

PT

PATRIOT TRAVEL

MEDICAL INSURANCE®

Seguro médico de viaje a corto plazo para individuos, familias y grupos

 **IMG**®

GLOBAL
peace of mind®

WWW.IMGGLOBAL.COM

Worry Less.
Experience more.

¿POR QUÉ IMG?

Durante más de 25 años, International Medical Group® (IMG®) ha proporcionado beneficios y servicios de asistencia mundiales a millones de miembros en casi todos los países. Estamos comprometidos a estar ahí por nuestros miembros dondequiera que se encuentren en el mundo, brindándoles Global Peace of Mind®. Con los servicios de asistencia y de gestión médica, 24 horas al día, 7 días a la semana, desde cualquier lugar del mundo, los administradores de reclamaciones multilingües y profesionales de servicio al cliente altamente capacitados, IMG provee los productos de seguros que los miembros internacionales necesitan, respaldados por los servicios que desean.



Apoyo Global. Con oficinas y socios en todo el mundo, IMG proporciona el apoyo que necesita, cuando lo necesite. De hecho, es nuestra misión corporativa estar allí para proteger y mejorar su salud y bienestar.



Servicio Sin Obstáculos. Con un equipo de especialistas internacionales y multilingües, estamos acostumbrados a trabajar en varias zonas horarias, idiomas y divisas. Nuestro alcance mundial significa que podemos trabajar sin obstáculos.



Atención de Emergencia Internacional. Cuando se encuentra lejos de casa y ocurre una emergencia médica, tal vez no sea posible esperar hasta las horas hábiles habituales. Con nuestro personal médico en sitio, usted tiene acceso 24 horas al día a coordinadores altamente cualificados de los servicios médicos de emergencia y el tratamiento internacional.



Estabilidad Financiera. Nuestros suscriptores reconocidos a nivel mundial y otorgados la Clasificación A, Sirius International Insurance Corporation y ciertos suscriptores de Lloyd's, ofrecen la seguridad financiera y la reputación que exigen los consumidores internacionales.



Tecnología Accesible. Inicie sesión en el portal en línea 24 horas al día, por medio de MyIMGSM, para someter y acceder sus reclamaciones, gestionar su cuenta, buscar proveedores, chatear directamente con representantes y más.



Acceso a Proveedores Internacionales (International Provider AccessSM, IPA). Aunado a nuestra extensa red de Organizaciones de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organizations, PPO) disponible para el tratamiento que recibe dentro de EE.UU., la red IPA de nuestra propiedad con más de 17,000 médicos expertos y establecimientos le permite acceder a una atención de calidad en todo el mundo. Nuestros mecanismos de facturación directa también pueden aminorar el tiempo y el gasto inicial con proveedores selectos.



¿POR QUÉ PATRIOT TRAVEL?

Los viajes internacionales pueden convertirse rápidamente en una situación aterradora si usted no está preparado para una emergencia médica. La mayoría de los viajeros asumen que estarán cubiertos por su plan médico estándar, pero ese no es siempre el caso. Mientras que los planes tradicionales pueden ofrecer cobertura nacional adecuada, no están diseñados para viajes internacionales. Sin darse cuenta, usted podría estar poniendo en riesgo su salud.

No permita que su cobertura médica sea una incertidumbre. Viaje con uno de los dos planes Patriot Travel Medical Insurance® de IMG para poder dedicar más tiempo a disfrutar su experiencia internacional y menos tiempo a preocuparse por su cobertura médica.

- **Patriot International**® ofrece cobertura a personas que viajan fuera de su país de residencia a destinos que no son los Estados Unidos ni sus territorios.
- **Patriot America**® ofrece cobertura a personas que viajan fuera de su país de residencia a destinos dentro de los Estados Unidos o sus territorios.

Ambos planes están disponibles para individuos, familias y grupos por un mínimo de 5 días hasta un máximo de dos años y ofrecen un paquete completo de beneficios internacionales.

SERVICIOS ADICIONALES DE PRIMERA CLASE

■ MyIMGSM

Servicio a su alcance, eso es lo que MyIMG le ofrece. MyIMG es un servicio en línea de nuestra propiedad ubicado en www.imglobal.com/member que proporciona información y herramientas para administrar sus cuentas de IMG en cualquier momento y en cualquier lugar. Nuestros centros de servicio en EE.UU. y Europa están disponibles para ayudar en situaciones de emergencia las 24 horas del día; además, por medio de MyIMG usted tiene acceso inmediato a herramientas y recursos importantes. Algunas funciones incluyen:

- » Presentar y gestionar reclamaciones
- » Iniciar una pre-certificación
- » Accesar atención al cliente vía Live Chat, correo electrónico o teléfono
- » Ubicar a un proveedor
- » Recomendar a un proveedor/establecimiento
- » Obtener tarjetas de identificación u otros documentos de seguro

■ Ahorros por Descuentos en Farmacias de Universal Rx

Este programa de ahorros por descuentos le permite adquirir sus recetas médicas en una de las más de 35,000 farmacias participantes en EE.UU. y obtener lo que sea menor de 1) el precio de contrato de Universal Rx o 2) el precio normal de venta en la farmacia. Este programa no es una cobertura de seguro; sino simplemente un programa de descuentos.

RESUMEN DE BENEFICIOS

Opciones de Límites Máximos por Periodo De Cobertura	\$50,000, \$100,000, \$500,000, \$1,000,000, \$2,000,000 (sólo Patriot International)
Opciones de Deducible Individual	\$0, \$100, \$250, \$500, \$1,000, \$2,500
Habitación y Comida en el Hospital	Tarifa promedio de habitación semi-privada hasta el límite máximo. Incluye servicio de enfermería.
Cuidados Intensivos	Hasta el límite máximo
Cirugía	Hasta el límite máximo
Consultas Médicas	Hasta el límite máximo
Procedimientos de Diagnóstico	Hasta el límite máximo
Medicamentos Recetados	Hasta el límite máximo
Atención de Enfermería en Casa	Hasta el límite máximo

*Todas las coberturas y beneficios de esta póliza son en dólares estadounidenses (US). Los beneficios están sujetos a las exclusiones y limitaciones, y son pagaderos sólo a cargos usuales, razonables y acostumbrados. Este es un resumen de una selección de beneficios del plan que se ofrecen sólo como una ilustración y no sustituye de ninguna manera el Certificado de Seguro y los documentos de política de gobierno (conjuntamente el "Contrato de Seguro"). El contrato de seguro es la única fuente de los beneficios reales proporcionados. * Debe ser aprobado por adelantado y coordinado por la Compañía*

RESUMEN DE BENEFICIOS (CONTINUACIÓN)

Ambulancia Local de Emergencia	Hasta el límite máximo
Equipo Médico Durable	Hasta el límite máximo
Tratamiento de Emergencia Dental	\$300 límite máximo debido a accidente dental o tratamiento de dolor inesperado en los dientes naturales sanos.
Lesión Dental Traumática <i>Tratamiento en establecimiento hospitalario</i>	Hasta el límite máximo del periodo de cobertura. Sujeto a deducible y coseguro. La prestación de un tratamiento adicional por la misma lesión se abonará al 100%.
Evacuación Médica de Emergencia <i>Debe ser aprobado con anterioridad y coordinado por la compañía</i>	\$1,000,000 límite máximo. No está sujeto a deducible.
Reunión de Emergencia <i>Debe ser aprobado con anterioridad por la compañía</i>	\$50,000 límite máximo. No está sujeto a deducible.
Regreso de Menores de Edad <i>Debe ser aprobado con anterioridad por la compañía</i>	\$50,000 límite máximo. No está sujeto a deducible.
Repatriación de Restos Mortales o Cremación/Entierro <i>Debe ser aprobado con anterioridad por la compañía</i>	Límite máximo de \$50,000 para la repatriación de restos mortales o cenizas al país de residencia, o límite máximo de \$5,000 para la cremación o entierro local en el lugar de la muerte. No está sujeto a deducible.
Evacuación Política <i>Debe ser aprobado con anterioridad por la compañía</i>	\$10,000 límite máximo. No está sujeto a deducible.
Desastre Natural	\$250 por día y límite máximo de cinco días para alojamiento. No está sujeto a deducible.

