



Patriot Travel Medical Insurance[®] Patriot旅行医疗保险

适合个人、家庭与团体的短期旅行医疗保险

WWW.IMGGLOBAL.COM



为什么选择IMG?

25年以来, 国际医疗集团 (International Medical Group/IMG) 为世界各地近百万名会员提供全球旅行医疗保险赔偿与服务。我们致力于始终与我们的会员在一起, 无论他们位于世界何地, 我们会为他们提供遍及全球的身心安宁服务。IMG提供24小时全年无假日的全球服务与医疗管理服务, 配有会讲多种语言的保险索赔负责人, 以及经过高级培训的客户服务人员, IMG向世界各地会员以他们想要的服务方式提供保险产品。



全球支持。凭借在全球范围内的办事处和合作伙伴, IMG为您提供您所需的支持。事实上, 我们的企业使命是保护和改善您的健康和安乐。



财政稳定。我们全球公认的承销商、A级Sirius国际保险公司(公共)以及Lloyd的某些承销商, 向国际客户提供所需要的财政安全与信誉。



无障碍服务。拥有一支国际化的、会讲多种语言的专家团队, 我们可以为不同时区、语言及币种服务。我们的全球影响力意味着我们可以无障碍工作。



易于使用的技术。登录到我们安全的、24小时在线网站, MyIMGSM, 可以提交并查看您的保险索赔信息, 管理您帐号, 搜索加盟的医生与医院, 与公司代表在线交谈, 以及更多服务。



国际医生与医院 (IPA)。除了在美国内接受治疗时, 被广泛使用的PPO医生医院网以外, 我们专有的1.7万名国际技术精湛的医生与先进医疗设备网 (IPA), 可以让您在全世界范围内享受高质量的医疗护理服务。我们直接的计费安排, 让您在所选择的医生、医院处节省时间并减少预付费用。



国际紧急护理。当您出门在外, 发生了紧急医疗事件时, 您可能无法等到正常的工作时间。有我们现场医疗人员在, 您可以24小时随时与我们高素质的紧急医疗服务协调员及国际治疗协调员联系。



为什么选择PATRIOT旅行医疗保险？

如果您没有准备好应对医疗应急，国际旅行很可能成为一次心惊胆战的经历。大多数旅行者假设他们标准的医疗保险计划会保障其在外国的利益，但事实常常并非如此。虽然传统的保险计划也许会为国内旅行提供充足保障，但它们不适合国际旅行。没有注意到这一点，您可能在拿您的健康冒险。

不要让您的医疗保险成为不确定性因素。使用IMG设立的两种Patriot旅行医疗保险计划中的任意一种保险计划，您可以有更多时间享受异国旅行，而花较少时间担心医疗保险。

- **Patriot International®**为在国外旅行的美国公民提供医疗保障（包括其短暂的返回美国或其领土时的医疗保障）。
- **Patriot America®**为非美国公民在其本国之外的国家旅行时提供医疗保障。

两种计划均可用于个人、家庭以及团体，在最少五天至最多2年期限内，提供完整的国际旅行医疗赔偿福利。

额外的世界级的服务

■ MyIMGSM

指尖上的服务 — 这就是 MyIMG所提供的服务。MyIMG是 www.imglobal.com/member 网站上专有的在线服务，可以随时、随地向您提供管理您IMG账号的信息与工具。我们的服务以美国为中心，欧洲地区则提供全天24小时协助紧急事件服务，通过 MyIMG您可以快速地使用重要的工具与资源。一些特色包括：

- » 提交并管理索赔
- » 使用赔偿福利解释资料(EOBs)
- » 发启预先认证
- » 通过在线聊天、邮件或电话，联系客户关怀服务
- » 寻找医生或医院
- » 推荐医生或医院
- » 获取ID卡与其他保险文件

■ 通用的处方药店折扣储蓄

这个折扣储蓄项目让您在美国3.5万个加盟的处方药店中的任意一家店内，用以下两种价格中较便宜的价格购买药品：1) 通用处方合同价格；2) 药店常用零售价格。此项目不是保险项目；只是单纯的折扣项目。

保险期限内最高赔偿限额	\$50,000, \$100,000, \$500,000, \$1,000,000, \$2,000,000 (仅限Patriot International)
个人自付额	\$0, \$100, \$250, \$500, \$1,000, \$2,500
住院医疗保险	平均半私人房间, 最多至最高限额。包括护理服务。
重病监护	最多至最高限额
急救室	最多至最高限额。如果无需住院治疗, 则需承担额外\$250自付额。
手术	最多至最高限额
医师问诊	最多至最高限额
诊断过程	最多至最高限额
处方药	最多至最高限额
家庭医疗服务	最多至最高限额
当地急救车费	最多至最高限额
耐用医疗设备	最多至最高限额
紧急牙病治疗	因意外事故导致的牙科治疗, 可保至最大限额; 健康牙齿突发的意外疼痛, 最高\$100
紧急医疗运送*	最多至最高限额\$500,000。不受限于自付额。
紧急团聚*	最多至最高限额\$500,000。不受限于自付额。
遣返未成年子女*	最多至最高限额\$500,000。不受限于自付额。
送回遗体/火葬/埋葬*	对于送回遗体或骨灰, 最多至\$50,000; 对于在死亡地点火葬/埋葬, 最多至\$5,000。不受限于自付额。
政治避难	最多至最高限额\$10,000。不受限于自付额。
自然灾害	对于住宿, 最多至\$100/天, 最多5天。不受限于自付额。
意外死亡/伤残	\$25,000本金。不受限于自付额。

保险赔偿金额表(继续)

