguro"). El Contrato de Seguro es la única fuente de los beneficios reales que se prestan.





Beneficio	Cobertura
<p>Examen de vista de emergencia <i>Pérdida o daño de lentes correctivas recetadas debido a un accidente</i></p>	<p>Límite máximo de \$150 Deducible de \$50 por evento. Sujeto a coseguro.</p>
<p>Indemnización por hospitalización</p>	<p>\$250 por noche de internación, límite máximo de 10 noches. No sujeto a deducible.</p>
<p>Robo de identidad</p>	<p>Límite máximo de \$500. No sujeto a deducible.</p>
<p>Equipaje extraviado</p>	<p>\$50 por artículo; límite máximo de \$500. No sujeto a deducible.</p>
<p>Desastre natural</p>	<p>\$250 por día y límite máximo de cinco días por alojamiento. No sujeto a deducible.</p>
<p>Responsabilidad personal <i>Adicional a cualquier otro seguro</i></p>	<p>Límite máximo combinado de \$25,000. Lesión a un tercero: \$100 por lesión deducible. Daño a los bienes de un tercero: \$100 por daño deducible. Sin cobertura por lesiones a un tercero relacionado o daños a los bienes de un tercero relacionado.</p>
<p>Regreso de mascota <i>Para un gato o perro que viaje con la persona asegurada</i></p>	<p>Límite máximo de \$1,000. No sujeto a deducible.</p>
<p>Transporte aéreo de mascota pequeña Beneficio por muerte accidental <i>Para un gato o perro de hasta 30 libras que viaje con la persona asegurada</i></p>	<p>Límite máximo de \$500. No sujeto a deducible.</p>
<p>Terrorismo</p>	<p>Límite máximo de \$50,000. No sujeto a deducible.</p>
<p>Interrupción de viaje</p>	<p>Límite máximo de \$10,000. No sujeto a deducible.</p>



Todas las coberturas y los beneficios de este plan están expresados en dólares estadounidenses (EE. UU.). Los beneficios están sujetos a las exclusiones y limitaciones y son pagaderos únicamente en caso de cargos Usuales, Razonables y Habituales. Este es un resumen de una selección de beneficios del plan ofrecidos meramente a modo ilustrativo, que de ninguna forma reemplaza al Certificado de Seguro ni a los documentos de la póliza vigente (en conjunto, el "Contrato de Seguro"). El Contrato de Seguro es la única fuente de los beneficios reales que se prestan.

EXPANDA SU COBERTURA

Personalizar su cobertura a fin de que se adapte a sus necesidades mientras se encuentra lejos de casa es muy simple. Cuando presente su solicitud en línea o en papel, simplemente añada los anexos que necesite al plan seleccionado.

■ Anexo sobre deportes aventura

Si usted disfruta del turismo de aventura, es posible que quiera considerar el agregado de una cobertura complementaria a su plan. El Anexo sobre deportes aventura brinda cobertura por lesiones sufridas durante ciertos deportes extremos que de lo contrario estarían excluidos de su póliza de seguro.

Máximo de por vida

Edad 0-49: \$50,000

Edad: 50-59: \$30,000

Edad: 60-64: \$15,000

■ Anexo de reemplazo de líder o adulto acompañante

Si es designado como adulto acompañante y un miembro de su familia fallece de forma inesperada, tiene una emergencia médica o su vivienda es destruida y, por lo tanto, debe cancelar o interrumpir el viaje, este anexo cubre el reembolso de un boleto aéreo de ida y vuelta en clase turista hasta la suma de \$3,000 para un líder o adulto acompañante de reemplazo.

**La opción de este anexo se encuentra disponible únicamente en planes grupales.*

■ Anexo adicional de evacuación**

Si bien Patriot brinda cobertura de evacuación médica de emergencia para lesiones y enfermedades con riesgo de vida, el Anexo adicional de evacuación brinda cobertura de hasta \$25,000 por evacuaciones médicas si experimenta una condición médica repentina, sin riesgo de vida, que requiera una hospitalización. IMG organizará y cubrirá el transporte terrestre y aéreo al hospital más cercano capaz de brindarle tratamiento.

Nota: *Debe ser adquirido por un mínimo de tres meses independientemente de la cantidad mínima de días de viaje. La prima se cobra en incrementos de mes completo. Este beneficio se incluye con la compra de los planes Platinum.*

■ Anexo mejorado por Muerte accidental y desmembramiento (AD&D)**

Los accidentes ocurren, por lo tanto... ¿no sería mejor estar preparado, especialmente cuando se encuentre lejos de casa? El anexo de AD&D le pagará a usted o a sus beneficiarios hasta \$400,000 si su fallecimiento o desmembramiento es el resultado directo de un accidente.

Nota: *Disponible únicamente al asegurado primario. Disponible con una compra mínima de tres meses de cobertura médica y AD&D. La prima se cobra en incrementos de mes completo.*

***La opción de este anexo se encuentra disponible únicamente para planes individuales.*

Todas las coberturas y los beneficios de este plan están expresados en dólares estadounidenses (EE. UU.). Los beneficios están sujetos a las exclusiones y limitaciones y son pagaderos únicamente en caso de cargos Usuales, Razonables y Habituales. Este es un resumen de una selección de beneficios del plan que se ofrece meramente a modo ilustrativo y quede ninguna forma reemplaza al Certificado de Seguro ni a los documentos de la póliza vigente (en conjunto, el "Contrato de Seguro"). El Contrato de Seguro es la única fuente de los beneficios reales que se prestan.



TECNOLOGÍA INNOVADORA Y SERVICIOS PARA MIEMBROS

■ Portal de autoservicio para miembros



MyIMGSM le proporciona servicios al alcance de su mano, brindándole la información y las herramientas necesarias para administrar sus planes de IMG en cualquier momento, en cualquier lugar, a través de tecnología de primera calidad y fácil de usar. Tendrá acceso inmediato a estos importantes recursos en línea, incluso a nuestros centros de servicios disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año, acceso a los documentos del plan, herramientas para la administración de reclamos, Explicaciones de los Beneficios y mucho más.

■ Ahorros por descuentos en medicamentos



Universal Rx es un programa de ahorros por descuento que le permite comprar medicamentos con receta en cualquiera de las 35,000 farmacias participantes en los EE. UU. y recibir el precio que resulte menor entre 1) el precio del contrato de Universal Rx o 2) el precio minorista habitual de la farmacia. Esta red ofrece un proceso de reclamo simplificado con documentación mínima para el miembro si visita a un proveedor de la red.