Todas las coberturas y beneficios de esta póliza son en dólares estadounidenses (US). Los beneficios están sujetos a las exclusiones y limitaciones, y son pagaderos sólo a cargos usuales, razonables y acostumbrados. Este es un resumen de una selección de beneficios del plan que se ofrecen sólo como una ilustración y no sustituye de ninguna manera el Certificado de Seguro y los documentos de política de gobierno (conjuntamente el "Contrato de Seguro"). El contrato de seguro es la única fuente de los beneficios reales proporcionados. * Debe ser aprobado por adelantado y coordinado por la Compañía

RESUMEN DE BENEFICIOS (CONTINUACIÓN)

Muerte Accidental y Desmembramiento	\$25,000 suma principal. No está sujeto a deducible.
Muerte Accidental en Transporte Común	\$50,000 por persona asegurada, \$250,000 límite máximo de por vida por familia. No está sujeto a deducible.
Interrupción del Viaje	\$5,000 límite máximo. No está sujeto a deducible.
Pérdida de Equipaje	\$50 por artículo, \$250 límite máximo. No está sujeto a deducible.
Indemnización por Hospitalización	\$100 por pasar la noche, límite máximo de 10 noches enteras. No está sujeto a deducible.
Robo de Identidad	\$500 límite máximo. No está sujeto a deducible.
Terrorismo	\$50,000 límite máximo. No está sujeto a deducible.
Viajes Incidentales al País de Origen <i>El país de residencia del asegurado no es los Estados Unidos</i>	Límite máximo de 14 días consecutivos
Cobertura Incidental de Emergencia en EE.UU. (Sólo Patriot International)	Límite máximo de 14 días consecutivos. Disponible sólo en caso de una evacuación médica de emergencia, o un accidente o enfermedad de emergencia que se manifiesta durante un viaje en EE.UU. a o desde el país de origen.
Coaseguro - por tratamiento recibido fuera de EE.UU.	Sin coaseguro (0%)
Coaseguro - por tratamiento recibido dentro de EE.UU.	Dentro de la Red PPO - Compañía paga 100% Fuera de la Red PPO - Compañía paga 80% de los gastos elegibles hasta \$5,000, luego 100%
Pre-Certificación	Reducción del cincuenta por ciento (50%) de los gastos médicos elegibles si las provisiones de pre-certificación no se cumplen.

*Todas las coberturas y beneficios de esta póliza son en dólares estadounidenses (US). Los beneficios están sujetos a las exclusiones y limitaciones, y son pagaderos sólo a cargos usuales, razonables y acostumbrados. Este es un resumen de una selección de beneficios del plan que se ofrecen sólo como una ilustración y no sustituye de ninguna manera el Certificado de Seguro y los documentos de política de gobierno (conjuntamente el "Contrato de Seguro"). El contrato de seguro es la única fuente de los beneficios reales proporcionados. * Debe ser aprobado por adelantado y coordinado por la Compañía*

RESUMEN DE BENEFICIOS (CONTINUACIÓN)

<p>Aparición Aguda de una Condición Preexistente (Sólo Patriot International)</p>	<p>Ciudadanos Estadounidenses hasta 65 años de edad con plan de salud primario: Hasta el límite máximo. Ciudadanos Estadounidenses hasta 65 años de edad sin plan de salud primario: \$20,000 límite máximo. Ciudadanos Estadounidenses edad 65 hasta 70: \$2,500 límite máximo. Ciudadanos No-Estadounidenses hasta los 70 años de edad: Hasta límite máximo o \$500,000 - el que sea más bajo.</p>
<p>Aparición Aguda de una Condición Preexistente - Evacuación Médica de Emergencia (Sólo Patriot International)</p>	<p>Hasta 65 años de edad: \$25,000 Límite máximo</p>
<p>Atención urgente</p>	<p>\$25 de copago. El copago no se aplica cuando se selecciona el deducible de \$0. No sujeto a deducible.</p>
<p>Clínica de Atención sin Cita Previa</p>	<p>\$15 de copago. El copago no se aplica cuando se selecciona el deducible de \$0. No sujeto a deducible.</p>
<p>Terapia Física <i>Se requiere orden médica o plan de tratamiento</i></p>	<p>Hasta el límite máximo</p>
<p>Sala de Emergencia Hospitalaria: Internacional</p>	<p>Se dispensa el deducible</p>
<p>Sala de Emergencia Hospitalaria: Estados Unidos</p>	<p>La lesión no está sujeta a una enfermedad deducible por sala de emergencia: Sujeto a deducible de \$250 por cada visita a la sala de emergencia para tratamiento que no derive en una internación</p>
<p>Traslado en Ambulancia a otro Establecimiento <i>El traslado desde un establecimiento de atención médica autorizado hasta otro establecimiento de atención médica autorizado que derive en una internación</i></p>	<p>Compañía paga 100%</p>
<p>Responsabilidad Personal <i>Secundario a cualquier otro seguro</i></p>	<p>Lesión a un tercero: deducible de \$100 por lesión Daño a la propiedad de un tercero: deducible de \$100 por daño Si cobertura para lesiones a familiares o daños propiedades de familiares</p>

Todas las coberturas y beneficios de esta póliza son en dólares estadounidenses (US). Los beneficios están sujetos a las exclusiones y limitaciones, y son pagaderos sólo a cargos usuales, razonables y acostumbrados. Este es un resumen de una selección de beneficios del plan que se ofrecen sólo como una ilustración y no sustituye de ninguna manera el Certificado de Seguro y los documentos de política de gobierno (conjuntamente el "Contrato de Seguro"). El contrato de seguro es la única fuente de los beneficios reales proporcionados. * Debe ser aprobado por adelantado y coordinado por la Compañía

COBERTURA OPCIONAL

Patriot Travel Medical Insurance ofrece varias coberturas opcionales. Puede revisar y elegir de la siguiente lista para satisfacer sus necesidades. Para solicitar, simplemente agregue la información y las primas correspondientes, conforme se detalla en la solicitud, al cálculo de la prima total a pagar. Nota: a excepción del Endoso Mejorado por Muerte Accidental y Desmembramiento y el Endoso para Reemplazo de Chaperón/Líder Docente, los endosos opcionales aplican a todas las personas que figuran en la Solicitud.