公共交通意外死亡	\$50,000/被保险人员, 最大限额\$250,000/终生或家庭。不受限于自付额。
行程中断	最多最高限额至\$5,000。不受限于自付额。
丢失行李	最多至\$50/物品; 最多至最高限额\$250。不受限于自付额。
医院赔偿	最多至\$100/晚(最多10晚)。不受限于自付额
身份失窃	最多至最高限额\$500。不受限于自付额。
恐怖事件	最多至最高限额\$50,000。不受限于自付额。
偶尔的本国内保险	最多14天承保期
在美国的偶发的紧急事件保障(仅限Patriot International)	最多14天承保期。仅适用于在美国往返东道国旅行期间出现的承保范围内的紧急医疗运送或紧急伤害或疾病。
共同保险 - 针对于在美国境外接收的治疗	无共同保险(0%)
共同保险 - 针对于在美国境内接收的治疗	PPO网以内 - 公司支付符合赔偿要求的医疗费用的90%, 最多\$5,000, 之后0% PPO网以外 - 公司支付符合赔偿要求的医疗费用的80%, 最多\$5,000, 之后100%
预认证	如不符合预认证的条款要求, 可减免50%的符合赔偿要求的医疗费用。
持续治疗阶段	六个月/受伤或疾病
70岁之前已有病症的突然发作医疗(仅限Patriot International)	美国公民 , 拥有初级保健计划, 年龄高至65岁: 最多至最高限额 美国公民 , 没有初级保健计划, 年龄高至65岁: 最多至\$20,000 65岁以上的美国公民 : 最高至\$25,000 非美国公民 , 年龄高至70岁: 最多至最高额或\$50,000(取两者中的较低额)
已有病症的突然发作 - 紧急医疗运送(仅限Patriot International)	年龄最高至65岁: 最多至最高限额\$25,000。
旅行结束后母国保险	每购买连续六个月的旅行医疗保险, 一个月的母国保险, 最多为两个月的旅行结束后母国保险。(只适用个人计划)

保单中的所有承保和赔偿金额均以美元为单位。赔偿金额受制于除外条款和限制条款的要求, 仅以常规、合理且通常的费用进行支付。本图例仅是对所提供的赔偿金额汇总信息的摘要, 不能以任何形式取代保险凭单或支配保单文件(统称为“保险合同”)。保险合同是所提供的赔偿金额的唯一来源文件。*必须事先获得批准并由公司协调。”

客户附加保险

Patriot旅行医疗保险提供几种附加保险。您可以从以下列表中查看并选择满足您需求的附加险。想要申请，只需在计算表中添加恰当的信息与保险费，正如申请概述所描述的，即可得到总共应付的保险费。请注意：除了增强型AD&D附加险及行为监护人/学院领导更换附加险，其它的额外附加险适用于在申请表上列出的所有个人。

冒险运动附加险 (适用于64岁以下的投保人)	年龄	终生最高限额
	0 - 49	\$50,000
	50 - 59	\$30,000
	60 - 64	\$15,000

增强型AD&D附加险

(只适用于个人计划的主投保人) 最多至额外\$400,000

公民回国附加险

最多至最高限额 (美国公民最多有60天承保期)

运送附加险

(只适用于个人计划65岁以下的投保人)

不危及生命的医疗运送：最多至最高额\$25,000。自然灾害运送：最多至最高额\$5,000。

行为监护人/学院领导更换附加险

(只适用于群体计划)

对于往返经济机票，最多至最高额 \$3,000

资格

Patriot旅行医疗保险适用于美国公民及永久居民在美国境外旅行，涵盖了其短暂返回美国时的保险，也适用于在母国境外旅行的非美国公民。对于65岁以下到美国游玩的游客，您初始承保期必须在您抵达美国后6个月内开始计算。对于65岁以上的投保人，您初始承保期在您抵达美国后30天内开始计算。这些要求可以被豁免，如果您可以提供之前有效的国际医疗保险证据。之前的美国境内健康保险不满足此资格要求。请在申请表上填写您国际承保商名称。如果申请时，您不在美国，请在申请表上注明您预计抵达日期。

注册

想要注册，您只需完成并返还申请表。如果您以家庭申请，您可以在一张申请表上填写您自己、您的配偶与孩子。如果您有18岁或18岁以上的孩子，您需为他们单独填写一张申请表。如果申请成功，您会收到一个资料包，里面有身份识别卡、保险凭证、以及一份包括完整计划赔偿福利、计划特例以及计划条款的文书证件。

更新与续保

根据不同的计划条款，Patriot旅行医疗保险最少可以续保5天，最多12个月，直到达到连续24个月的最多限额。在购买的每一段保险期限结束前，您会收到更新信息。您可以在线更新，或者填写纸质更新表。每个投保人在每12个月保险期间只能满足一个自付额与共同保险。

关于病人防护与平价医疗法案的重要注意事项

(PPACA)：此保险不受限于PPACA且不提供PPACA需要的赔偿福利。截至2014年1月1日，PPACA要求美国公民、美国国民及某些美国居民获得PPACA-compliant保险，除非他们从PPACA中得到豁免。对于那些需要获取PPACA-compliant保险却没有的人可能会受到处罚。本保险的购买资格、续保或更新、及其条款与条件，会根据可适用的法律，包括PPACA，而修改或修订。请注意，确定适用于投保人的保险要求是投保人自己的责任，公司与IMG对于投保人因未能获取适用于他们的相关法案，包括但不只局限于PPACA，而受到任何惩罚，将不负任何责任。更多关于PPACA法案是否适用于您，或者您是否有资格购买Patriot旅行医疗保险，请通过此链接查看IMG的常见问题：www.imglobal.com/faq。

Patriot Travel Medical Insurance

Your No. 1 choice for worry-free travel.
您无忧旅行的首选。



Global Peace of Mind®

Patriot Travel Medical Insurance®

业务员联系方式信息

Crossborder Services LLC
Five Greentree Centre, Suite 104
Route 73
Marlton, NJ 08053
Phone: 877-340-7910
info@americanvisitorinsurance.com
http://www.americanvisitorinsurance.com