Este programa no es una cobertura de seguro; es simplemente un programa de descuentos.

■ Acceso extensivo a la red



UnitedHealthcare ofrece a los viajeros en los EE. UU. acceso directo a una de las redes de proveedores más grandes de los EE. UU. que incluye:

- » Más de 1.4 millones de médicos
- » 6.797 hospitales
- » Más de 45,000 clínicas
- » 67,000 farmacias
- » 1.800 clínicas de conveniencia

International Provider AccessSM



Aquellos que viajen fuera de los EE. UU. también pueden disfrutar de acceso a atención médica de primera calidad en todo el mundo con nuestra propia red IPA que incluye:

- » Más de 18,550 médicos y establecimientos
- » Acuerdos de facturación directa que minimizan el tiempo y el gasto inicial

Worry Less.
Experience more.



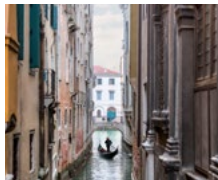
CÓMO OBTENER COBERTURA

- 1 **Paso 1:**
Comuníquese directamente con su productor de seguros para obtener una solicitud o busque la solicitud en línea.
- 2 **Paso 2:**
Complete su solicitud. Si presenta una solicitud como familia, puede incluirse a sí mismo, a su cónyuge y a las personas a su cargo en una sola solicitud. Complete una solicitud grupal si tiene dos o más asegurados primarios.
- 3 **Paso 3:**
Reciba el kit de cumplimiento que incluye una tarjeta de identificación, la declaración del seguro y un Certificado de Seguro que describa los detalles del plan. ¡Bienvenido a la familia de IMG!

CÓMO EXTENDER SU COBERTURA

A fin de satisfacer las necesidades de nuestros clientes, los planes de la serie Patriot Travel pueden ser adquiridos por hasta un período de 12 meses. Los planes Patriot America, Patriot International y Patriot America Plus pueden extenderse hasta 24 meses continuos, y los planes Patriot Platinum pueden extenderse hasta un máximo de 36 meses continuos. Para renovar su cobertura, por favor visite nuestro sitio web.

NOTIFICACIÓN IMPORTANTE ACERCA DE LA LEY SOBRE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y CUIDADO ASEQUIBLE (PPACA): Este seguro no está sujeto ni brinda los beneficios exigidos por la PPACA. A partir del 1 de enero de 2014, la PPACA les exige a los ciudadanos, a los nativos y a ciertos residentes de los EE. UU. que contraten una cobertura de seguro que cumpla con la PPACA, a menos que estén exentos. Las personas que tengan obligación de mantener una cobertura en virtud de la PPACA pero no lo hagan, serán pasibles de sanciones impositivas. La aptitud para contratar, extender o renovar este producto o sus términos y condiciones podría modificarse o reformarse sobre la base de los cambios en la legislación aplicable, incluida la PPACA. Tenga en cuenta que el asegurado es exclusivamente responsable de determinar qué requisitos del seguro le son aplicables, y la Compañía e IMG no tendrán ningún tipo de responsabilidad, incluso por cualquier sanción en la que una persona pueda incurrir por no contratar la cobertura exigida por la ley aplicable, que incluye, a mero título enunciativo, la PPACA. Para saber si la PPACA le resulta aplicable o si usted es apto para contratar el Seguro Médico para Viajes Patriot Travel Medical Insurance, por favor consulte las Preguntas Frecuentes de IMG en www.imglobal.com/faq.





COMPRENDEMOS SUS NECESIDADES.
SUPERAMOS SUS EXPECTATIVAS.



P A T R I O T

Travel Serie



GLOBAL
peace of mind



Información de contacto del productor

Crossborder Services LLC
5 GREENTREE CENTER STE 104
ROUTE 73
Marlton, NJ 08053-3422
Phone: 877-340-7910
Fax: 888-640-9807
info@americanvisitorinsurance.com

Esta invitación a realizar consultas les brinda a los solicitantes elegibles la oportunidad de solicitar información acerca del seguro que se ofrece y se limita a una breve descripción de los daños por los cuales podrían abonársele beneficios.

Los beneficios se ofrecen del modo descrito en el Contrato de seguro. Los beneficios están sujetos a todos los deducibles, coseguros, disposiciones, términos, condiciones, limitaciones y exclusiones incluidos en el Contrato de seguro.

Ciertos contratos contienen una exclusión por problemas de salud preexistentes y no cubren daños o gastos relacionados con problemas de salud preexistentes.

Este folleto contiene muchas de las valiosas marcas registradas, nombres, títulos, logos, imágenes, diseños, derechos de autor y otros materiales de propiedad, registrados y utilizados por International Medical Group, Inc. y sus representantes en todo el mundo. © 2007-2020 International Medical Group, Inc. Todos los derechos reservados.

El nombre y el logotipo de UnitedHealthcare son marcas registradas de UnitedHealth Group en el Estados Unidos y otras jurisdicciones.



CM00501089A200825



+1.317.655.4500



www.imglobal.com



insurance@imglobal.com



Version 0920



Tarifas diarias

DENTRO DE LOS EE. UU.

Patriot America®
(El destino incluye los EE. UU.)

Edad	Límite Máximo			
	\$50,000	\$100,000	\$500,000	\$1 millón
0 - 17	\$1.14	\$1.44	\$2.05	\$2.20
18 - 29	\$1.14	\$1.44	\$2.05	\$2.20
30 - 39	\$1.54	\$2.12	\$2.70	\$2.81
40 - 49	\$2.27	\$2.84	\$3.86	\$4.17
50 - 59	\$3.36	\$4.23	\$6.01	\$6.21
60 - 64	\$3.91	\$5.12	\$7.60	\$7.81
65 - 69	\$4.48	\$5.74	\$8.43	\$8.64
70 - 79	\$6.67	N/A	N/A	N/A
80 + *	\$11.26	N/A	N/A	N/A

*Límite de \$10,000

Patriot America Plus®
(Destination includes the U.S.)

Age	Maximum Limit			
	\$50,000	\$100,000	\$500,000	\$1 Million
0 - 17	\$1.32	\$1.68	\$2.35	\$2.61
18 - 29	\$1.33	\$1.68	\$2.39	\$2.61
30 - 39	\$1.79	\$2.47	\$3.14	\$3.33
40 - 49	\$2.65	\$3.31	\$4.49	\$4.94
50 - 59	\$4.18	\$5.26	\$7.47	\$7.85
60 - 64	\$4.86	\$6.37	\$9.45	\$9.88
65 - 69	\$6.07	\$7.79	N/A	N/A
70 - 79	\$9.43	N/A	N/A	N/A
80 + *	\$15.90	N/A	N/A	N/A

*\$10,000 limit

Patriot America Platinum
(Destination includes the U.S.)