Endoso de Deportes de Aventura (disponible para los asegurados hasta 65 años de edad)	Edad	Máximo de por vida del certificado
	0 - 49	\$50,000
	50 - 59	\$30,000
	60 - 64	\$15,000
Endoso Mejorado por Muerte Accidental y Desmembramiento (disponible sólo para el asegurado principal)	Hasta \$400,000 adicional	
Endoso de Evacuación Plus (disponible para los asegurados hasta 65 años de edad)	Evacuación médica sin amenaza de vida: Hasta un máximo de \$25,000. Evacuación por desastre natural: Hasta un máximo de \$5,000	
Endoso de Reemplazo de Chaperón/Líder Docente (Grupos solamente)	Hasta \$3,000 por un boleto de vuelo ida y vuelta en clase económica	

ELEGIBILIDAD

El Seguro Patriot International se encuentra disponible para quienes viajen fuera de los Estados Unidos, y el seguro Patriot America se encuentra disponible para quienes no residan en los Estados Unidos y cuyos viajes incluyan los Estados Unidos. Deberá abonar la prima exigida antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura y haber ingresado legalmente su país de destino en la fecha de entrada en vigencia. Todos los solicitantes deben tener, al menos, 14 años y no pueden ser VIH+, estar embarazadas, hospitalizadas ni incapacitadas en la fecha de entrada en vigencia del plan.

PROCESO DE INSCRIPCIÓN

Para solicitar, sólo debe llenar y devolver la Solicitud. Si usted está solicitando como familia, puede incluirse a sí mismo, su cónyuge y dependientes en una sola Solicitud. Si usted tiene dependientes de 18 años de edad o mayores, debe completar una solicitud por separado para esas personas. En caso de ser aprobada, usted recibirá una Confirmación de Cobertura, la cual incluye una tarjeta de identificación, la declaración de seguro y un Certificado de Seguro que contiene una descripción completa de los beneficios, exclusiones y condiciones del plan.

RENOVACIÓN Y EXTENSIONES

Sujeto a los términos del plan, Patriot Travel Medical Insurance puede ser extendido desde un mínimo de cinco días hasta un plazo de 12 meses, hasta llegar a un máximo de 24 meses continuos. Previo al final de cada periodo de cobertura adquirido, usted recibirá información de renovación. Tiene la opción de renovar en línea o puede llenar un formulario de renovación en papel. Cada persona asegurada debe cumplir únicamente con un deducible y un coaseguro dentro de cada periodo de cobertura de 12 meses.

AVISO IMPORTANTE SOBRE LA LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE (PPACA): Este seguro no está sujeto a, y no proporciona beneficios requeridos por la PPACA. A partir del 1 de enero de 2014, PPACA obliga a los ciudadanos de Estados Unidos, los nacionales de Estados Unidos y algunos residentes de Estados Unidos a obtener una cobertura de seguro de conformidad con PPACA, excepto si están exentos de PPACA. Pueden imponerse sanciones a las personas que están obligadas a mantener una cobertura de conformidad con PPACA, pero no lo hacen. La elegibilidad para comprar, ampliar o renovar este producto, o sus términos y condiciones, puede modificarse o enmendarse con base en los cambios a las leyes aplicables, incluyendo PPACA. Tenga en cuenta que es responsabilidad única y exclusiva de la persona asegurada determinar los requisitos de seguro que le son aplicables, ya que la Compañía y IMG no tendrán responsabilidad alguna, incluyendo por las sanciones en que pueda incurrir una persona por no haber obtenido la cobertura requerida por cualquier ley aplicable, incluyendo sin limitación la PPACA. Para obtener información con respecto a si PPACA aplica a usted o si usted es elegible para adquirir Patriot Travel Medical Insurance, por favor consulte las Preguntas Frecuentes de IMG en www.imgglobal.com/faq.

PATRIOT TRAVEL
MEDICAL INSURANCE®



WORRY LESS.SM
Experience more.

CONTÁCTE A SU PRODUCTOR PARA OBTENER UNA COTIZACIÓN Y APLICAR PARA COBERTURA.

PT



Información de Contacto del Productor

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

Esta invitación a investigar permite a los solicitantes elegibles la oportunidad de indagar más sobre el seguro ofrecido y se limita a una breve descripción de cualquier pérdida por la cual los beneficios pueden ser pagados. Los beneficios se ofrecen conforme a lo descrito en el Contrato de Seguro. Los beneficios están sujetos a todos los deducibles, coaseguros, disposiciones, términos, condiciones, limitaciones y exclusiones del Contrato de Seguro. Algunos contratos contienen una exclusión por condición preexistente y no cubren las pérdidas o gastos relacionados con una condición preexistente.

Este folleto contiene muchas de las valiosas marcas registradas, nombres, títulos, logotipos, imágenes, diseños, derechos de autor y otros materiales patentados de propiedad y registrados y utilizados por y de International Medical Group, Inc. y sus representantes en todo el mundo. © 2007-2017 International Medical Group, Inc. Todos los derechos reservados.

El presente documento ha sido traducido del inglés al español como adaptación solamente. En caso de conflicto entre la versión en inglés y la versión en español del presente documento, la versión en inglés prevalecerá.



+1.317.655.4500



www.imglobal.com



insurance@imglobal.com

Version 0518
CM00500287A180417



Patriot Travel Medical Insurance®

Tarifas Individuales



Patriot International® Tarifas Individuales (Destino excluye los EE.UU.) Tarifas reflejan un deducible de \$250

Tarifa Mensual Individual

Edad	Límite Máximo				
	\$50,000	\$100,000	\$500,000	\$1 Million	\$2 Million
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	N/A	N/A	N/A	N/A
80+*	\$308	N/A	N/A	N/A	N/A
Hijo Dep.	\$21	\$26	\$31	\$34	\$38
Menor Solo	\$23	\$29	\$34	\$37	\$39

*10,000 Máximo

Tarifa Diaria Individual

Edad	Límite Máximo				
	\$50,000	\$100,000	\$500,000	\$1 Million	\$2 Million
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	N/A	N/A	N/A	N/A
80+*	\$10.11	N/A	N/A	N/A	N/A
Hijo Dep.	\$0.70	\$0.85	\$1.00	\$1.10	\$1.25
Menor Solo	\$0.77	\$0.95	\$1.10	\$1.22	\$1.29

*10,000 Máximo

Patriot International® Tarifas Individuales (Destino incluye los EE.UU.) Tarifas reflejan un deducible de \$250

Tarifa Mensual Individual

Edad	Límite Máximo			
	\$50,000	\$100,000	\$500,000	\$1 Million
18-29	\$37	\$47	\$62	\$68
30-39	\$50	\$67	\$81	\$87
40-49	\$74	\$92	\$116	\$129
50-59	\$99	\$125	\$164	\$176
60-64	\$121	\$158	\$216	\$230
65-69	\$143	\$183	\$244	\$267
70-79	\$195	N/A	N/A	N/A
80+*	\$348	N/A	N/A	N/A
Hijo Dep.	\$35	\$42	\$54	\$60
Menor Solo	\$37	\$47	\$62	\$68