此咨询邀请函为合格的申请者提供咨询保险信息以及对任何损失可支付的保险赔偿金额的简短描述的机会。
保险赔偿金额会按保险合同上描述的进行支付。保险赔偿金额受限于保险合同中的所有自付额、共同保险、规定、条款、条件、限制以及除外条款。

某些合同确实包含现存情况除外条款，不会对因现存情况而引发的损失或花费提供保障。

本宣传册包含很多有价值的商标、名称、标题、图像、设计、版权以及国际医疗集团 (International Medical Group) 与其世界各地的代表公司所拥有、注册且使用的其它专有材料。 2007-2017 International Medical Group, Inc. 版权所有。



+1.317.655.4500



www.imglobal.com



insurance@imglobal.com

Version 0617
IP00500071A170622

Patriot旅行医疗保险® 个人费率



Patriot International个人费率 2017 (美国公民) 以下费率反映了\$250自付额

个人月费率

年龄	最高限额				
	\$50,000	\$100,000	\$500,000	\$1 百万	\$2 百万
18-29	\$23	\$29	\$34	\$37	\$39
30-39	\$28	\$34	\$42	\$44	\$46
40-49	\$47	\$55	\$63	\$63	\$66
50-59	\$82	\$91	\$96	\$98	\$103
60-64	\$99	\$108	\$117	\$118	\$124
65-69	\$119	\$127	\$146	\$158	\$166
70-79	\$174	不适用	不适用	不适用	不适用
80+*	\$308	不适用	不适用	不适用	不适用
受抚养孩子	\$21	\$26	\$31	\$34	\$38
孩子自己	\$23	\$29	\$34	\$37	\$39

*最高额10,000

个人日费率

年龄	最高限额				
	\$50,000	\$100,000	\$500,000	\$1 百万	\$2 百万
18-29	\$0.77	\$0.95	\$1.10	\$1.22	\$1.29
30-39	\$0.91	\$1.10	\$1.39	\$1.45	\$1.51
40-49	\$1.53	\$1.80	\$2.05	\$2.07	\$2.17
50-59	\$2.70	\$2.98	\$3.16	\$3.22	\$3.39
60-64	\$3.25	\$3.55	\$3.84	\$3.88	\$4.07
65-69	\$3.90	\$4.15	\$4.80	\$5.18	\$5.43
70-79	\$5.70	不适用	不适用	不适用	不适用
80+*	\$10.11	不适用	不适用	不适用	不适用
受抚养孩子	\$0.70	\$0.85	\$1.00	\$1.10	\$1.25
孩子自己	\$0.77	\$0.95	\$1.10	\$1.22	\$1.29

*最高额10,000

Patriot America 个人费率2017 (非美国公民) 以下费率反映了\$250自付额

个人月费率

年龄	最高限额			
	\$50,000	\$100,000	\$500,000	\$1 百万
18-29	\$37	\$46	\$59	\$71
30-39	\$49	\$62	\$78	\$91
40-49	\$73	\$90	\$119	\$133
50-59	\$107	\$138	\$169	\$194
60-64	\$135	\$174	\$207	\$248
65-69	\$154	\$208	\$226	\$270
70-79	\$208	不适用	不适用	不适用
80+*	\$362	不适用	不适用	不适用
受抚养孩子	\$34	\$41	\$53	\$59
孩子自己	\$37	\$46	\$59	\$66

*最高额10,000

个人日费率

年龄	最高限额			
	\$50,000	\$100,000	\$500,000	\$1 百万
18-29	\$1.25	\$1.55	\$2.20	\$2.40
30-39	\$1.65	\$2.10	\$2.60	\$3.05
40-49	\$2.45	\$3.00	\$4.00	\$4.45
50-59	\$3.60	\$4.60	\$5.56	\$6.50
60-64	\$4.50	\$5.85	\$6.95	\$8.35
65-69	\$5.15	\$7.00	\$7.60	\$9.05
70-79	\$6.95	不适用	不适用	不适用
80+*	\$12.10	不适用	不适用	不适用
受抚养孩子	\$1.15	\$1.40	\$1.80	\$2.00
孩子自己	\$1.25	\$1.55	\$2.00	\$2.25

*最高额10,000

增强型AD&D附加险月费率*

最多至\$100,000额外保额	\$8
最多至\$200,000额外保额	\$16
最多至\$300,000额外保额	\$24
最多至\$400,000额外保额	\$32

*只适用于主投保人。适用于至少购买3个月的医疗保险与AD&D附加险。保险费按整月增额收取。

运送附加险月费率*

每月, 每个投保人的保险费	\$45
---------------	------

*最少必须购买三个月保险, 无论旅行的最少天数是多少。保险费按整月增额收取。

额外自付额选项

自付额	\$0	\$100	\$250	\$500	\$1,000	\$2,500
费率因素	1.25	1.10	1.00	.90	.80	.70

Patriot旅行医疗保险 团体费率（五个或5个以上团体）



Patriot International团体费率2017（美国公民） 以下费率反映了\$250自付额

团体月费率

年龄	最高限额				
	\$50,000	\$100,000	\$500,000	\$1 百万	\$2 百万
18-29	\$20.70	\$26.10	\$30.60	\$33.30	\$35.10
30-39	\$25.20	\$30.60	\$37.80	\$39.60	\$41.40
40-49	\$42.30	\$49.50	\$56.70	\$56.70	\$59.40
50-59	\$73.80	\$81.90	\$86.40	\$88.20	\$92.70
60-64	\$89.10	\$97.20	\$105.30	\$106.20	\$111.60
65-69	\$107.10	\$114.30	\$131.40	\$142.20	\$149.40
70-79	\$156.60	不适用	不适用	不适用	不适用
80+*	\$277.20	不适用	不适用	不适用	不适用
受抚养孩子	\$18.90	\$23.40	\$27.90	\$30.60	\$34.20
孩子自己	\$20.70	\$26.10	\$30.60	\$33.30	\$35.10