Age	Maximum Limit		
	\$2 million	\$5 million	\$8 million
0 - 17	\$2.64	\$3.40	\$4.71
18 - 29	\$2.65	\$3.41	\$4.79
30 - 39	\$3.57	\$5.03	\$6.31
40 - 49	\$5.26	\$6.73	\$9.02
50 - 59	\$8.32	\$10.70	\$15.00
60 - 64	\$9.90	\$12.96	\$18.98
65 - 69*	\$12.10	N/A	N/A
70 - 79**	\$18.76	N/A	N/A
80 + ***	\$31.68	N/A	N/A

*\$1,000,000 limit **\$100,000 limit ***\$20,000 limit

Aquellos interesados en adquirir un plan grupal (por ej. dos asegurados primarios y al menos 5 asegurados) son elegibles para un descuento del **10 por ciento**.

FUERA DE LOS EE. UU.

Patriot International®
(El destino excluye los EE. UU.)

Edad	Límite Máximo			
	\$50,000	\$100,000	\$500,000	\$1 millón
0 - 17	\$0.74	\$0.90	\$1.05	\$1.16
18 - 29	\$0.77	\$0.95	\$1.10	\$1.22
30 - 39	\$0.91	\$1.10	\$1.39	\$1.45
40 - 49	\$1.53	\$1.80	\$2.05	\$2.07
50 - 59	\$2.59	\$2.98	\$3.16	\$3.22
60 - 64	\$3.25	\$3.55	\$3.84	\$3.88
65 - 69	\$3.82	\$4.15	\$4.80	\$5.18
70 - 79	\$5.70	N/A	N/A	N/A
80 + *	\$10.11	N/A	N/A	N/A

*Límite de \$10,000

Patriot International Platinum
(El destino excluye los EE. UU.)

Edad	Límite Máximo		
	\$2 millones	\$5 millones	\$8 millones
0 - 17	\$1.25	\$1.58	\$1.81
18 - 29	\$1.31	\$1.66	\$1.89
30 - 39	\$1.55	\$1.93	\$2.39
40 - 49	\$2.60	\$3.15	\$3.53
50 - 59	\$4.41	\$5.22	\$5.44
60 - 64	\$5.53	\$6.21	\$6.60
65 - 69	\$6.50	\$7.26	\$8.26
70 - 79*	\$9.69	N/A	N/A
80 + **	\$17.19	N/A	N/A

*Límite de \$100,000 **Límite de \$20,000

TARIFAS POR ANEXOS OPCIONALES

Anexo mejorado de AD&D*	
Cobertura adicional de hasta \$100,000	\$8 por mes
Cobertura adicional de hasta \$200,000	\$16 por mes
Cobertura adicional de hasta \$300,000	\$24 por mes
Cobertura adicional de hasta \$400,000	\$32 por mes

*Disponibles con una compra mínima de tres meses de cobertura médica y del anexo de AD&D. La prima se cobra en incrementos de mes completo.

Anexo adicional de evacuación*	
Prima por asegurado cubierto	\$45 por mes

*Disponibles para el asegurado primario únicamente en planes individuales. Debe adquirirse por un mínimo de tres meses independientemente de la cantidad mínima de días del viaje. La prima se cobra en incrementos de mes completo. El beneficio de Adicional de evacuación está incluido en los planes Platinum y se encuentra disponible en los planes Patriot America, Patriot America Plus y Patriot International como un anexo.

Anexo de reemplazo de líder o adulto acompañante*	Anexo sobre deportes aventura
10% de aumento sobre la prima básica	20% de aumento sobre la prima básica

*Disponibles únicamente en las solicitudes grupales.

Opciones de deducible adicional									
Deducible	\$0	\$100	\$250	\$500	\$1,000	\$2,500	\$5,000*	\$10,000*	\$25,000*
Factor de la tarifa	1.25	1.10	1.00	.90	.80	.70	.60	.55	.45

*Disponibles únicamente en los planes Platinum

Escriba en letra imprenta legible y complete TODAS LAS SECCIONES (frente y dorso) de esta solicitud. Envíe por correo postal, fax o correo electrónico a:
 International Medical Group, 2960 North Meridian Street, Ste. 300,
 Indianapolis, IN 46208-0509, USA Fax: +1.317.655.4505 Correo electrónico: insurance@imglobal.com

1 INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE PRIMARIO:		
Nombre:	Apellido:	Segundo nombre:
Número de identificación emitida por el gobierno:		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
País de ciudadanía:	País de residencia:	
País(es) de destino:	Fecha de entrada en vigencia solicitud: <small>(DD/MM/AAAA)</small>	

2 MÉTODO DE CUMPLIMIENTO Y ENTREGA DE INFORMACIÓN:		
<input type="checkbox"/> Las comunicaciones deben enviarse por correo electrónico a:		
<input type="checkbox"/> Para el kit de envío por correo postal SOLAMENTE: En lugar de recibir la confirmación de la cobertura a través de correo postal, prefiero recibir una copia en papel de la carta de verificación de la cobertura y del contrato de seguro en la siguiente dirección:		
Nombre:	Dirección:	
Ciudad:	Código postal:	País:
Si el domicilio proporcionado se encuentra en Florida, ¿el solicitante reside actualmente en Florida? <i>(Determinará el impuesto estatal a los seguros y no incidirá en la cobertura)</i>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

- PRESTO MI CONSENTIMIENTO PARA EL PROCESAMIENTO DE MI INFORMACIÓN PERSONAL PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS CONTRATADOS, INCLUSO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RECLAMOS, Y PARA LA RECEPCIÓN DE COMUNICACIONES PARA LOS MIEMBROS, DE CONFORMIDAD CON LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD DE IMG, QUE PUEDE HALLAR EN [IMGGLOBAL.COM/LEGAL/PRIVACY-POLICY](http://imglobal.com/legal/privacy-policy).
- ACEPTO RECIBIR INFORMACIÓN U OTRAS COMUNICACIONES RELEVANTES DE IMG ACERCA DE LAS COBERTURAS DE SEGURO Y LAS OPCIONES DE SERVICIOS. ENTIENDO QUE PODRÉ RETIRAR MI CONSENTIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO.