*10,000 Máximo

Tarifa Diaria Individual

Edad	Límite Máximo			
	\$50,000	\$100,000	\$500,000	\$1 Million
18-29	\$1.22	\$1.56	\$2.05	\$2.27
30-39	\$1.67	\$2.23	\$2.70	\$2.90
40-49	\$2.46	\$3.08	\$3.86	\$4.30
50-59	\$3.30	\$4.15	\$5.48	\$5.87
60-64	\$4.03	\$5.28	\$7.19	\$7.67
65-69	\$4.76	\$6.10	\$8.12	\$8.91
70-79	\$6.49	N/A	N/A	N/A
80+*	\$11.61	N/A	N/A	N/A
Hijo Dep.	\$1.12	\$1.40	\$1.68	\$1.88
Menor Solo	\$1.22	\$1.56	\$2.05	\$2.27

*10,000 Máximo

Tarifas Mensuales por Endoso MAnyD Aumentado*

Hasta \$100,000 de cobertura adicional	\$8
Hasta \$200,000 de cobertura adicional	\$16
Hasta \$300,000 de cobertura adicional	\$24
Hasta \$400,000 de cobertura adicional	\$32

*Disponibles sólo para el Asegurado principal. Disponibles con una compra mínima de tres meses de cobertura de endoso médico y MAnyD. La prima se cobra en incrementos de mes entero.

Tarifa Mensual de Endoso por Evacuación plus*

Prima por persona cubierta por mes	\$45
------------------------------------	------

*Debe adquirirse por un mínimo de tres meses independientemente del número mínimo de días viajando. La prima se cobra en incrementos de mes entero.

Opciones adicionales de deducible

Deducible	\$0	\$100	\$250	\$500	\$1,000	\$2,500
Factor de Tarifa	1.25	1.10	1.00	.90	.80	.70

Patriot International Tarifas de Grupo (Destino excluye los EE.UU.) Tarifas reflejan un deducible de \$250

Tarifa Mensual Grupo

Edad	Maximum Limit				
	\$50,000	\$100,000	\$500,000	\$1 Million	\$2 Million
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	N/A	N/A	N/A	N/A
80+*	\$277.20	N/A	N/A	N/A	N/A
Hijo Dep.	\$18.90	\$23.40	\$27.90	\$30.60	\$34.20
Menor Solo	\$20.70	\$26.10	\$30.60	\$33.30	\$35.10

*10,000 Máximo

Tarifa Diaria Grupo

Edad	Maximum Limit				
	\$50,000	\$100,000	\$500,000	\$1 Million	\$2 Million
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	N/A	N/A	N/A	N/A
80+*	\$9.10	N/A	N/A	N/A	N/A
Hijo Dep.	\$0.63	\$0.77	\$0.90	\$0.99	\$1.13
Menor Solo	\$0.69	\$0.86	\$0.99	\$1.10	\$1.16

*10,000 Máximo

Patriot America Tarifas de Grupo (Destino incluye los EE.UU.) Tarifas reflejan un deducible de \$250

Tarifa Mensual Grupo

Edad	Maximum Limit			
	\$50,000	\$100,000	\$500,000	\$1 Million
18-29	\$33	\$42	\$56	\$61
30-39	\$45	\$60	\$73	\$78
40-49	\$67	\$83	\$104	\$116
50-59	\$89	\$113	\$148	\$158
60-64	\$109	\$142	\$194	\$207
65-69	\$129	\$165	\$220	\$240
70-79	\$176	N/A	N/A	N/A
80+*	\$313	N/A	N/A	N/A
Hijo Dep.	\$32	\$38	\$49	\$54
Menor Solo	\$33	\$42	\$56	\$61

*10,000 Máximo

Tarifa Diaria Grupo

Edad	Maximum Limit			
	\$50,000	\$100,000	\$500,000	\$1 Million
18-29	\$1.10	\$1.40	\$1.87	\$2.03
30-39	\$1.50	\$2.00	\$2.43	\$2.60
40-49	\$2.23	\$2.77	\$3.47	\$3.87
50-59	\$2.97	\$3.77	\$4.93	\$5.27
60-64	\$3.63	\$4.73	\$6.47	\$6.90
65-69	\$4.30	\$5.50	\$7.33	\$8.00
70-79	\$5.87	N/A	N/A	N/A
80+*	\$10.43	N/A	N/A	N/A
Hijo Dep.	\$1.07	\$1.27	\$1.63	\$1.80
Menor Solo	\$1.10	\$1.40	\$1.87	\$2.03

*10,000 Máximo

Opciones adicionales de deducible

Deducible	\$0	\$100	\$250	\$500	\$1,000	\$2,500
Factor de Tarifa	1.25	1.10	1.00	.90	.80	.70



PATRIOT TRAVEL MEDICAL INSURANCE® SOLICITUD

Favor de escribir de manera legible y llenar TODAS LAS SECCIONES (frente y reverso) de esta solicitud. Enviar por correo, fax o correo electrónico a: International Medical Group, Inc., P.O. Box 88509, Indianapolis, IN 46208-0509 USA, Fax +1.317.655.4505, Email: insurance@imglobal.com

1 INFORMACIÓN DE SOLICITANTE PRINCIPAL:								
Nombre:			Apellido:			Segundo nombre:		
Número de documento emitido por el gobierno:				Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre				
2 MÉTODO DE ENVÍO DE LA CONFIRMACIÓN Y LA INFORMACIÓN:								
<input type="checkbox"/> La comunicación debe ser enviada vía correo electrónico a:								
<input type="checkbox"/> Solamente para la confirmación de cobertura: No me molestan los retrasos asociados con recibir la comunicación inicial por medio de correo postal. Prefiero recibir una copia impresa de la verificación y el contrato de seguro en la siguiente dirección:								
Nombre:			Dirección:					
Ciudad:		Código postal:		País:				
Si la dirección provista está en Florida, ¿el solicitante actualmente se ubica en Florida? (Determina el impuesto de líneas excedentes aplicables y no afectará a la cobertura)						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Autorizo a IMG a procesar mi información personal. He leído y entendido la Política de Privacidad de IMG, que se encuentra disponible en www.imglobal.com/legal/privacy-policy y le permito usar mi información para comunicaciones a los miembros y de marketing.								
3 OPCIÓN DE PLAN Y OPCIONES DE COBERTURA ADICIONAL:								
Seleccionar el plan de cobertura y el límite máximo. Marcar un plan y una opción:								
<input type="checkbox"/> Patriot America (Destino incluye EE.UU.):			<input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$100,000 <input type="checkbox"/> \$500,000 <input type="checkbox"/> \$1 Millón					
<input type="checkbox"/> Patriot International (Destino excluye EE.UU.):			<input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$100,000 <input type="checkbox"/> \$500,000 <input type="checkbox"/> \$1 Millón <input type="checkbox"/> \$2 Millones					
País de ciudadanía:			País de residencia:					
País(es) de destino:								
Fecha de vigencia solicitada: ___/___/___ (mes/día/año)								
4 CÁLCULO DE LA PRIMA:								
Nombres de las personas que serán aseguradas: <i>Favor de adjuntar una hoja adicional para más hijos</i>		Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Tarifa mensual	# de meses de cobertura de viaje	Total	Tarifa diaria	# de días	Total
Solicitante		___/___/___	_____ x _____ = _____		_____ x _____ = _____			
Cónyuge		___/___/___	_____ x _____ = _____		_____ x _____ = _____			
Hijo 1		___/___/___	_____ x _____ = _____		_____ x _____ = _____			
Hijo 2		___/___/___	_____ x _____ = _____		_____ x _____ = _____			
Child 3		___/___/___	_____ x _____ = _____		_____ x _____ = _____			
		TOTAL	(A)		(B)			(C)
5 OPCIÓN DE DEDUCIBLE:								
MARCAR UNA: Seleccionar un deducible con un círculo, luego agregar la cantidad factor de la tarifa aplicable en la casilla del cálculo de prima en la Sección 6 (D)		Deducible	\$0	\$100	\$250	\$500	\$1,000	\$2,500
		Factor de tarifa	1.25	1.10	1.00	.90	.80	.70