*最高额10,000

团体日费率

年龄	最高限额				
	\$50,000	\$100,000	\$500,000	\$1 百万	\$2 百万
18-29	\$0.69	\$0.86	\$0.99	\$1.10	\$1.16
30-39	\$0.82	\$0.99	\$1.25	\$1.31	\$1.36
40-49	\$1.38	\$1.62	\$1.85	\$1.86	\$1.95
50-59	\$2.43	\$2.68	\$2.84	\$2.90	\$3.05
60-64	\$2.93	\$3.20	\$3.46	\$3.49	\$3.66
65-69	\$3.51	\$3.74	\$4.32	\$4.66	\$4.89
70-79	\$5.13	不适用	不适用	不适用	不适用
80+*	\$9.10	不适用	不适用	不适用	不适用
受抚养孩子	\$0.63	\$0.77	\$0.90	\$0.99	\$1.13
孩子自己	\$0.69	\$0.86	\$0.99	\$1.10	\$1.16

*最高额10,000

Patriot America团体费率2017（非美国公民） 以下费率反映了\$250自付额

团体月费率

年龄	最高限额			
	\$50,000	\$100,000	\$500,000	\$1 百万
18-29	\$33	\$41	\$53	\$64
30-39	\$44	\$56	\$70	\$82
40-49	\$67	\$81	\$107	\$120
50-59	\$97	\$124	\$152	\$175
60-64	\$122	\$157	\$186	\$223
65-69	\$139	\$187	\$203	\$243
70-79	\$187	不适用	不适用	不适用
80+*	\$326	不适用	不适用	不适用
受抚养孩子	\$30	\$37	\$48	\$53
孩子自己	\$33	\$41	\$53	\$59

*最高额10,000

团体日费率

年龄	最高限额			
	\$50,000	\$100,000	\$500,000	\$1 百万
18-29	\$1.15	\$1.40	\$1.80	\$2.15
30-39	\$1.50	\$1.90	\$2.35	\$2.75
40-49	\$2.25	\$2.70	\$3.60	\$4.00
50-59	\$3.25	\$4.15	\$5.10	\$5.85
60-64	\$4.10	\$5.25	\$6.25	\$7.50
65-69	\$4.65	\$6.30	\$6.80	\$8.10
70-79	\$6.25	不适用	不适用	不适用
80+*	\$10.90	不适用	不适用	不适用
受抚养孩子	\$1.05	\$1.25	\$1.60	\$1.80
孩子自己	\$1.15	\$1.40	\$1.80	\$2.00

*最高额10,000

额外自付额选项

自付额	\$0	\$100	\$250	\$500	\$1,000	\$2,500
费率因素	1.25	1.10	1.00	.90	.80	.70

www.imglobal.com
+1.317.655.4500

对于被IMG批准的合格申请人，每个投保人的新保险费率自2017年6月28日起生效。在生效日，IMG保留对目前最新费率的评估权利，如果这些费率过期、被修订或被更改。

PATRIOT旅行医疗保险申请表

请将此申请表清楚地打印出并完成所有部分 (正反面)。邮寄、传真或电子邮件发送到: International Medical Group, P.O. Box 88509, Indianapolis, IN 46208-0509 USA., 传真: +1.317.655.4505, 电子邮件: insurance@imglobal.com



1 主申请信息

名:	姓:	中间名:
政府发行的身份证号:		性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

2 资料包与信息的传递方式:

应将电子邮件发送给:

关于邮寄资料包与更新信息 (如果适用的话): 我不介意因普通邮寄而导致的耽搁。我希望将纸质的保险验证信与保险合同发送到以下地址:

名字:	地址:
城市:	邮编:
国家:	

如果以上提供的地址在Florida, 请问申请者目前住在 Florida吗?
(确定适用的收益税, 不会影响保险费) 是 不是

3 计划选项与额外保险选项:

选择保险计划与最大限额。选择一个计划与一个最大限额选项:

<input type="checkbox"/> 适用于非美国公民的Patriot America保险计划:	<input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$100,000 <input type="checkbox"/> \$500,000 <input type="checkbox"/> \$1 百万
<input type="checkbox"/> 适用于美国公民的Patriot International保险计划:	<input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$100,000 <input type="checkbox"/> \$500,000 <input type="checkbox"/> \$1 百万 <input type="checkbox"/> \$2 百万
国籍:	居住国家:
目的国家:	

选择额外保险选项 (非强制性):

公民回国附加险:
如果您是公民并选择了此项附加险, 您在过去的6个月里一直住在美国境外吗? 是 不是
您目前有有效的健康计划保险吗? 是 不是 如果您对以上任意问题的回答是“不是”, 那么您不可以申请此附加险。

指定生效日期: ___/___/___ (月/日/年)	离开本国的日期: ___/___/___ (月/日/年)
	返回本国的日期: ___/___/___ (月/日/年)

您是前往美国旅行的非美国公民, 且正在寻找替代目前使用的国际保险吗? 是 不是

目前承保商:	抵达美国的日子:	目前保险的过期日期:
--------	----------	------------

4 保险费计算:

投保人姓名: 如果有更多孩子, 请附上附加表	生日 (月/日/年)	月费	旅行 月数	总计	日费	天数	总计
申请者	___/___/___	_____ x _____ = _____			_____ x _____ = _____		
配偶	___/___/___	_____ x _____ = _____			_____ x _____ = _____		
孩子 1	___/___/___	_____ x _____ = _____			_____ x _____ = _____		
孩子 2	___/___/___	_____ x _____ = _____			_____ x _____ = _____		
	总计	(A) _____		(B) _____			(C) _____

5 自付额选项:

圈出一个选项: 选择一个自付额并将其圈出, 接着请将相应的费率因素填在第7 (D) 部分 - 保险费计算表格中。	自付额	\$0	\$100	\$250	\$500	\$1,000	\$2,500
	费率因素	1.25	1.10	1.00	.90	.80	.70