3 OPCIÓN DE PLAN Y OPCIONES DE COBERTURA ADICIONAL:		
Seleccione el plan de cobertura y el límite máximo. Marque un plan y una opción:		
Destino incluyendo los EE. UU.	Destino excluyendo los EE. UU.	
<input type="checkbox"/> Patriot® America	<input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$100,000 <input type="checkbox"/> \$500,000 <input type="checkbox"/> \$1,000,000	<input type="checkbox"/> Patriot International® <input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$100,000 <input type="checkbox"/> \$500,000 <input type="checkbox"/> \$1,000,000
<input type="checkbox"/> Patriot America® Plus	<input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$100,000 <input type="checkbox"/> \$500,000 <input type="checkbox"/> \$1,000,000	<input type="checkbox"/> Patriot International Platinum <input type="checkbox"/> \$2,000,000 <input type="checkbox"/> \$5,000,000 <input type="checkbox"/> \$8,000,000
<input type="checkbox"/> Patriot America Platinum	<input type="checkbox"/> \$2,000,000 <input type="checkbox"/> \$5,000,000 <input type="checkbox"/> \$8,000,000	

4 CÁLCULO DE LA PRIMA:									
Nombres de las personas que serán aseguradas: <i>Adjunte una hoja adicional si hay más hijos</i>					Fecha de nacimiento <small>(DD/MM/AAAA)</small>	Sexo	Tarifa diaria	Cant. de días	Total
Solicitante							_____ x _____ = 0		
Cónyuge							_____ x _____ = 0		
Hijo 1							_____ x _____ = 0		
Hijo 2							_____ x _____ = 0		
Hijo 3							_____ x _____ = 0		
								TOTAL	(A) \$ 0.00

5 OPCIÓN DE DEDUCIBLE:											
Seleccione un deducible, luego ingrese el monto del factor de la tarifa aplicable en el casillero de cálculo de la prima de la Sección 6(B)	Deducible	<input type="checkbox"/> \$0	<input type="checkbox"/> \$100	<input type="checkbox"/> \$250	<input type="checkbox"/> \$500	<input type="checkbox"/> \$1,000	<input type="checkbox"/> \$2,500	<input type="checkbox"/> \$5,000*	<input type="checkbox"/> \$10,000*	<input type="checkbox"/> \$25,000*	
	Factor de la tarifa	1.25	1.10	1.00	.90	.80	.70	.60	.55	.45	

*Disponible únicamente en los planes Platinum

Beneficiarios

Si los solicitantes desean designar a un beneficiario, puede accederse al formulario de designación de beneficiario en www.imglobal.com/member.

Escriba en letra imprenta legible y complete TODAS LAS SECCIONES (frente y dorso) de esta solicitud.

6 PRIMA DEL PLAN:	
PLAN BÁSICO	
(A) Total de la prima diaria (de la Sección 4)	\$ 0.00
(B) Factor de la tarifa del deducible (Consultar la Sección 5)	x _____
(C) Prima básica	= _____
OPCIONES DE COBERTURA ADICIONALES	
(D) Anexo sobre deportes aventura (ingrese 1.20, de resultar aplicable)	_____
Anexo mejorado de AD&D (Redondear al mes entero más cercano. Debe ser adquirido por un mínimo de tres meses independientemente de la cantidad mínima de días de viaje).	
_____ x _____ = 0	(E)
Cant. de meses	Tarifa
Anexo adicional de evacuación (Redondear al mes entero más cercano. Debe ser adquirido por un mínimo de tres meses independientemente de la cantidad mínima de días de viaje).	
_____ x _____ x \$45.00 = \$ 0.00	(F)
Cant. de meses	Cant. de asegurados
PRIMA TOTAL	
Ingrese el monto de (C)	_____
Ingrese el monto de (D)	x _____ = 0
Ingrese el monto de (E)	+ 0
Ingrese el monto de (F)	+ \$ 0.00
Correo urgente opcional \$20	+ _____
MONTO TOTAL PAGADERO	= 0
PARA USO EXCLUSIVO DEL PRODUCTOR DE IMG	
N.º de Productor: 57479	
Nombre: Crossborder Services LLC	
Dirección: 5 GREENTREE CENTER STE 1C	
Ciudad:	Estado:
Marlton	NJ
Código postal: 08053-3422	
Teléfono: 877-340-7910	
Correo electrónico: info@americanvisitorinsur	