Beneficiarios

En caso de que los solicitantes deseen asignar a un beneficiario, puede acceder el formulario de asignación de beneficiarios por medio de myimg.imglobal.com

APPLICATION
FORM
CONTINUED
ON BACK

PATRIOT TRAVEL MEDICAL INSURANCE® SOLICITUD

Favor de escribir de manera legible y llenar TODAS LAS SECCIONES (frente y reverso) de esta solicitud.



6 PLAN PREMIUM:		
BASE PLAN		
(B) Prima mensual total <i>(de B en la Sección 4)</i>	_____	
(C) Prima diaria total <i>(de C en la Sección 4)</i>	_____	
B + C =	_____	
(D) Factor de tarifa deducible <i>(ver Sección 5)</i>	X _____	
(E) Prima base	_____	
OPCIONES DE COBERTURA ADICIONAL		
Endoso por Deportes de Aventura (F) <i>(anotar .20 si corresponde)</i>	_____	
Endoso de Muerte Accidental y Desmembramiento Aumentado <i>(Para adquirir, favor de llenar el siguiente cálculo)</i>	_____ X _____ = _____ (G)	
Endoso Evacuación Plus <i>Para adquirir, favor de llenar el siguiente cálculo)</i>	_____ X _____ X \$45.00 = _____ (H)	
PRIMA TOTAL		
Anotar la cantidad de (E)	_____	
Anotar la cantidad de (F) a la derecha de 1.	X 1. _____ = _____	
Anotar la cantidad de (G)	+ _____	
Anotar la cantidad de (H)	+ _____	
Correo urgente optional \$20	+ _____	
CANTIDAD TOTAL A PAGAR	= _____	
SÓLO PARA USO DEL PRODUCTOR IMG		
Productor #:	_____	
Nombre:	_____	
Dirección:	_____	
Ciudad:	Estado:	C.P.:
Teléfono:	_____	
Correo electrónico:	_____	

7 SUSCRIPCIÓN:

El suscrito en nombre de los individuos antedichos (solicitantes) por la presente solicita y suscribe a Global Medical Services Group Insurance Trust, c/o MutualWealth Management Group, Carmel, IN, o su sucesor, por la cobertura de seguro solicitada antedicha y como la suscribe y ofrece Sirius International Insurance Corporation (publ) (la Compañía) a la fecha de recepción de la presente y conforme la administra el representante autorizado y administrador del plan de la Compañía, International Medical Group, Inc. (IMG). Los solicitantes comprenden y acuerdan: (i) el seguro solicitado no es un plan de beneficios de previsión social para empleados, producto por accidente y salud, seguro de salud, médico principal ni un plan de seguro de salud sujeto a o en cumplimiento de las leyes de EE.UU., pero está diseñado para ser usado como cobertura de viaje en caso de una enfermedad o lesión súbita e inesperada para la cual la cobertura elegible puede estar disponible, (ii) Los solicitantes deben pagar primas para el total del periodo de cobertura por anticipado, y ninguna cobertura estará vigente hasta que la prima requerida haya sido pagada y esta solicitud haya sido aceptada por escrito por la Compañía, (iii) ninguna modificación o renuncia con relación a esta solicitud o la cobertura solicitada será vinculante para la Compañía o IMG salvo con la aprobación por escrito de un funcionario de la Compañía o IMG, y (iv) la Compañía depende de la exactitud, veracidad e integridad de la información proporcionada en este documento y cualquier falsedad u omisión contenida en el presente anulará el contrato de seguro y se cancelará y renunciará a cualquier y todas las reclamaciones y los beneficios en virtud del mismo, (v) al presentar esta solicitud y/o cualquier futura reclamación de beneficios, los solicitantes intencionalmente inician y aprovechan el privilegio de conducir negocios con la Compañía en Indiana, por medio de IMG como su gestor suscriptor general y administrador del plan, el contrato de seguro representado por la Póliza Maestra y evidenciado por el Certificado de Seguro se considerarán emitidos y realizados en Indianapolis, IN, y la jurisdicción y competencia única y exclusiva para cualquier procedimiento legal en relación con el seguro será en Marion County, Indiana, para lo cual los solicitantes por el presente otorgan su consentimiento. Los solicitantes aceptan y convienen que las líneas de excedentes de Indiana registrarán todos los derechos y reclamaciones planteadas en relación con el contrato de seguro.

RECONOCIMIENTO. Los solicitantes comprenden y acuerdan que: (i) el productor/agente/broker del seguro que solicita, está asignado o asiste con esta solicitud es el agente y representante de los solicitantes y IMG actúa en cumplimiento de sus obligaciones contractuales con la Compañía y en nombre de la Compañía, (ii) el seguro no provee beneficios por lesión, enfermedad o por otro trastorno, condición o padecimiento físico, médico, mental o nervioso que, con certeza médica razonable, existía al momento de la solicitud o en momento alguno durante el lapso de tiempo definido en el contrato previo a la fecha de entrada en vigencia, haya sido o no haya sido previamente manifiesto, sintomático o conocido, diagnosticado, tratado o revelado ante la Compañía previo a la fecha de entrada en vigencia, incluyendo cualquier y toda complicación o consecuencia subsiguiente, crónica o recurrente con relación al mismo o resultante o derivado del mismo (una "condición preexistente"), y que todos los cargos y/o reclamaciones en los que se ha incurrido por condiciones preexistentes serán excluidos de la cobertura en virtud del seguro, (iii) los sujetos de seguro solicitantes no tienen el propósito ni son considerados por los solicitantes, la Compañía o IMG como residentes, ubicados o a ser expresamente realizados en jurisdicción particular alguna, y (iv) la Compañía, como aseguradora y suscriptor del plan de seguro, es la única responsable de las coberturas y beneficios que serán provistos en virtud del contrato de seguro y IMG no tiene responsabilidad directa o independiente alguna en virtud de cualquier contrato de seguro.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN. Los solicitantes autorizan a todo plan médico, proveedor de servicios médicos, profesional de servicios médicos, MIB, agencia federal, estatal o local, compañía aseguradora o reaseguradora, agencia de informes crediticios, empleador, plan de beneficios o toda otra persona que ha provisto atención, asesoría, diagnóstico, pago, tratamiento o servicios para ellos o en su nombre, tenga registro o conocimiento alguno sobre su salud, tenga información alguna disponible sobre el diagnóstico, pago, tratamiento y pronóstico relativo a su condición física o mental y/o tratamiento, y toda información no-médica acerca de ellos, a divulgar la totalidad de su expediente médico, archivo, historial, medicamentos y toda otra información acerca de ellos y a proveer cualquier y toda esa información a su agente de registro y a los representantes autorizados de la Compañía, IMG y sus afiliados y subsidiarias.