6 旅行结束后母国保险 (非强制性):

每购买连续六个月的旅行医疗保险, 购买一个月的母国保险, 最多可以购买两个月的旅行结束后母国保险。	月费率总计(A)	母国保险的承保月份	母国保险费总计
	_____ x _____ = _____		
	总计		(E) _____

受益人
如果申请人想要指定一个受益人, 受益人委任表可以从 myimg.imglobal.com 网站下载。



PATRIOT旅行医疗保险申请表

请将此申请表清楚地打印出并完成所有部分 (正反面)。



7 计划保险费:	
基本计划	
(B) 月保险费总计 (第4部分B的数据)	_____
(C) 日保险费总计 (第4部分C的数据)	_____
(E) 旅行结束后母国保险费总计 (第4部分E的数据)	_____
B + C + E =	_____
(D) 自付额费率因素 (请查看第5部分)	x _____
(F) 基本保险费	_____
额外保险选项	
冒险运动附加险 (如果适用的话, 请填入.20)	_____
公民回国附加险 (如果适用的话, 请填入.05)	+ _____
(G) 总附加险因素	= _____
增强型AD&D附加险 (购买前, 请完成以下计算)	
月数 _____ x 费率 _____ =	(H) _____
运送附加险 (购买前, 请完成以下计算)	
月数 _____ x 受保人数 _____ x \$45.00 =	(I) _____
总保险费	
请填入(F)部分数据	_____
请将(G)部分数据填入1.的右侧	x 1. _____ = _____
请填入(H)部分数据	+ _____
请填入(I)部分数据	+ _____
可选择的特快专递\$20	+ _____
应付金额总计	= _____

仅限IMG业务员使用		
业务员工号: 57479		
姓名: Crossborder Services LLC		
住址: Five Greentree Centre, Suite 104 - Route 73		
城市: Marlton	州: NJ	邮编: 08053
电话: 877-340-7910		
邮箱: info@americanvisitorinsurance.com		

8 订购				
<p>签名者代表上面的个人(申请人)特此申请并订阅全球医疗服务团体保险信托基金、MutualWealth管理集团、Carmel或其继任公司, 关于上述要求的保险及由Sirius国际保险公司(公共)(公司)在收据日发行的保险及国际医疗集团(IMG)授权代表及计划负责人管理的保险。申请者理解并同意: (i) 申请的本保险不是员工福利计划、事故&健康产品、健康保险、主要医疗保险、也不是遵从美国法律的健康计划, 而是在旅行保险于保障旅行时突然或意外的疾病或受伤, (ii) 申请者必须提前将整个承保期的保险费付清, 保险将不会生效除非要求的保险费已付清且此申请以书面形式被公司接受, (iii) 任何关于此申请的修改、豁免或保险覆盖范围对公司或IMG没有任何约束力, 除非申请经过公司或IMG的负责人批准, 并且 (iv) Sirius公司依靠所提供信息的准确性、真实性和完整性, 任何虚假陈述或遗漏信息将导致保险合同无效, 且所有索赔与福利将被没收或放弃, (v) 通过提交此申请表, 与/或之后的任何索赔。申请者故意启动并利用特权与公司印第安纳(Indiana)开展业务, 并委任IMG管理其普通保险与计划, 由总保险单及由保险证书所证实的保险合同, 被默认为在印第安纳波利斯(Indianapolis)发行、制定, 印第安纳州马里恩县(Marion County)将被设为处理与保险相关的任何法律程序的唯一、专属管辖地区与场所, 申请者同意此规定。申请者同意使用印第安纳(Indiana)盈余法律管理本保险合同中提出的所有的权利与索赔。</p> <p>确认。申请者理解并同意: (i) 负责招揽、分配、辅助此申请的保险业务员/代理人/经纪人, 将作为申请者的代理人代表, 而IMG将代表公司并履行其对公司应尽的合同义务, (ii) 本保险对于有合理医疗证据表明在申请时已存在, 或在合同中写明的生效日期前的任何时间内发生的病情或疾病, 任何受伤、大病、疾病、慢性病或其它身体、医疗、精神或神经障碍, 不会提供任何索赔, 无论之前是否表现出、发生过、已知、被诊断出、治疗过或者在生效日期前通知过公司, 并包括任何及所有的后续、慢性或反复复发的病症或由此(“现有情况”)引发的相关后果, 因现有情况而引发的所有费用与/或索赔金额不包括在保险内, (iii) 申请者没有打算或考虑保险使用的主体, 公司或IMG的居住地、地址或明确地在任何特定的管辖区进行, 并且 (iv) 公司, 作为保险计划的承保商与保险商独自承担保险及保险合同中提供的索赔福利的责任, IMG对于任何保险合同没有任何直接或独立责任。</p> <p>授权发布信息。申请者授权任何健康计划、医疗保健提供者、医疗保健专家、MIB、联邦、州或当地政府机构、保险公司/再保险公司、消费者报告机构、雇主、索赔福利计划, 或任何其它为申请者提供护理、建议、诊断、付款、治疗、服务或可代表他们的组织或个人, 并了解申请者健康情况且有记录, 或有可以用来诊断、治疗、预防任何身体、精神状况与/或治疗的信息, 并有关于我的任何非医疗信息, 以展示他们所有的医疗记录、文件、历史、药物及关于他们的任何其它信息, 并将这些信息提供给他们记录与授权的公司代理、其分支机构与子公司。</p> <p>证书。申请者在此证实、代表并保证: (i) 在申请前, 他们已经阅读上述陈述、营销资料及保险合同样本, 提出阅读要求时, 会为申请者准备好相应资料, 或有人为他们阅读了相关资料, 且申请者明白这些资料, (ii) 他们有资格申请适用于旅行者的保险项目, 这些旅行者不可使用美国国内医疗保健保险, (iii) 他们目前身体健康, 还没有诊断、咨询或治疗, 还没有经历因现有状况或其它医疗情况而引发的症状, 而且申请者可以预见到此病症在保险有效期间需要接受治疗或申请者有意愿用保险索赔, 并且 (iv) 每位申请者没有住院、残疾或患HIV+。如果以申请者的合法代表身份签署合同, 签名者保证其对每位申请者履行义务与约束的权利及能力。通过接受保险与/或提交索赔申请, 每位申请者批准签名者代表申请者行事。</p> <p>关于病人防护与平价医疗法案(PPACA)的重要通知: 此保险不受限于PPACA且不提供PPACA需要的赔偿福利。截至2014年1月1日, PPACA要求美国公民、美国国民及某些美国具名获得PPACA-compliant保险, 除非他们从PPACA中得到豁免。对于那些需要获取PPACA-compliant保险却没有的人可能会受到处罚。本保险的购买资格、续保或更新及其条款与条件, 会根据可适用的法律, 包括PPACA, 而修改或改订。请注意, 确定适用于投保人的保险要求是投保人自己的责任, 公司与IMG对于投保人因未能获取适用于他们的相关法案, 包括但不局限于PPACA, 而受到任何惩罚, 将不负任何责任。</p> <p>同意电子文档。申请者希望以电子方式收到信息与通信文件, 并更喜欢使用电子邮箱而不是普通的邮寄方式。申请者同意IMG、其分支机构与子公司可以为每位被保人以电子方式提供通信信息, 不需要纸质通信信息, 除非且直到申请者撤回此同意指令。申请者明确地同意将其私人数据传送给在欧盟成员国以外的一个公司。此同意是无偿的、专门用于管理保险与赔偿福利且明确表明申请者的意愿。申请者确认并理解数据传送给对于履行回应他们的索赔请求的合同是必要的, 并且对于履行符合他们的利益的合同与结论是必要的。申请者同意这是他们的则热 一向IMG提供真实、准确、完整的电子邮箱、合同及我的保险相关的其它信息, 并维护、即时更新此申请表中任何信息的更改。任何人故意提供关于亏损或收益付款的错误或欺骗性索赔信息, 或在保险申请中故意提供错误信息, 则有罪, 可能受到罚款或监禁的处罚。</p>				
<table border="1"> <tr> <td>被保险人或代理人签名 (必填)</td> <td>X _____</td> </tr> <tr> <td>日期: ____/____/____ (月/日/年)</td> <td>电话: _____</td> </tr> </table>	被保险人或代理人签名 (必填)	X _____	日期: ____/____/____ (月/日/年)	电话: _____
被保险人或代理人签名 (必填)	X _____			
日期: ____/____/____ (月/日/年)	电话: _____			

9 付款方式:

Visa MasterCard Discover American Express 电汇 支票 (支付给IMG) 汇票 (支付给IMG) 电子支票 (ACH) (只适用于美国或加拿大银行)

通过提供我的账号信息, 我希望使用信用卡支付保险费或通过指定的账号支付每一个申请需要的保险费。如果申请被批准, 信用卡或指定的账号会以所选的付款方式支付保险费。通过签署并提交此表格, 申请者表示并保证她/他有此信用卡或指定账号的使用权, 并可以使用, 否则, 申请者将对所产生的任何费用负全责。通过提交此份签过名的申请表, 我同意通过我的信用卡或可用的账号支付应付费用, 并且我已经阅读且同意本申请表中所有的条款、条件及其它陈述。

卡号:	过期日期: ____/____/____ (月/日/年)	持卡人姓名:
签名: (必填)	持卡人白天使用的电话号码:	电子邮箱:
持卡人账单邮寄地址:		
应付金额必须包括您希望被保的所有月份。所有金额必须以美元形式支付且必须通过美国银行。		

PATRIOT团体旅行医疗保险申请表



请将此申请表清楚地打印出并完成所有部分 (正反面)。邮寄、传真或电子邮件发送到: International Medical Group, Inc., P.O. Box 88509, Indianapolis, IN 46208-0509 USA, 传真: +1.317.655.4505, 电子邮件: insurance@imglobal.com

1	团体成员姓名		生日 (月/日/年)	政府发行的身份 证号	团体成员的指 定生效日期 (月/日/年)	团体成员的 指定过期 日期 (月/日/年)	团体成员的指定 离开日期, 如果 与团体离开日期 不同 (月/日/年)	月费率	日费率
	居住国	母国							
<input type="checkbox"/> 1									
<input type="checkbox"/> 2									
<input type="checkbox"/> 3									
<input type="checkbox"/> 4									
<input type="checkbox"/> 5									

请在申请者名字前面的方框内打“√”，以识别行为监护人/学院领导者(如果选择了行为监护人附加险)

小计 A _____ B _____

2 保险费
小计A (上面小计A的数据) × _____ = _____ 月数 总计 A
小计B (上面小计B的数据) × _____ = _____ 天数 总计 B
按月分期付款 (请先按申请表第6部分, 计算您的总保险费)
$\frac{\text{保险费总计}}{\text{月数}} = \text{_____} + \text{_____} = \frac{\$10.00}{\text{账单费}} = \$ \text{_____} \text{ (需要最低首付)} \text{ 定期付款}$

5 计划保险费	
基本计划	
(A) 月保险费总计 (第2部分总计A)	_____
(B) 日保险费总计 (第2部分总计B)	+ _____
A + B =	= _____
自付额费率因素 (请查看第4部分)	× _____
(C) 基本保险	= _____

3 选择保险计划与计划选项 (选择一个计划与一个最高限额选项)
目的国家: _____
<input type="checkbox"/> 适用于非美国公民的Patriot America Group保险:
<input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$100,000 <input type="checkbox"/> \$500,000 <input type="checkbox"/> \$1 百万
<input type="checkbox"/> 适用于美国公民的Patriot International Group保险:
<input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$100,000 <input type="checkbox"/> \$500,000 <input type="checkbox"/> \$1 百万 <input type="checkbox"/> \$2 百万
<input type="checkbox"/> 您是前往美国旅行的非美国公民, 且正在寻找替代目前使用的国际保险吗?
当前承保商 _____ 抵达美国日期 ____/____/____ (月/日/年)
当前保险的过期日期 ____/____/____ (月/日/年)

额外保险选项	
冒险运动附加险 (如果适用的话, 请填入.20)	_____
行为监护人附加险 (如果适用的话, 请填入.10)	+ _____
公民回国附加险 (如果适用的话, 请填入.05)	+ _____
如果您是美国公民并选择了此项附加险, 您在过去的6个月里一直住在美国境外吗?	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	
您目前有有效的健康计划保险吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	
如果您对以上任意问题的回答是“不是”, 那么您不可以申请此附加险。	
(D) 附加险因素总计	= _____

4 自付额选项														
圈出一个选项: 选择一个自付额并将其圈出, 接着请将相应的费率因素填在第5部分 - 保险费计算表格中。														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>自付额</th> <th>\$0</th> <th>\$100</th> <th>\$250</th> <th>\$500</th> <th>\$1,000</th> <th>\$2,500</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>费率因素</td> <td>1.25</td> <td>1.10</td> <td>1.00</td> <td>.90</td> <td>.80</td> <td>.70</td> </tr> </tbody> </table>	自付额	\$0	\$100	\$250	\$500	\$1,000	\$2,500	费率因素	1.25	1.10	1.00	.90	.80	.70
自付额	\$0	\$100	\$250	\$500	\$1,000	\$2,500								
费率因素	1.25	1.10	1.00	.90	.80	.70								

保险总计	
请填入(C)部分的数据	_____
请将(D)部分数据填入1.的右侧	× 1. _____
	= _____
\$20可选择的特快专递	+ _____
应付金额总计	= _____

受益人
如果申请人想要指定一个受益人, 受益人委任表可以从 myimg.imglobal.com 网站下载。

6 赞助组织			
邮寄地址:	城市:	州:	邮编:
负责人姓名:	政府发行的身份证号:		
请将保险确认信及通信文件发送到以下电子邮件:			电话号码:
<input type="checkbox"/> 邮寄选项: 我不介意因普通邮寄而导致的耽搁。我希望收到纸质的保险验证信与保险合同。			
如果以上提供的地址在Florida, 请问申请者目前住在 Florida吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是 (确定适用的收益税, 不会影响保险费)		团体名称:	
指定生效日期: ___/___/___ (月/日/年)	最早离开日期: ___/___/___ (月/日/年)		
	指定过期日期: ___/___/___ (月/日/年)		
旅行/项目的目的:			
7 付款方式			
<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> Discover <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> 电汇 <input type="checkbox"/> 支票 (支付给IMG) <input type="checkbox"/> 汇票(支付给IMG) <input type="checkbox"/> 电子支票 (ACH) (只适用于美国或加拿大银行)			
通过提供我的账号信息, 我希望使用信用卡支付保险费或通过指定的账号支付每一个申请需要的保险费。如果申请被批准, 信用卡或指定的账号会以所选的付款方式支付保险费。通过签署并提交此表格, 申请者表示并保证她/他有此信用卡或指定账号的使用权, 并可以使用, 否则, 申请者将对所产生的任何费用负责。通过提交此份签过名的申请表, 我同意通过我的信用卡或可用的账号支付应付费用, 并且我已经阅读且同意本申请表中所有的条款、条件及其它陈述。任何人如果故意提出虚假或欺诈性的亏损或盈利索赔要求, 或者在申请保险时故意提供错误信息, 是犯罪的行为, 会受到罚款或监禁的处罚。			
卡号:	过期日期: ___/___/___ (月/日/年)	持卡人姓名:	
签名: (必填)	持卡人白天使用的电话号码:	电子邮箱:	
持卡人账单邮寄地址:			
应付金额必须包括您希望被保的所有月份。所有金额必须以美元形式支付且必须通过美国银行。			

订购。签名者代表上面的个人(申请人)特此申请并订阅全球医疗服务团体保险信托基金、MutualWealth管理集团、Carmel或其继任公司, 关于上述要求的保险及由Sirius国际保险公司(公共)(公司)在收据日发行的保险及国际医疗集团(IMG)授权代表及计划负责人管理的保险。申请者理解并同意: (i) 申请的本保险不是员工福利计划、事故&健康产品、健康保险、主要医疗保险、也不是遵从美国法律的健康计划, 而是在旅行保险于保障旅行时突然或意外的疾病或受伤, (ii) 申请者必须提前将整个承保期的保险费付清, 保险将不会生效除非要求的保险费已付清且此申请以书面形式被公司接受, (iii) 任何关于此申请的修改、豁免或保险覆盖范围对公司或IMG没有任何约束力, 除非申请经过公司或IMG的负责人批准, 并且 (iv) Sirius公司依靠所提供信息的准确性、真实性和完整性, 任何虚假陈述或遗漏信息将导致保险合同无效, 且所有索赔与福利将被没收或放弃, (v) 通过提交此申请表, 与 / 或之后的任何索赔。申请者故意启动并利用特权与公司在印第安纳 (Indiana) 开展业务, 并委任IMG管理其普通保险与计划, 由总保险单及由保险证书所证实的保险合同, 被默认为在印第安纳波利斯 (Indianapolis) 发行、制定, 印第安纳州马里恩县 (Marion County) 将被设为处理与保险相关的任何法律程序的唯一、专属管辖地区与场所, 申请者同意此规定。申请者同意使用印第安纳 (Indiana) 盈余法律管理本保险合同中提出的所有的权利与索赔。

确认。申请者理解并同意: (i) 负责招揽、分配、辅助此申请的保险业务员/代理人/经纪人, 将作为申请者的代理人及代表, 而IMG将代表公司并履行其对公司应尽的合同义务, (ii) 本保险对于有合理医疗证据表明在申请时已存在, 或在合同中写明的生效日期前的任何时间内发生的病情或疾病, 任何受伤、大病、疾病、慢性病或其它身体、医疗、精神或神经障碍, 不会提供任何索赔, 无论之前是否表现出、发生过、已知、被诊断出、治疗过或者在生效日期前通知过公司, 并包括任何及所有的后续、慢性或反复复发的病症或由此 (“现有情况”) 引发的相关后果, 因现有情况而引发的所有费用与 / 或索赔金额不包括在保险内, (iii) 申请者没有打算或考虑保险使用的主体, 公司或IMG的居住地、地址或明确地在任何特定的管辖区进行, 并且 (iv) 公司, 作为保险计划的承保商与保险商独自承担保险及保险合同中提供的索赔福利的责任, IMG对于任何保险合同没有任何直接或间接或独立责任。

授权发布信息。申请者授权任何健康计划、医疗保健提供者、医疗保健专家、MIB、联邦、州或当地政府机构、保险公司 / 再保险公司、消费者报告机构、雇主、索赔福利计划, 或任何其他为申请者提供护理、建议、诊断、付款、治疗、服务或可代表他们的组织或个人, 并了解申请者健康情况且有记录, 或有可以用来诊断、治疗、推断任何身体、精神状况与 / 或治疗的信息, 并有关于我的任何非医疗信息, 以展示他们所有的医疗记录、文件、历史、药物及关于他们的任何其它信息, 并将这些信息提供给他们记录与授权的公司代理、其分支机构与子公司。

证书。申请者在此证实、代表并保证: (i) 在申请前, 他们已经阅读上述陈述、营销资料及保险合同样本, 提出阅读要求时, 会为申请者准备好相应资料, 或有人为他们阅读了相关资料, 且申请者明白这些资料, (ii) 他们有资格申请适用于旅行者的保险项目, 这些旅行者不可使用美国国内医疗保健保险, (iii) 他们目前身体健康, 还没有诊断、咨询或治疗, 还没有经历因现有状况或其它医疗情况而引发的症状, 而且申请者可以预见到此病症在保险有效期间需要接受治疗或申请者有意利用保险索赔, 并且 (iv) 每位申请者没有住院、残疾或患HIV+。如果以申请者的合法代表身份签署合同, 签名者保证其对每位申请者履行义务与约束的权利及能力。通过接受保险与 / 或提交索赔申请, 每位申请者批准签名者代表申请者行事。

申请者声明并保证根据提供给申请者的保险, 参与该项目是完全自愿的; 保险赞助商对于保险的唯一职能是, 无需批准项目, 允许承保商向申请者宣传该项目、收取保险费并将保险费给承保商; 赞助商不得收取现金或与该保险相关。赞助商确定并同意, 会公开某些资料, 包括报告、陈述、通告与其它文件给申请者、受益人或其它特定个人, 包括但不限于限于向保险合同涵盖的所有申请者及在规定时间内或特定事件发生时接受保险合同赔偿利益的受益人, 提供特定资料; 在申请者与受益人申请时, 提供特定资料; 在合理时间、地点为申请者与受益者准备特定资料, 以供他们审查。赞助商声明并保证它将使用合理计算措施, 以确保申请人、受益人和其他指定的人, 真实、迅速地收到资料。

病人防护与平价医疗法案 (PPACA)。保险赞助商已通知所有申请者, 他们及其任何随行的配偶和受抚养人可能同样应服从平价医疗法案的要求。申请者理解并同意: (i) 此保险不受限于PPACA且不提供PPACA需要的赔偿福利。(ii) 截至2014年1月1日, PPACA要求美国公民、美国国民及某些美国具名获得PPACA-compliant保险, 除非他们从PPACA中得到豁免。对于那些需要获取PPACA-compliant保险却没有的人可能会受到处罚。(iii) 本保险的购买资格、续保或更新及其条款与条件, 会根据可适用的法律, 包括PPACA, 而修改或改订, 并且 (iv) 申请者明白确定适用于投保人的保险要求是投保人自己的责任, 公司与IMG对于投保人因未能获取适用于他们的相关法案, 包括但不局限于PPACA, 而受到任何惩罚, 将不负任何责任。赞助商为申请者安排合适的保险, 申请者自愿以书面形式授权此项操作, 此外, 申请者也有机会作出其他安排, 以获得保险。这些授权由赞助商整理归档, 在公司提出查看请求时, 会准备好相应文件。

同意电子文档。申请者希望以电子方式收到信息与通信文件, 并更喜欢使用电子邮箱而不是普通的邮寄方式。申请者同意IMG、其分支机构与子公司可以为每位被保人以电子方式提供通信信息, 不需要纸质通信信息, 除非且直到申请者撤回此同意指令。申请者明确地同意将其私人数据传送给在欧盟成员国以外的一个公司。此同意是无偿的、专门用于管理保险与赔偿福利且明确表明申请者的意愿。申请者确认并理解数据传送对于履行回应他们的索赔请求的合同是必要的, 并且对于履行符合他们的利益的合同与结论是必要的。申请者同意这是他们的则热 一向IMG提供真实、准确、完整的电子邮箱、合同及我的保险相关的其它信息, 并维护、即时更新此申请表中任何信息的更改。任何人故意提供关于亏损或收益付款的错误或欺骗性索赔信息, 或在保险申请中故意提供错误信息, 则有罪, 可能受到罚款或监禁的处罚。

负责人员签名 X	日期: ___/___/___ (月/日/年)
仅限IMG业务员使用	
业务员工号: 57479	姓名: Crossborder Services LLC
电子邮箱: info@americanvisitorinsurance.com	电话号码: 877-340-7910
住址: Five Greentree Centre, Suite 104 - Route 73	城市: Marlton
	州: NJ
	邮编: 08053