7 SUSCRIPCIÓN

El abajo firmante, en representación de los individuos antes mencionados (los "solicitantes"), por el presente solicita y suscribe a Global Medical Services Group Insurance Trust, c/o MutualWealth Management Group, Carmel, Indiana, o a su sucesora, la cobertura de seguro antes solicitada y conforme es garantizada y emitida por Sirius Specialty Insurance Corporation (la Compañía) en la fecha de recepción del presente, y conforme es administrada por el representante autorizado de la Compañía y administrador del plan, International Medical Group, Inc. (IMG). Los solicitantes comprenden y acuerdan lo siguiente: (i) el seguro solicitado no es un plan de beneficios y asistencia para empleados, seguro por accidentes y salud, seguro de salud, seguro médico importante o plan de salud sujeto o en cumplimiento de las leyes de los EE. UU., sino que su objetivo es ser utilizado como una cobertura de viaje en caso de una enfermedad o lesión repentina e inesperada para la cual pueda haber una cobertura elegible disponible, (ii) los solicitantes deben pagar las primas por todo el período de cobertura de forma anticipada, y ninguna cobertura entrará en vigencia hasta que las primas requeridas hayan sido abonadas y esta solicitud haya sido aceptada por escrito por la Compañía, (iii) ninguna modificación o renuncia relacionada con esta solicitud o con la cobertura solicitada será obligatoria para la Compañía o IMG a menos que cuente con la aprobación escrita de un directivo de la Compañía o IMG, y (iv) la Compañía confía en la precisión, veracidad e integridad de la información aquí provista y toda declaración falsa u omisión incluida en el presente invalidará el contrato de seguro, y todos los reclamos y beneficios del presente se perderán y renunciarán, (v) por medio de la entrega de la presente solicitud o cualquier futuro reclamo por beneficios, los solicitantes deliberadamente inician y sacan provecho del privilegio de hacer negocios con la Compañía en Indiana a través de IMG como su agente de seguros y administrador del plan, el contrato de seguro, representado por la Póliza Maestra y acreditado por el Certificado de Seguro, se considerará emitido y efectuado en Indianápolis, Indiana, y el Condado de Marion, Indiana, tendrá jurisdicción exclusiva para resolver todo procedimiento legal relacionado con el seguro; y, en tal sentido, los solicitantes brindan su consentimiento. Los solicitantes prestan su consentimiento y acuerdan que la ley de líneas excedentes de Indiana registrará todos los derechos y reclamos presentados conforme al presente contrato de seguro. **RECONOCIMIENTO.** Los solicitantes comprenden y acuerdan lo siguiente: (i) el productor/agente/corredor de seguros que solicite, sea asignado o preste asistencia con respecto a esta solicitud es el agente y representante de los solicitantes e IMG actúa en cumplimiento de sus obligaciones contractuales hacia la Compañía y en nombre de la Compañía, (ii) el seguro no brinda beneficios por ninguna lesión, enfermedad u otro trastorno, condición o dolencia física, médica, mental o nerviosa existente, con una certeza médica razonable, al momento de la solicitud o en cualquier momento durante el período descrito en el contrato antes de la fecha de entrada en vigencia, ya sea que se haya manifestado o no anteriormente, ya sea sintomática o conocida, diagnosticada, tratada o informada a la Compañía antes de la fecha de entrada en vigencia, incluidas todas las complicaciones o consecuencias posteriores, crónicas o recurrentes relacionadas con dicho trastorno, condición o dolencia (una "condición preexistente"), y todos los cargos o reclamos incurridos por condiciones preexistentes estarán excluidos de la cobertura conforme se describe en el Certificado de Seguro, que se incorpora por referencia al presente y puede consultarse en imglobal.com/sample-contracts, (iii) ni los solicitantes, ni la Compañía ni IMG consideran que los sujetos del seguro solicitado son residentes, están ubicados o se prestarán expresamente en alguna jurisdicción en particular, y (iv) la Compañía, como aseguradora del plan, sólo será responsable de las coberturas y beneficios que se brindan en virtud del contrato de seguro, e IMG no tendrá responsabilidad directa o independiente en virtud de ningún contrato de seguro. **AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN** Los solicitantes autorizan a todo plan de salud, proveedor de atención médica, profesional de la salud, MIB, organismo del gobierno federal, estatal o local, compañía de seguros o reaseguro, agencia de información crediticia, empleador, plan de beneficios o cualquier otra organización o persona que les haya provisto atención, asesoramiento, diagnóstico, pago, tratamiento o servicios a ellos o en su nombre, que posea registros o conocimientos acerca de su salud, o cualquier información disponible con respecto a los diagnósticos, tratamientos y pronósticos en relación con cualquier condición física o mental o tratamiento, y cualquier información no médica acerca de ellos, a divulgar la totalidad de su historial médico, registro de medicaciones y cualquier otra información relacionada con ellos y a brindar toda la información a su agente registrado y a los representantes autorizados de la Compañía, IMG y sus afiliadas y subsidiarias. **CERTIFICADO.** Los solicitantes por el presente certifican, declaran y garantizan lo siguiente: (i) comprenden y han leído o les leyeron las declaraciones que anteceden y todos los materiales de marketing y modelos de contratos de seguro que fueron puestos a su disposición a pedido y antes de la solicitud, (ii) son elegibles para participar en el programa de seguro solicitado como un viajante para quien la cobertura de atención médica doméstica de los EE. UU. no se encuentra disponible, (iii) actualmente gozan de buena salud y no se les ha diagnosticado ni han solicitado ninguna consulta ni han sido tratados ni han experimentado manifestaciones o síntomas ni han padecido ningún otro problema de salud preexistente que los solicitantes anticipen que pueda requerir tratamiento durante el seguro o por el cual los solicitantes intenten reclamar en virtud del seguro, y (iv) ningún solicitante está internado, discapacitado o es VIH+. Si firma en calidad de representante legal del solicitante, el firmante garantiza su facultad y capacidad para actuar como tal y obligar a los solicitantes. Mediante la aceptación de la cobertura o presentación del reclamo por beneficios, el solicitante ratifica la facultad del firmante para actuar de ese modo y obligar a los solicitantes. **NOTIFICACIÓN IMPORTANTE ACERCA DE LA LEY SOBRE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y CUIDADO ASEQUIBLE (PPACA):** Este seguro no está sujeto ni brinda los beneficios exigidos por la PPACA. La PPACA exige a los ciudadanos, a los nativos y a los residentes extranjeros de los EE. UU. que contraten una cobertura de seguro que cumpla con la PPACA, a menos que estén exentos de dicha ley. Las personas que tengan obligación de mantener una cobertura en virtud de la PPACA, pero no lo hagan, serán pasibles de sanciones impositivas. La aptitud para contratar o renovar este producto o sus términos y condiciones podría modificarse o reformarse sobre la base de los cambios en la legislación aplicable, lo que incluye a la PPACA. Tenga en cuenta que el asegurado es exclusivamente responsable de determinar qué requisitos del seguro le son aplicables, y la Compañía y su Administrador no tendrán ningún tipo de responsabilidad, incluso por cualquier sanción en la que una persona pueda incurrir por no contratar la cobertura exigida por la ley aplicable, que incluye, a mero título enunciativo, la PPACA. **CONSENTIMIENTO DIGITAL.** Los solicitantes desean recibir información y comunicarse de forma electrónica, y preferir utilizar el correo electrónico en lugar del correo postal. Los solicitantes acuerdan que IMG, sus afiliadas y subsidiarias pueden enviarle comunicaciones en formato electrónico, y que las comunicaciones en papel no serán requeridas, a menos que el solicitante retire este consentimiento. Los solicitantes inequívocamente prestan su consentimiento a la transferencia de datos personales a entidades establecidas en un país fuera de los Estados Miembro de la UE. Este consentimiento se presta de forma libre y es específicamente para la administración de la cobertura y los beneficios y una indicación informada sobre los deseos de los solicitantes. Los solicitantes reconocen y comprenden que la transferencia es necesaria para el cumplimiento del contrato, realizada en respuesta a su solicitud, y necesaria para la conclusión o el cumplimiento de un contrato firmado en su interés. Los solicitantes también acuerdan que son responsables de brindarle a IMG la dirección de correo electrónico, la información de contacto y cualquier otra información verdadera, precisa y completa, y por mantener y actualizar inmediatamente todo cambio a esta información. Toda persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro o beneficio, o que deliberadamente brinde información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede quedar sujeta al pago de multas o a la pena de prisión.