CERTIFICACIÓN. Los solicitantes por la presente certifican, declaran y garantizan que: (i) han leído las declaraciones anteriores y todo material de marketing y contrato de seguro muestra que les ha sido proporcionado a petición previa a la solicitud o que les ha sido leído para ellos, y los solicitantes los comprenden, (ii) son elegibles para participar en el programa de seguro solicitado como viajero para quien no está disponible la cobertura de seguro médico nacional de EE.UU., (iii) actualmente se encuentran en buena salud y no han sido diagnosticados con, buscado consulta o tratado por, y no han sufrido la manifestación o síntomas de y no sufren de cualquier condición médica preexistente o distinta para la cual los solicitantes prevén necesitar tratamiento durante el seguro o para el cual los solicitantes pretenden presentar reclamaciones en virtud del seguro, y (iv) cada solicitante no está hospitalizado, discapacitado o VIH+. En caso de firmar como representante legal del solicitante, el firmante garantiza su autoridad y capacidad para actuar de tal manera y obligar a los solicitantes. Al aceptar la cobertura y/o presentar una reclamación por los beneficios, cada solicitante ratifica la autoridad del firmante para actuar de tal manera y obligar a los solicitantes.

AVISO IMPORTANTE CON RESPECTO A LA LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y SALUD ASEQUIBLE (PPACA): Este seguro no está sujeto a y no provee los beneficios requeridos por PPACA. A partir de 1 de enero de 2014, PPACA exige que los ciudadanos de EE.UU., nacionales de EE.UU. y extranjeros residentes obtengan una cobertura de seguro compatible con PPACA, a menos que estén exentos de PPACA. Sanciones podrán ser impuestas a las personas obligadas a mantener una cobertura compatible con PPACA pero no lo hacen. La elegibilidad para obtener o renovar este producto, o sus términos y condiciones, se podrá modificar o enmendar con base en los cambios a la ley aplicable, incluso PPACA. Favor de notar que es responsabilidad exclusiva de los solicitantes determinar si los requisitos de seguro les son aplicables y la Compañía y su Administrador no tendrán responsabilidad alguna, incluso por las sanciones en las que los asegurados puedan incurrir por no obtener la cobertura requerida por cualquier ley aplicable, incluyendo sin limitación PPACA.

E-CONSENTIMIENTO. Los solicitantes desean recibir información y comunicarse de manera electrónica y prefieren usar una dirección de correo electrónico en vez de correo postal. Los solicitantes aceptan que IMG, sus afiliados y subsidiarias pueden proveer a cada persona asegurada cualquier comunicación en formato electrónico y la comunicación en papel no es necesaria, salvo y hasta que el solicitante retire este consentimiento. Los solicitantes inequívocamente otorgan su consentimiento para la transferencia de información personal a entidades establecidas en un país fuera de los Estados Miembros de la UE. Este consentimiento se otorga libremente, específico para la administración de la cobertura y los beneficios, y es una indicación informada de los deseos de los solicitantes. Los solicitantes reconocen y comprenden que la transferencia es necesaria para la prestación de un contrato, tomado en respuesta a su solicitud y necesario para la conclusión o realización del contrato concluido en su interés. Los solicitantes también aceptan que es su responsabilidad proveer a IMG con veracidad, exactitud e integridad una dirección de correo electrónico, contacto y otra información asociada con la cobertura y a mantener y prontamente actualizar todo cambio a esta información. Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión.

Firma del asegurado o apoderado <i>(necesaria)</i>	X
Fecha: ___/___/___ <i>(mes/día/año)</i>	Teléfono: _____

8 MÉTODO DE PAGO:

Visa MasterCard Discover American Express JBC Transferencia Cheque (a IMG) Giro Postal (a IMG) eCheck (ACH) *(disponible a petición)*

Al proveer la información de mi cuenta, deseo pagar la prima por tarjeta de crédito o la cuenta asignada para cada solicitante de la cobertura. En caso de que la solicitud sea aceptada, la tarjeta de crédito o la cuenta asignada será cobrada por la prima en el método de pago seleccionado. Al firmar y presentar este formulario, el solicitante declara y garantiza que tiene la autorización del titular de la tarjeta o la cuenta para usar la cuenta y, de lo contrario, asumirá plena responsabilidad por el pago y cualquier cargo resultante. Al presentar la solicitud firmada, acepto pagar por medio de tarjeta de crédito o cuenta aplicable la cantidad de la prima a pagar y he leído y acepto todos los términos, condiciones y otras declaraciones en esta solicitud.

# de tarjeta:	Fecha de caducidad: ___/___/___ <i>(mes/día/año)</i>	Nombre del titular:
Firma: <i>(necesaria)</i>	Teléfono de día del titular:	Correo electrónico:
Dirección de facturación de titular:		
Pagos deben ser hechos por el número total de meses que usted desea cobertura. Todos los pagos deben ser hechos en dolares estadounidenses y sacados de bancos estadounidenses.		

PATRIOT GROUP TRAVEL MEDICAL INSURANCE® SOLICITUD

Favor de escribir de manera legible y llenar TODAS LAS SECCIONES (frente y reverso) de esta solicitud. Enviar por correo, fax o correo electrónico a: International Medical Group, Inc., P.O. Box 88509, Indianapolis, IN 46208-0509 USA, Fax +1.317.655.4505, Email: insurance@imglobal.com



1	Nombre de los Miembros del Grupo:		Fecha de nacimiento <i>(mes/día/año)</i>	Número de documento emitido por el gobierno	Fecha de vigencia solicitada por los miembros <i>(mes/día/año)</i>	Fecha de caducidad solicitada por los miembros <i>(mes/día/año)</i>	Fecha de salida solicitada por los miembros si es distinta al grupo <i>(mes/día/año)</i>	Tarifa mensual	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									

Favor de marcar la casilla frente al nombre del solicitante para identificar al Chaperón/Líder Docente
(En caso de solicitar el Endoso de Chaperón) (anexar hojas adicionales en caso de ser necesario)

Subtotal: A _____ B _____

Autorizo a IMG a procesar mi información personal. He leído y entendido la Política de Privacidad de IMG, que se encuentra disponible en www.imglobal.com/legal/privacy-policy y le permito usar mi información para comunicaciones a los miembros y de marketing.

2 Prima:

Subtotal A *(del Subtotal A antedicho)* x $\frac{\text{# de meses}}{\text{# de meses}}$ = Total A _____

Subtotal B *(del Subtotal B antedicho)* x $\frac{\text{# de días}}{\text{# de días}}$ = Total B _____

Para pagar en cuotas mensuales (favor de calcular primero su prima total en la sección 6 de la solicitud)

Prima Total ÷ Número de meses = _____ + \$10.00 = \$ _____ *(Pago mínimo inicial necesario)*
Tarifa de facturación Pago periódico

5 Prima del plan:

BASE PLAN

(A) Prima mensual total *(del Total A en la Sección 2)* _____

(B) Prima diaria total *(del Total B en la Sección 2)* + _____

A + B = = _____

Factor de tasa deducible *(ver Sección 4)* x _____

(C) Prima base = _____

3 Seleccionar el plan de cobertura y las opciones del plan: (Marcar un plan y una opción de límite máximo)

País(es) de destino: _____

Patriot America Group (Destino incluye EE.UU.)
 \$50,000 \$100,000 \$500,000 \$1 Millón

Patriot International Group (Destino excluye EE.UU.):
 \$50,000 \$100,000 \$500,000 \$1 Millón \$2 Millones

OPCIONES ADICIONALES DE COBERTURA

Endoso para Deportes Aventura
(anote .20 si corresponde) _____

Endoso de Chaperón
(anote .10 si corresponde) + _____

(D) Total de factor(es) de endoso = _____

4 Opción de deducible:

MARCAR UNO:
Seleccionar un deducible marcando con un círculo, luego agregar la cantidad factor de la tarifa aplicable en la casilla de cálculo de la prima en la sección 5

Deducible	\$0	\$100	\$250	\$500	\$1,000	\$2,500
Factor de Tarifa	1.25	1.10	1.00	.90	.80	.70

PRIMA TOTAL

Anotar cantidad de (C) _____

Anotar cantidad de (D) a derecha de 1. _____
= _____

\$20 correo urgente opcional + _____

CANTIDAD TOTAL A PAGAR = _____

Beneficiarios (ver texto del certificado para la asignación de beneficiario)
En caso de la muerte accidental del asegurado y/o muerte accidental en aseguradora común, los beneficiarios serán:
1) Cónyuge (si hubiera) - primario 2) Hijos (si hubiera) - Primer contingente 3) Estado del asegurado - segundo contingente

APPLICATION FORM CONTINUED ON BACK

6 Organización Patrocinadora:			
Dirección postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Nombre de contacto de funcionario responsable:		Número del documento emitido por el gobierno:	
Enviar confirmación de cobertura y comunicaciones al siguiente correo electrónico:			Número de teléfono:
<input type="checkbox"/> Opción de correo: No me molestan los retrasos asociados con recibir la comunicación inicial por medio de correo ordinario. Prefiero recibir una copia en papel de la carta de verificación de cobertura y el contrato del seguro.			
En caso de que la dirección proporcionada se encuentre en Florida, ¿el solicitante se ubica actualmente en Florida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Determina el impuesto de líneas excedentes aplicables y no afectará a la cobertura)			
Fecha de vigencia solicitada: ___/___/___ (mes/día/año)		Primera fecha de salida: ___/___/___ (mes/día/año)	
		Fecha de caducidad solicitada: ___/___/___ (mes/día/año)	
Purpose of Trip & Program:			

7 Payment Method:			
<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> Discover <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> JBC <input type="checkbox"/> Transferencia <input type="checkbox"/> Cheque (a IMG) <input type="checkbox"/> Giro Postal (a IMG) <input type="checkbox"/> eCheck (ACH) (disponible a petición)			
<i>Al proveer la información de mi cuenta, el Patrocinador desea pagar la prima por tarjeta de crédito o la cuenta asignada para cada solicitante de cobertura. En caso de que la solicitud sea aceptada, la tarjeta de crédito o la cuenta asignada será cobrada por la prima en el método de pago seleccionado. Al firmar y presentar este formulario, el Patrocinador declara y garantiza que tiene la autorización del titular de la tarjeta o la cuenta para usar la cuenta y, de lo contrario, asumirá plena responsabilidad por el pago y cualquier cargo resultante. Al presentar la solicitud firmada, el Patrocinador acepta pagar por medio de tarjeta de crédito o cuenta aplicable el monto de la prima a pagar y ha leído y aceptado todos los términos, condiciones y otras declaraciones en esta solicitud. Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión.</i>			
# de tarjeta:	Fecha de caducidad: ___/___/___ (mes/día/año)	Nombre del titular:	
Firma: (necesaria)	Teléfono de día del titular:	Email:	
Dirección de facturación del titular:			
Pagos deben ser hechos por el número total de meses que usted desea cobertura. Todos los pagos deben ser hechos en dolares estadounidenses y sacados de bancos estadounidenses.			

Subscripción. El suscrito en nombre del Patrocinador o la Organización y los individuos antedichos (colectivamente, "solicitantes") declara y garantiza ser el agente autorizado de los solicitantes y por la presente solicita y suscribe, por y en nombre de cada individuo listado en el formulario de solicitud, ante Global Medical Services Group Insurance Trust, c/o MutualWealth Management Group, Carmel, IN, o su sucesor, para la cobertura de seguro solicitada antedicha y como lo suscribe y ofrece Sirius International Insurance Corporation (publ) (la Compañía) en la fecha de recepción del presente, y como es administrado por el representante autorizado y el administrador del plan de la Compañía, International Medical Group, Inc. (IMG). Los solicitantes comprenden y acuerdan: (I) el seguro solicitado no es un plan de beneficios de previsión social para empleados, producto por accidente y salud, seguro de salud, médico principal ni un plan de seguro de salud sujeto a o en cumplimiento de las leyes de EE.UU., pero está diseñado para ser usado como cobertura de viaje en caso de una enfermedad o lesión súbita e inesperada para la cual la cobertura elegible puede estar disponible, (II) los solicitantes deben pagar primas para el total del periodo de cobertura por anticipado, y ninguna cobertura estará vigente hasta que la prima requerida haya sido pagada y esta solicitud haya sido aceptada por escrito por la Compañía, (III) ninguna modificación o renuncia con relación a esta solicitud o la cobertura solicitada será vinculante para la Compañía o IMG salvo con la aprobación por escrito de un funcionario de la Compañía o IMG, y (IV) la empresa depende de la exactitud, veracidad e integridad de la información proporcionada en este documento y cualquier falsedad u omisión contenida en este documento anulará el contrato de seguro y se cancelará y renunciará a cualquier y todas las reclamaciones y beneficios en virtud del mismo, (V) al presentar esta solicitud y/o cualquier futura reclamación de beneficios, los solicitantes intencionalmente inician y aprovechan el privilegio de conducir negocios con la Compañía en Indiana, por medio de IMG como su gestor suscriptor general y administrador del plan, el contrato de seguro representado por la Póliza Maestra y evidenciado por los Certificado(s) de Seguro se considerarán emitidos y realizados en Indianapolis, IN, y la jurisdicción y competencia única y exclusiva para cualquier procedimiento legal relacionado con el seguro será en Marion County, Indiana, para lo cual los solicitantes otorgan su consentimiento. Los solicitantes aceptan y convienen que las líneas de excedentes de Indiana requirirán todos los derechos y reclamaciones planteadas en relación con el contrato de seguro. **Reconocimiento.** Los solicitantes comprenden y acuerdan que: (I) el productor/agente/broker del seguro que solicita, está asignado o asiste con esta solicitud es el agente y representante de los solicitantes y IMG actúa en cumplimiento de sus obligaciones contractuales a la Compañía y en nombre de la Compañía, (II) el seguro no provee beneficios por lesión, enfermedad o por otro trastorno, condición o padecimiento físico, médico, mental o nervioso que, con certeza médica razonable, existía al momento de la solicitud o en momento alguno durante el lapso de tiempo definido en el contrato previo a la fecha de entrada en vigencia, haya sido o no haya sido previamente manifiesto, sintomático o conocido, diagnosticado, tratado o revelado ante la Compañía previo a la fecha de entrada en vigencia incluyendo cualquier y toda complicación o consecuencia subsiguiente, crónica o recurrente con relación al mismo o resultante o derivado del mismo (una "condición preexistente"), y que todos los cargos y/o reclamaciones en los que se ha incurrido por condiciones preexistentes serán excluidos de la cobertura en virtud del seguro, (III) los sujetos de seguro solicitantes no tienen el propósito ni son considerados por los solicitantes, la Compañía o IMG como residentes, ubicados o a ser expresamente realizados en jurisdicción particular alguna, y (IV) como portador y aseguradora del plan de seguro, es la única responsable de las coberturas y beneficios que serán provistos en virtud del contrato de seguro y IMG tiene ninguna responsabilidad directa o independiente en virtud de cualquier contrato de seguro. **Autorización para la Divulgación de la Información.** Los solicitantes autorizan a todo plan médico, proveedor de servicios médicos, profesional de servicios médicos, MIB, agencia de gobierno federal, estatal o local, compañía aseguradora o reaseguradora, agencia de informes crediticios, empleador, plan de beneficios o toda otra persona que ha provisto atención, asesoría, diagnóstico, pago, tratamiento o servicios para ellos o en su nombre, tenga registro o conocimiento de su salud, tenga información disponible sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico con respecto a cualquier condición física o mental y/o tratamiento de ellos y toda información no-médica sobre ellos, a divulgar la totalidad de su expediente médico, archivo, historial, medicamentos y toda otra información acerca de ellos o a entregar cualquier y toda dicha información a su agente de registro y a los representantes de la Compañía, IMG y sus afiliados y subsidiarias. **Certificación.** Los solicitantes por la presente certifican, declaran y garantizan que: (i) han leído las declaraciones anteriores y todo material de marketing y contrato de seguro muestra que les ha sido proporcionado a petición previo a la solicitud o que les ha sido leído para ellos, y los solicitantes los comprenden, (ii) son elegibles para participar en el programa de seguro solicitado como viajero para quien no está disponible la cobertura de seguro médico nacional de EE.UU., (iii) actualmente se encuentran en buena salud y no han sido diagnosticados con, buscado consulta o tratado por, y no han sufrido la manifestación o síntomas de y no sufren de cualquier condición médica preexistente o distinta para la cual los solicitantes prevén necesitar tratamiento durante el seguro o para el cual los solicitantes pretenden presentar reclamaciones en virtud del seguro, y (iv) cada solicitante no está hospitalizado, discapacitado o VIH+. En caso de firmar como representante legal del solicitante, el firmante garantiza su autoridad y capacidad para actuar de tal manera y obligar a los solicitantes. Al aceptar la cobertura y/o presentar una reclamación por los beneficios, cada solicitante ratifica la autoridad del firmante para actuar de tal manera y obligar a ese solicitante. **Los solicitantes** declaran y garantizan que en virtud del seguro ofrecido a los solicitantes, la participación en el programa es enteramente voluntaria; las únicas funciones del Patrocinador con respecto al seguro son, sin respaldar el programa, permitir que el asegurador promocioe el programa ante los solicitantes, recolectar primas y remitirlas al asegurador; y el Patrocinador no recibe contraprestación alguna en la forma de dinero en efectivo o en forma distinta en relación con el seguro. El Patrocinador reconoce que debe y acepta que revelará ciertos materiales, incluyendo informes, declaraciones, notificaciones y otros documentos ante los solicitantes, beneficiarios y otros individuos especificados, incluyendo sin limitación, prestar ciertos materiales a todos los solicitantes y beneficiarios a su petición; y poner ciertos materiales a disposición de los solicitantes y beneficiarios para su inspección en momentos y lugares razonables. El Patrocinador declara y garantiza que utilizará medidas razonablemente calculadas para asegurar que los solicitantes, beneficiarios y otros individuos especificados reciban el material de manera efectiva y oportuna. **Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (PPACA).** El Patrocinador ha informado a todos los participantes que ellos y cualquier cónyuge y dependiente(s) acompañante también pueden estar sujetos a los requisitos de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible. Los solicitantes comprenden y aceptan que: (i) el seguro no está sujeto a y no provee los beneficios requeridos por PPACA, (ii) a partir del 1 de enero de 2014, PPACA exige que los ciudadanos de EE.UU., nacionales de EE.UU. y extranjeros residentes obtengan una cobertura de seguro compatible con PPACA, a menos que estén exentos de PPACA, y que sanciones podrán ser impuestas a las personas que están obligadas a conservar una cobertura compatible con PPACA pero no lo hacen, (iii) la elegibilidad para comprar, extender o renovar este producto, o sus términos y condiciones, se podrá modificar o enmendar con base en los cambios a la ley aplicable, incluso PPACA, y (iv) los solicitantes comprenden que son exclusivamente responsables de determinar si PPACA les es aplicable, y la Compañía y el Administrador no tendrán responsabilidad alguna, incluyendo por las sanciones en las que el asegurado pueda incurrir, en caso de no obtener la cobertura exigida por cualquier ley aplicable, incluyendo sin limitación PPACA. El Patrocinador por el presente dispone que el seguro sea ofrecido a los solicitante. Los solicitantes han autorizado voluntariamente esta acción por escrito, y los solicitantes también fueron otorgados la oportunidad de emprender disposiciones distintas para obtener seguro. Estas autorizaciones se mantendrán en archivo por el Patrocinador y serán puestas a disposición del a Compañía a petición. **E-Consentimiento.** Los solicitantes desean recibir información y comunicarse electrónicamente y prefieren usar correo electrónico en vez de correo postal. Los solicitantes aceptan que IMG, sus afiliados y subsidiarias pueden proporcionar al receptor toda comunicación en formato electrónico, y no requiere comunicaciones en papel, salvo hasta que el solicitante retire este consentimiento. Los solicitantes inequívocamente otorgan su consentimiento para la transferencia de información personal a entidades establecidas en un país fuera de los Estados Miembros de la UE. Este consentimiento se otorga libremente, específico para la administración de la cobertura y los beneficios, y es una indicación informada de los deseos de los solicitantes. Los solicitantes reconocen y comprenden que la transferencia es necesaria para la prestación de un contrato, tomado en respuesta a su solicitud y necesario para la conclusión o realización del contrato concluido en su interés. Los solicitantes también aceptan que es su responsabilidad proveer a IMG con veracidad, exactitud e integridad una dirección de correo electrónico, contacto y otra información asociada con la cobertura y a mantener y prontamente actualizar todo cambio a esta información. Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión.

Firma del funcionario responsable X _____		Fecha: ___/___/___ (mes/día/año)	
Sólo para Uso del Productor IMG			
Número del productor:	Nombre:		
Email:	Número de teléfono:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal: