

Patriot Exchange Program - 团体申请 (对于五人或五人以上的团体)

若要参保 -

- 请填写所有部分并签署申请
- 如果用支票或汇票支付, 则收款人请填写IMG, 并与签署好的申请一起装在信封里。
- 邮寄、发传真或发电子邮件至: 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. 申请保险的参与者	国籍国和居住国	出生日期	政府颁发的身份证号码	参与者申请的生效日期、过期日期和/或启程日期 (若与团体不同)	每月保费费率/每月附加费率
<input type="checkbox"/> 1 申请人姓名和电子邮件: 配偶: 子女: 子女:	国籍国: 居住国:			生效日期: 过期日期: 启程日期:	
<input type="checkbox"/> 2 申请人姓名和电子邮件: 配偶: 子女: 子女:	国籍国: 居住国:			生效日期: 过期日期: 启程日期:	
<input type="checkbox"/> 3 申请人姓名和电子邮件: 配偶: 子女: 子女:	国籍国: 居住国:			生效日期: 过期日期: 启程日期:	
<input type="checkbox"/> 4 申请人姓名和电子邮件: 配偶: 子女: 子女:	国籍国: 居住国:			生效日期: 过期日期: 启程日期:	
<input type="checkbox"/> 5 申请人姓名和电子邮件: 配偶: 子女: 子女:	国籍国: 居住国:			生效日期: 过期日期: 启程日期:	

(如有必要, 请另附纸张)

请注意: (如果申请人是J2签证持有人, 则他/她只有在J1签证持有人已通过其计划投保的情况下才有资格申请此计划。)

- ▲ 勾选将作为监护人/计划领队的申请人前面的方框
(如果已选择了监护人追加条款)

小计: _____

$$2. \frac{\text{小计 A}}{\text{月份数}} \times \text{总 (A)} = \text{总 (A)}$$

选择保险范围

- 非美国公民 - 除居住国之外的全球保险
- 美国公民 - 除美国之外的全球保险
- 非美国公民 - 仅限欧洲旅行

选择计划选项 (每次生病/受伤的最高赔付限额)

- \$50,000 \$250,000
- \$100,000 \$500,000
- 如果团体想要可选的附加计划, 请勾选此处 (如果选择此选项, 请在第1部分中输入每月可选的附加费率)

3. 可选的保险 (若适用)

监护人追加条款
在此处输入.10 _____

冒险体育运动追加条款
在此处输入.20 + _____

(B) 总追加条款 = _____
保费因素 (B)
在第4部分中“1.”的右侧输入此金额

4. 保费计算

$$\frac{\text{(A) 第2(A)部分中的金额}}{\text{总保费}} \times \frac{\text{(B) 输入第3(B)部分中的金额}}{\text{\$20 特快专递 (如申请)}} = \text{总应付金额}$$

仅供IMG保险业务员使用

保险业务员编号: _____
姓名: _____
地址: _____
城市、州、邮编: _____
电话: _____
电子邮件: _____

注意: 如果团体中的参与者想要指定一名受益人, 请使用“受益人指定”表。

担保人/组织: _____
邮寄地址: _____
城市/州/邮编: _____
电话: _____ 传真: _____
政府颁发的身份证号码: _____
授权代表姓名 _____
将保险确认和通讯寄送到以下电子邮件地址: _____

如果上述邮寄地址是在佛罗里达州, 团体目前是否位于佛罗里达州?
(用于确定适用的溢额税, 不会影响保险。)
 是 否

邮寄选项: 我不介意因通过普通邮件接收签署通讯而造成的相关延迟, 并且更愿意接收纸质的保险确认函和保险凭证。

申请生效日期: _____
最早启程日期: _____
申请过期日期: _____
旅行目的和计划: _____
目的地: _____

付款方式: 支票 (收款人IMG) 电汇 汇票 (收款人IMG) JCB
 万事达 Visa 美国运通 Discover 电子支票 (ACH) 可在提出
要求后在线使用

通过提供我的帐户信息, 担保人即希望通过信用卡或指定帐户来为每个申请人申请的保险支付保费。如果申请被接受, 则将按照所选的支付模式向信用卡或指定帐户收取保费。通过签署并提交此表格, 担保人声明并保证其拥有持卡人或帐户持有人的授权来使用帐户, 如果没有, 担保人将承担付款和任何因此产生的费用的全部责任。通过提交签名的申请, 担保人同意通过我的信用卡或适用帐户来支付所欠的保费金额, 并已经阅读并同意所有条款、条件和此申请中的其他声明。任何故意提出虚假或欺诈性的损失或赔付付款索赔, 或故意在保险申请中提供虚假信息的人都属犯罪, 并可遭受罚款和监禁。

卡号: _____
过期日期: _____
持卡人姓名: _____
授权代表签名: _____
持卡人电话和电子邮件: _____
持卡人账单地址: _____

1. 认购。 担保人/组织 (统称为“担保人”) 声明并保证其是参与者的授权代理人, 并在此为及代表申请表中列明的参与者, 申请并认购Patriot Exchange Program保险信托, 此保险信托是由印第安纳州卡梅尔的MutualWealth Management Group或其继任者托管, Patriot Exchange Program由Sirius International Insurance Corporation (publ) (即“公司”) 在此文提到的收到日期承保和提供, 由公司的授权代表和计划管理者International Medical Group, Inc. (IMG)负责管理。担保人代表自己和参与者理解并同意: (i) 所申请保险不是一般健康保险, 而是为了在发生可能适用于符合条件的保险的突然和意外疾病或伤害时, 作为参与者的保险; (ii) 不可续保; (iii) 担保人必须支付整个所申请保险期间的保费, 在公司或IMG代表公司以书面形式接受此申请前, 任何保险都不会生效; (iv) 在公司或IMG的官员以书面形式批准申请之前, 与此申请或所申请保险相关的任何修改或弃权都不具有约束力; (v) 通过提交此申请和/或任何未来的赔付索赔, 担保人即代表自己和参与者有目的地启动并利用通过由IMG作为管理总保险公司和计划管理者与公司在印第安纳州开展业务的特权, 由总保单代表且由保险凭证证明的保险合同将被视为已在印第安纳州印第安纳波利斯制定和颁发, 与此保险有关的任何法律程序的唯一和专属管辖权和审判地将是印第安纳州马里恩县, 对此担保人代表自己和参与者表示明确同意。印第安纳州溢额法将监管保险凭证下的所有权利和索赔。

2. 确认。 担保人代表自己和参与者理解并同意: (i) 征求、被指定到或协助此申请的保险业务员/代理人/经纪人即是申请人的代理人及代表; (ii) 本保险不为任何具有合理的医学确定性, 在申请时或在保险生效日期前三年内即已存在的任何伤害、疾病或其他身体、医学、心理和神经紊乱、状况或疾病提供赔付, 无论这些状况或疾病之前是否已表现出来、有症状或已知, 是否已被诊断、治疗或在生效日期之前向公司披露, 包括任何和全部后续、慢性或反复并发性或与此状况或疾病有关或因其而造成的后果。(即“预先存在的状况”), 而所有因预先存在的状况而产生的费用和/或索赔都将不在此保险的承保范围之内; (iii) 申请人、公司或IMG不希望也不认为所申请保险的主体居住于、位于或明确将在美国任何特定州生活; (iv) 公司作为保险计划的运营者及保险公司, 将全权负责保险合同中提供的保险和赔付。

3. 授权发布信息。 担保人代表各参与者, 授权任何健康计划、医疗服务提供者、医疗保健专业人士、MIB、联邦、州或地方政府机构、保险或再保险公司、消费者信用报告机构、雇主、赔付计划或任何向参与者或代表参与者提供护理、建议、诊断、付款、治疗或服务, 拥有参与者的健康记录或知晓参与者的健康状况, 拥有任何可用于诊断、治疗和预后任何身体或心理状况和/或参与者的治疗的信息, 以及任何将暴露我的完整医疗记录、档案、病历、药物的非医疗信息和有关于我的任何其他信息, 并授权上述各方将任何和全部信息交与参与者的备案的代理人以及公司、IMG及其关联公司和子公司的授权代表。

4. 证明。 担保人代表自己和参与者特此证明、声明并保证, 他们已阅读上述声明以及任何在提出要求后和在申请前提供的营销材料和样本保险合同, 他们理解上述声明, 并且列出的各参与者: (i) 有资格参加所申请的保险计划; (ii) 目前的健康状况良好, 没有诊断、会诊或治疗, 没有任何表现或症状, 且没有任何预先存在的或预见将在此保险期间接受治疗或意图寻求此保险索赔的其他医疗状况。作为担保人及各参与者的法定代表, 签字人应保证其具有如此行事及约束担保人和各申请人的权力和能力。通过接受保险和/或提交任何赔付索赔, 各参与者认可签字人和担保人具有如此行事及约束申请人的权力。

5. 担保人声明并保证, 根据向参与者提供的保险, 参加计划是完全自愿的; 在不签署计划的情况下, 担保人对于保险的唯一职责是允许承保人向参与者宣传计划、收缴保费并将保费转交给承保人; 担保人不收取任何现金形式的报酬, 担保人与此保险没有任何其他联系。担保人确认其必须, 且同意其将向参与者、受益人和其他指定人员披露部分材料, 包括报告、声明、通知和其他文件, 包括但不限于在既定时间或发生特定事件时, 向保险合同涵盖的所有参与者以及领取保险合同提供的赔付的受益人提供部分材料; 以及在合理的事件和地点向参与者和受益人提供特定材料, 以供其检查。担保人声明并保证其将使用合理计算的措施, 以确保参与者、受益人和其他指定人员能够实际、及时收到材料。

6. 患者保护与平价医疗法案 (PPACA) 担保人已知所有参与者, 他们和任何陪同的配偶和家属可能还会受到《平价医疗法案》要求的限制。担保人代表自己和参与者理解并同意: (i) 本保险不受PPACA制约, 也不提供其要求的赔付; (ii) 2014年1月1日, PPACA要求美国公民、美国国民和侨民购买PPACA兼容的保险, 除非他们得到PPACA 的豁免(持有F、J、M和Q签证的国际学生(以及学生的部分家庭成员)在他们在美国的最初5年内不受此强制保险限制。所有其他J类签证(教师、实习、工作、旅游、互惠生、高中)持有者可在过去六年中的两年内不受此强制保险限制); (iii) 那些被要求购买ACA兼容保险的美国公民和美国居民, 如果没有按要求做, 则可能受到处罚; (iv) 购买或续保本产品的资格性或产品条款和条件可能会根据适用法律(包括PPACA)的变更而被修改或修订。请注意, 决定PPACA是否对您适用, 这完全是您的责任。对于您可能受到的任何处罚、您无法获得所申请的PPACA兼容保险, 本公司和IMG不承担任何责任。

担保人特此安排将保险提供给参与者, 参与者已通过书面形式自愿授权批准此行动, 参与者有机会进行其他安排来获得保险。这些授权已由担保人备案, 并会根据要求向公司提供。

7. 担保人代表自己和参与者特此证明、声明并保证他们已阅读此申请中的所有声明, 或者已由其他人将此申请中的所有声明读给他们听。担保人代表自己和参与者声明的答复是真实、完整的, 并已准确记录下来; 并且此申请中所列出的所有游客从医学上来说都可以在购买此计划的日期出行。担保人代表自己和参与者理解并同意, 在此申请被接受并支付了应付总金额之后, 保险应在完成的申请被接受和批准后的第二天上午12:01开始生效。担保人代表自己和参与者理解, 如果保费因任何原因被返回未付, 则保险将失效。担保人代表自己和参与者确认并理解, 如果在收到保险合同后不完全满意, 则被保险人可以在保险合同上列明的审核期内向公司寄送一份书面申请来申请取消追溯到生效日期的保险, 并会因此得到已支付保费的退款。担保人代表自己和参与者表示, 他们希望以电子方式接收信息和通讯, 且与常规信件相比, 更倾向于使用电子邮件地址。担保人代表自己和参与者同意IMG可以向收件人提供任何电子版通讯, 而不需要寄送纸质通讯, 除非并至直参与者撤销此同意。担保人代表自己和参与者还同意, 参与者有责任向IMG提供真实、准确且完整的电子邮件地址、合同和其他与保险有关的信息, 以及维护并及时更新此信息中的任何变更。

授权代表签名

日期