Firma del asegurado o del representante (Requerido)	X
Fecha: ___/___/___ (DD/MM/AAAA)	Teléfono: _____

8 FORMA DE PAGO:

Visa MasterCard Discover American Express Transferencia Cheque (a IMG) Giro postal (a IMG) eCheck (ACH) (disponible a pedido)

Al entregar la información de mi cuenta, deseo abonar la prima con tarjeta de crédito o con la cuenta designada por cada solicitante que solicita la cobertura. Si la solicitud es aceptada, la prima se cobrará de la tarjeta de crédito o la cuenta designada, según el modo de pago que se haya seleccionado. Al firmar y enviar este formulario, el solicitante declara y garantiza que tiene la tarjeta o la autorización del titular de la cuenta para usar la cuenta y, de no ser así, se hará completamente responsable del pago y de todos los cargos derivados. Al enviar la solicitud firmada, acepto abonar con mi tarjeta de crédito o cuenta aplicable el monto de la prima pagadero y he leído todos los términos, condiciones y otras cuentas derivadas de esta solicitud. Este documento debe ser transmitido a IMG únicamente a través de un medio seguro.

N.º de tarjeta:	Fecha de vencimiento: (DD/MM/AAAA)	Nombre del titular de la tarjeta:
Firma: (Requerido)	Teléfono de contacto durante el día del titular de la tarjeta:	Correo electrónico:
Domicilio de facturación del titular de la tarjeta:		
El pago debe realizarse por la cantidad total de días consecutivos por los que desea cobertura. Todos los pagos deben realizarse en dólares estadounidenses en bancos de los EE. UU.		

Solicitud grupal (Para grupos con dos o más asegurados primarios)



Escriba en letra imprenta legible y complete TODAS LAS SECCIONES (frente y dorso) de esta solicitud. Envíe por correo postal, fax o correo electrónico a:
 International Medical Group, 2960 North Meridian Street, Ste. 300,
 Indianapolis, IN 46208-0509, USA Fax: +1.317.655.4505 Correo electrónico: insurance@imglobal.com

Adjunte hojas adicionales, de ser necesario

1	Nombre del miembro del grupo:		Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Número de identificación emitida por el gobierno:	Fecha de entrada en vigencia del miembro del grupo (DD/MM/AAAA)	Fecha de vencimiento del miembro del grupo (DD/MM/AAAA)	Fecha de partida del miembro del grupo, si es diferente de la del grupo (DD/MM/AAAA)	Tarifa diaria
	País de ciudadanía	País de residencia						
<input type="checkbox"/>								
1								
<input type="checkbox"/>								
2								
<input type="checkbox"/>								
3								
<input type="checkbox"/>								
4								
<input type="checkbox"/>								
5								
Marque el casillero que se encuentra frente al nombre del solicitante para identificar al acompañante/líder del cuerpo docente (si el Anexo de reemplazo de/líder o adulto acompañante es seleccionado).								Subtotal: A \$ 0.00

- SOY UN REPRESENTANTE AUTORIZADO DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO Y LOS MIEMBROS DEL GRUPO ACEPTAN EL PROCESAMIENTO DE SU INFORMACIÓN PERSONAL PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS CONTRATADOS, INCLUSO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RECLAMOS, Y PARA LA RECEPCIÓN DE COMUNICACIONES PARA LOS MIEMBROS, DE CONFORMIDAD CON LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD DE IMG.
- SOY UN REPRESENTANTE AUTORIZADO DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO Y LOS MIEMBROS DEL GRUPO ACEPTAN RECIBIR INFORMACIÓN RELEVANTE U OTRAS COMUNICACIONES DE IMG ACERCA DE LAS COBERTURAS DE SEGURO Y LAS OPCIONES DE SERVICIO. LOS MIEMBROS DEL GRUPO COMPRENDEN QUE PUEDEN RETIRAR SU CONSENTIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO.

2 Prima:

\$ 0.00 × = \$ 0.00
 Subtotal A (de la cifra indicada anteriormente) Cant. de días Total B

A pagar en cuotas mensuales (por favor calcule la prima total en la sección 5 de la solicitud)

Prima Total ÷ Cantidad de meses = Arancel de facturación \$ 1 U.UU \$ Pago periódico (Pago inicial mínimo requerido)

5 Prima del plan:

PLAN BÁSICO

(A) Total de la prima diaria (del Total B en la Sección 2) \$ 0.00

(B) Factor de la tarifa del deducible (Consultar la Sección 4) × 1

(C) Factor de descuento de grupo (Ingrese .90 si su grupo consiste en al menos 5 miembros) × 1

(D) Prima básica = 0

OPCIONES DE COBERTURA ADICIONALES

Anexo sobre deportes aventura (ingrese .20, de resultar aplicable) _____

Anexo para Acompañantes (ingrese .10, de resultar aplicable) + _____

(E) Factor(es) total(es) del Anexo = 0

PRIMA TOTAL

Ingrese el monto de (D) 0

Ingrese el monto de (E) a la derecha de 1. × 1 0 1

Correo urgente opcional \$20 + _____

MONTO TOTAL PAGADERO = 0

3 Opciones del plan:

Seleccione el plan de cobertura y el límite máximo. Marque un plan y una opción:

Destino incluyendo los EE. UU.

Patriot® America \$50,000 \$100,000 \$500,000 \$1,000,000

Patriot America® Plus \$50,000 \$100,000 \$500,000 \$1,000,000

Patriot America Platinum \$2,000,000 \$5,000,000 \$8,000,000

Destino excluyendo los EE. UU.

Patriot International® \$50,000 \$100,000 \$500,000 \$1,000,000

Patriot International Platinum \$2,000,000 \$5,000,000 \$8,000,000

4 Opción deducible:

Seleccione un deducible, luego ingrese el monto del factor de la tarifa aplicable en el casillero de cálculo de la prima de la Sección 5(B)

Deducible	\$0	\$100	\$250	\$500	\$1,000	\$2,500	\$5,000*	\$10,000*	\$25,000*
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Factor de la tarifa	1.25	1.10	1.00	.90	.80	.70	.60	.55	.45

*Disponible únicamente en los planes Platinum

- Beneficiarios:**
- (Consulte el texto del Certificado para conocer la designación del Beneficiario) En caso de muerte accidental y/o muerte accidental en transporte público del asegurado, los beneficiarios serán los siguientes:
- 1) Cónyuge (si corresponde) - Beneficiario Primario
 - 2) Hijos (si corresponde) - Primer Beneficiario Contingente
 - 3) Patrimonio del asegurado - Segundo Beneficiario Contingente

6 Contacto del grupo u Organización patrocinadora (si corresponde):

Nombre de la Organización patrocinadora (si corresponde):

Dirección postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Nombre del funcionario de contacto responsable:		Número de identificación emitida por el gobierno:	
Número de identificación emitida por el gobierno:			Número telefónico:

Opción de correo postal: En lugar de recibir la confirmación de la cobertura a través de correo postal, prefiero recibir una copia en papel de la carta de verificación de la cobertura y del contrato de seguro en la siguiente dirección:

Si el domicilio proporcionado se encuentra en Florida, ¿el grupo reside actualmente en Florida? Sí No
(Determinará el impuesto estatal a los seguros y no incidirá en la cobertura)

Fecha de entrada en vigencia solicitada:	(DD/MM/AAAA)	Primera fecha de partida:	(DD/MM/AAAA)
		Fecha de vencimiento solicitada:	(DD/MM/AAAA)

Propósito del viaje y Programa:

7 Forma de pago:

Visa MasterCard Discover American Express Transferencia Cheque (a IMG) Giro postal (a IMG) eCheck (ACH) (disponible a pedido)

Al entregar la información de mi cuenta, el Patrocinador desea abonar la prima con tarjeta de crédito o con la cuenta designada por cada solicitante que solicita la cobertura. Si la solicitud es aceptada, la prima se cobrará de la tarjeta de crédito o la cuenta designada, según el modo de pago que se haya seleccionado. Al firmar y enviar este formulario, el Patrocinador declara y garantiza que posee la tarjeta o la autorización del titular de la cuenta para usar la cuenta y, de no ser así, se hará completamente responsable del pago y de todos los cargos que se devenguen. Al enviar la solicitud firmada, el Patrocinador acepta abonar con su tarjeta de crédito o cuenta aplicable el monto de la prima pagadero y reconoce haber leído todos los términos, las condiciones y otras declaraciones incluidas esta solicitud. Este documento debe ser transmitido a IMG únicamente a través de un medio seguro.

N.º de tarjeta:	Fecha de vencimiento	(DD/MM/AAAA)	Nombre del titular de la tarjeta:
Firma: (Requerido)	Teléfono de contacto durante el día del titular de la tarjeta:		Correo electrónico:

Domicilio de facturación del titular de la tarjeta:

El pago debe realizarse por la cantidad total de días consecutivos por los que desea tener cobertura. Todos los pagos deben realizarse en dólares estadounidenses en bancos de los EE. UU.

Suscripción. El abajo firmante, en representación del Patrocinador o de la Organización y de los individuos antes mencionados (en conjunto, los "solicitantes"), declara y garantiza que es el representante autorizado de los solicitantes y por el presente solicita y suscribe, en nombre de cada individuo enumerado en el formulario de solicitud, a Global Medical Services Group Insurance Trust, c/o MutualWealth Management Group, Carmel, Indiana, o a su sucesora, la cobertura de seguro antes solicitada y conforme es garantizada y emitida por Sirius Specialty Insurance Corporation (la Compañía) en la fecha de recepción del presente, y conforme es administrada por el representante autorizado de la Compañía y administrador del plan, International Medical Group, Inc. (IMG). Los solicitantes comprenden y acuerdan lo siguiente: (I) el seguro solicitado no es un plan de beneficios y asistencia para empleados, seguro por accidentes y salud, seguro de salud, seguro médico importante o plan de salud sujeto o en cumplimiento de las leyes de los EE. UU., sino que su objetivo es ser utilizado como una cobertura de viaje en caso de una enfermedad o lesión repentina e inesperada para la cual pueda haber una cobertura elegible disponible, (II) los solicitantes deben pagar las primas por todo el período de cobertura de forma anticipada, y ninguna cobertura entrará en vigencia hasta que las primas requeridas hayan sido abonadas y esta solicitud haya sido aceptada por escrito por la Compañía, (III) ninguna modificación o renuncia relacionada con esta solicitud o con la cobertura solicitada será obligatoria para la Compañía o IMG a menos que cuente con la aprobación escrita de un directivo de la Compañía o IMG, y (IV) la Compañía confía en la precisión, veracidad e integridad de la información aquí provista y toda declaración falsa u omisión incluida en el presente invalidará el contrato de seguro, y todos los reclamos y beneficios del presente se perderán y renunciarán, (V) por medio de la entrega de la presente solicitud o cualquier futuro reclamo por beneficios, los solicitantes deliberadamente inician y sacan provecho del privilegio de hacer negocios con la Compañía en Indiana a través de IMG como su agente de seguros y administrador del plan, el contrato de seguro, representado por la Póliza Maestra y acreditado por el(los) Certificado(s) de Seguro, se considerará emitido y efectuado en Indianápolis, Indiana, y el Condado de Marion, Indiana, tendrá jurisdicción exclusiva para resolver todo procedimiento legal relacionado con el seguro; en tal sentido, los solicitantes brindan su consentimiento. Los solicitantes prestan su consentimiento y acuerdan que la ley de líneas excedentes de Indiana regirá todos los derechos y reclamos presentados conforme al presente contrato de seguro. **Reconocimiento.** Los solicitantes comprenden y acuerdan lo siguiente: (I) el productor/agente/corredor de seguros que solicite, sea asignado o preste asistencia con respecto a esta solicitud es el agente y representante de los solicitantes e IMG actúa en cumplimiento de sus obligaciones contractuales hacia la Compañía y en nombre de la Compañía, (II) el seguro no brinda beneficios por ninguna lesión, enfermedad u otro trastorno, condición o dolencia física, médica, mental o nerviosa existente, con una certeza médica razonable, al momento de la solicitud o en cualquier momento durante los tres (3) años anteriores a la fecha de entrada en vigencia de este seguro, ya sea que se haya manifestado o no anteriormente, ya sea sintomática o conocida, diagnosticada, tratada o informada a la Compañía antes de la fecha de entrada en vigencia, incluidas todas las complicaciones o consecuencias posteriores, crónicas o recurrentes relacionadas con dicho trastorno, condición o dolencia (una "condición preexistente"), y todos los cargos o reclamos incurridos por condiciones preexistentes estarán excluidos de la cobertura conforme se describe en el Certificado de Seguro, que se incorpora por referencia al presente y puede consultarse en imglobal.com/sample-contracts, (III) ni los solicitantes, ni la Compañía ni IMG consideran que los sujetos del seguro solicitado son residentes, están ubicados o se prestarán expresamente en alguna jurisdicción en particular, y (IV) la Compañía, como aseguradora del plan, sólo será responsable de las coberturas y beneficios que se brinden en virtud del contrato de seguro, e IMG no tendrá responsabilidad directa o independiente en virtud de ningún contrato de seguro. **Autorización para divulgar información.** Los solicitantes autorizan a todo plan de salud, proveedor de atención médica, profesional de la salud, MIB, organismo del gobierno federal, estatal o local, compañía de seguros o reaseguro, agencia de información crediticia, empleador, plan de beneficios o cualquier otra organización o persona que les haya provisto atención, asesoramiento, diagnóstico, pago, tratamiento o servicios a ellos o en su nombre, que posea registros o conocimientos acerca de su salud, o cualquier información disponible con respecto a los diagnósticos, tratamientos y pronósticos en relación con cualquier condición física o mental o tratamiento, y cualquier información no médica acerca de ellos, a divulgar la totalidad de su historial médico, registro de medicaciones y cualquier otra información relacionada con ellos y a brindar toda la información a su agente registrado y a los representantes autorizados de la Compañía, IMG y sus afiliadas y subsidiarias. **Certificado.** Los solicitantes por el presente certifican, declaran y garantizan lo siguiente: (i) comprenden y han leído o les leyeron las declaraciones que anteceden y todos los materiales de marketing y modelos de contratos de seguro que fueron puestos a su disposición a pedido y antes de la solicitud, (ii) son elegibles para participar en el programa de seguro solicitado como un viajante para quien la cobertura de atención médica doméstica de los EE. UU. no se encuentra disponible, (iii) actualmente gozan de buena salud y no se les ha diagnosticado ni han solicitado ninguna consulta ni han sido tratados ni han experimentado manifestaciones o síntomas ni han padecido ningún otro problema de salud preexistente que los solicitantes anticipen que pueda requerir tratamiento durante el seguro o por el cual los solicitantes intenten reclamar en virtud del seguro, y (iv) ningún solicitante está internado, discapacitado o es VIH+. Si firma en calidad de representante legal del solicitante, el firmante garantiza su facultad y capacidad para actuar como tal y obligar a los solicitantes. Mediante la aceptación de la cobertura o presentación del reclamo por beneficios, el solicitante ratifica la facultad del firmante para actuar de ese modo y obligar al solicitante. **Los solicitantes** declaran y garantizan que en virtud del seguro ofrecido a los solicitantes, la participación en el programa es completamente voluntaria; las únicas funciones del Patrocinador con respecto al seguro son, sin respaldar al programa, permitir que la aseguradora publique el programa a los solicitantes, cobrar las primas y remitirlas a la aseguradora; y el Patrocinador no recibirá ninguna remuneración monetaria o de ningún otro tipo en relación con el seguro. El Patrocinador reconoce y acuerda que debe divulgar ciertos materiales, incluso informes, declaraciones, avisos y otros documentos, a los solicitantes, beneficiarios y otros individuos especificados que incluyen, a mero título enunciativo, la entrega de ciertos materiales a todos los solicitantes cubiertos en virtud del contrato de seguro y a los beneficiarios que reciban beneficios en virtud del contrato de seguro en determinados momentos o si ocurren ciertos eventos; la entrega de ciertos materiales a los solicitantes y beneficiarios, a pedido de ellos; y la puesta a disposición de los solicitantes y beneficiarios de ciertos materiales para su inspección en momentos y lugares razonables. El Patrocinador declara y garantiza que implementará las medidas que sean razonablemente calculadas para garantizar el recibo efectivo e inmediato de los materiales por parte de los solicitantes, beneficiarios y otros individuos especificados. **Ley sobre Protección al Paciente y Cuidado Asequible (PPACA).** El Patrocinador informó a todos los participantes que ellos, así como sus cónyuges y dependientes que los acompañen, también pueden estar sujetos a los requisitos de la Ley de Cuidado Asequible. Los solicitantes comprenden y acuerdan lo siguiente: (i) este seguro no está sujeto ni brinda beneficios exigidos por la PPACA; (ii) a partir del 1 de enero de 2014, la PPACA les exige a los ciudadanos, a los nativos y a los residentes extranjeros de los EE. UU. que contraten una cobertura de seguro que cumpla con la PPACA, a menos que estén exentos de dicha ley; las personas que tengan obligación de mantener una cobertura en virtud de la PPACA pero no lo hagan, serán pasibles de sanciones impositivas; (iii) la aptitud para contratar, extender o renovar este producto o sus términos y condiciones podría modificarse o reformarse sobre la base de los cambios en la legislación aplicable, incluida la PPACA; y (iv) los solicitantes comprenden que son exclusivamente responsables de determinar si la PPACA es aplicable para ellos, y la Compañía y su Administrador no tendrán responsabilidad alguna, incluso por las sanciones en las que los solicitantes puedan incurrir por no contratar la cobertura exigida por la ley aplicable, que incluye, a mero título enunciativo, la PPACA. El Patrocinador por el presente coordina el ofrecimiento de un seguro a los solicitantes, y los solicitantes han autorizado esta acción de forma voluntaria y por escrito, y también han tenido una oportunidad para realizar otros acuerdos para obtener cobertura. Estas autorizaciones se encuentran en los registros del Patrocinador y estarán disponibles para la Compañía a pedido. **Consentimiento digital.** Los solicitantes desean recibir información y comunicarse de forma electrónica, y prefieren utilizar el correo electrónico en lugar del correo postal. Los solicitantes acuerdan que IMG, sus afiliadas y subsidiarias pueden enviarle comunicaciones en formato electrónico, y que las comunicaciones en papel no serán requeridas, a menos que el solicitante retire este consentimiento. Los solicitantes inequívocamente prestan su consentimiento a la transferencia de datos personales a entidades establecidas en un país fuera de los Estados Miembro de la UE. Este consentimiento se presta de forma libre y es específicamente para la administración de la cobertura y los beneficios y una indicación informada sobre los deseos de los solicitantes. Los solicitantes reconocen y comprenden que la transferencia es necesaria para el cumplimiento del contrato, realizada en respuesta a su solicitud, y necesaria para la conclusión o el cumplimiento de un contrato firmado en su interés. Los solicitantes también acuerdan que son responsables de brindarle a IMG la dirección de correo electrónico, la información de contacto y cualquier otra información verdadera, precisa y completa, y por mantener y actualizar inmediatamente todo cambio a esta información. Toda persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro o beneficio, o que deliberadamente brinde información falsa en una solicitud de seguro será hallada culpable de un delito y puede quedar sujeta al pago de multas o a la pena de prisión.

Firma del Directivo Responsable X	Fecha:	(DD/MM/AAAA)
Para uso exclusivo del productor de IMG		
Número de Productor:	Nombre:	
Correo electrónico:	Número de teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Estado: Código postal: