

Patriot Exchange Program – Solicitud Individual

1. Llenar todas las secciones y firmar la Solicitud. *(En letra imprenta)*
2. En caso de pagar por medio de cheque o giro postal, favor de hacer pagadero a IMG y guardar dentro de un sobre con la Solicitud firmada.
3. Enviar la Solicitud completa por correo, fax o correo electrónico a:

International Medical Group, Inc.
P.O. Box 88509
Indianapolis, Indiana
46208-0509 USA
Fax: 1.317.655.4505
Correo Electrónico: insurance@imglobal.com

Nombre del Solicitante Primario: Sr. / Sra. / Srta. **Apellido:** _____ **Nombre:** _____ **Segundo Nombre:** _____
Dirección de Envío: _____
País de Ciudadanía: _____ **País de Residencia:** _____
País de Destino: _____ **Teléfono:** _____
 Masculino Femenino

Estás participando en un programa de Trabajo y Viaje? Sí No De ser así, Nombre del Programa: _____

¿El solicitante es portador de una visa J2? Sí No
 (De ser así, el solicitante solo es elegible para solicitar si el portador de la visa J1 está asegurado en virtud de un plan por medio de su programa educativo o cultural.)

Enviar Confirmación de Cobertura y comunicación al siguiente: **Correo Electrónico:** _____

Opción de Correo Normal: No me molestan los retrasos asociados con recibir la comunicación inicial por medio de correo normal y prefiero también recibir una copia en papel de la carta de verificación de cobertura y el contrato de seguro en la dirección de envío indicada.

Si la dirección indicada arriba está en Florida, ¿el solicitante se encuentra actualmente en Florida? Sí No
 (Determina los impuestos de líneas excedentes o extraterritoriales y no afectará la cobertura.)

Fecha de entrada en vigencia solicitada: _____ **Número de Identificación Emitido por el Gobierno:** _____

Beneficiario:
Nombre: _____ **Apellido:** _____
Relación: _____

1. Seleccionar el área de cobertura

Ciudadanos fuera de EE.UU. – Cobertura mundial excepto en país de residencia
 Ciudadanos de EE.UU. – Cobertura mundial excepto en EE.UU.
 Ciudadanos fuera de EE.UU. – Sólo en viaje a Europa

2. Seleccionar la opción de plan (límite máximo por enfermedad/lesión)

\$50,000 \$250,000
 \$100,000 \$500,000

Marcar esta casilla si desea un plan adicional opcional

3. Nombres de los individuos que solicitan cobertura:

| Nombre del Asegurado(a) | Fecha de Nacimiento | Tarifa Mensual / Prima con plan Adicional Opcional |
|----------------------------|---------------------|--|
| Solicitante Primario _____ | _____ | _____ |
| Cónyuge _____ | _____ | _____ |
| Hijo _____ | _____ | _____ |
| Hijo _____ | _____ | _____ |
| | | Subtotal A |

4. Cálculo de la Prima

Subtotal A _____

de Meses _____ x _____

Prima Mensual Estimada _____ = _____

Endoso para Deportes de Aventura (multiplicar por 1.20 en caso de solicitar) x _____

Prima Estimada _____ = _____

Correo Urgente (agregar \$20 en caso de solicitar) + _____

TOTAL DEL MONTO ADEUDADO = _____

Para Uso Exclusivo del Productor IMG

de Productor _____

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Método de Pago Cheque (a IMG) Giro Postal (a IMG) Transferencia

MasterCard Visa American Express Discover JCB

eCheck (ACH) disponible en línea o a pedido

Al proporcionar la información de mi cuenta, yo deseo pagar la prima por medio de la tarjeta de crédito o de la cuenta designada por cada solicitante de cobertura. Si la solicitud es aceptada, la prima se cobrará de la tarjeta de crédito o cuenta designada por el método de pago seleccionado. Al firmar y presentar este formulario, el solicitante declara y garantiza que tiene la tarjeta o la autorización del titular de la cuenta para utilizar la cuenta y, de lo contrario, será plenamente responsable del pago y de todo cargo correspondiente. Al presentar la solicitud firmada, acuerdo pagar a través de mi tarjeta de crédito o cuenta aplicable el monto de la prima adeudado y ha leído y acordado 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 sujeto a multas y reclusión en una prisión.

#Número de Tarjeta _____

Fecha de Vencimiento _____

Nombre del Titular de la Tarjeta _____

Firma Autorizada _____

Teléfono y Correo Electrónico del Titular de la Tarjeta _____

Domicilio de Facturación del Titular de la Tarjeta _____

1. Suscripción. El Patrocinador o la Organización (también un "Patrocinador") declara y garantiza ser el agente autorizado de los participantes y por la presente solicita y suscribe, en nombre y representación de los participantes enumerados en el Formulario de Solicitud, a Global Medical Services Group Insurance Trust, vinculado a MutualWealth Management Group, Carmel, IN, o su sucesor, para el Patriot Group Exchange Program como es suscrito y ofrecido por Sirius International Insurance Corporation (publ) (la Compañía) en la fecha de su recepción de la presente, y como es administrado por el agente autorizado y el administrador del plan, International Medical Group, Inc. (IMG), de la Compañía. El Patrocinador en nombre propio y de los participantes comprende y acepta: (i) el seguro solicitado no es un seguro médico general, sino que está diseñado para uso de los participantes en caso de una enfermedad o lesión súbita e inesperada para los que la cobertura elegible puede disponerse, (ii) la cobertura no es renovable, (iii) el Patrocinador debe pagar las primas por la totalidad del periodo de cobertura solicitado, y ninguna cobertura entrará en vigencia hasta que esta Solicitud sea aceptada por escrito por la Compañía o por IMG en su representación, (iv) ninguna modificación o renuncia relativa a esta solicitud o la cobertura solicitada será vinculante para la Compañía o IMG a menos que un funcionario de la Compañía o IMG la apruebe por escrito, y (v) mediante la presentación de esta solicitud y/o cualquier reclamación futura para los beneficios que el Patrocinador a nombre propio y de los participantes intencionalmente inicie y aproveche el privilegio de realizar operaciones comerciales con la Compañía en Indiana, a través de IMG como su IMG como su gestor de seguros general y administrador del plan y el contrato del seguro representado por la Póliza Maestra y como lo demuestra el Certificado de seguro será considerado como emitido y producido en Indianapolis, IN, y la jurisdicción y competencia única y exclusiva para todo procedimiento legal relativo a este seguro será en el condado de Marion, Indiana, y para el cual el Patrocinador a nombre propio y de los participantes por la presente otorga su consentimiento expreso. La ley de líneas excedentes o extraterritoriales de Indiana registrará todos los derechos y reclamaciones planteados en virtud del Certificado de Seguro.

2. Reconocimiento. El Patrocinador a nombre propio y de los participantes comprende y acepta que: (i) el productor/agente/broker que solicita, está asignado a, o asiste con esta solicitud es el agente y representante de los solicitantes, (ii) este seguro no proporciona beneficios por lesión, enfermedad, o trastorno, condición o aflicción físico, médico, mental o nervioso distinto que, con certeza médica razonable, existía al momento de la solicitud o en momento alguno durante los tres años previos a la fecha de entrada en vigencia del seguro, haya sido o no anteriormente manifestado, sintomático o conocido, diagnosticado, tratado o revelado a la Compañía previo a la fecha de entrada en vigencia, e incluyendo alguna o todas las complicaciones o consecuencias subsecuentes, crónicas o recurrentes relativas al mismo o que resulten o emanen del mismo (una "condición preexistente"), y que todos los cargos y/o reclamaciones incurridos por condiciones preexistentes serán excluidos de la cobertura en virtud del seguro, (iii) los sujetos solicitantes del seguro no tienen el propósito ni son considerados por el Patrocinador, los participantes, la Compañía o IMG como residentes, ubicados o a ser expresamente realizados en estado particular alguno de los Estados Unidos, y (iv) la Compañía, como portador y suscriptor del plan de seguro, es el único responsable de las coberturas y los beneficios que serán provistos en virtud del contrato de seguro.



3. Autorización para la Divulgación de la Información. El Patrocinador en nombre de cada participante autoriza que 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 organización o persona que ha provisto atención, asesoría, diagnóstico, pago, tratamiento o servicios al participante o en nombre del participante, tiene registro o conocimiento alguno sobre la salud del participante, tiene información alguna disponible relativa al diagnóstico, tratamiento y pronóstico relativo a toda condición y/o tratamiento físico o mental del participante, y toda información no-médica sobre el participante, a divulgar la totalidad del expediente médico, archivo, historial, medicamentos del participante y toda otra información sobre el participante y a proveer cualquiera y toda esa información al agente de registro del participante y a los representantes autorizados de la Compañía, IMG y sus afiliados y subsidiarias.

4. Certificación. El patrocinador a nombre propio y de los participantes por la presente certifica, declara y garantiza haber leído las declaraciones precedentes y todo material de marketing y el contrato de seguro de muestra que le fueron dispuestos a solicitud y previo a la solicitud, y haber comprendido las declaraciones precedentes y que cada participante enumerado: (i) es elegible para participar en el programa de seguro solicitado, y (ii) actualmente se encuentra en buena salud y no ha sido diagnosticado con, buscado consulta o recibido tratamiento para, y no ha sufrido la manifestación o los síntomas de y no sufre condición médica preexistente o distinta alguna para la cual prevea que podría requerir tratamiento durante este seguro o para la cual tiene la intención de presentar una reclamación en virtud de este seguro. Como el representante legal del Patrocinador y cada participante, el abajo firmante garantiza su autoridad y capacidad para así actuar y obligar al Patrocinador y a dichos participantes. Al aceptar la cobertura y/o presentar reclamación alguna por los beneficios, cada participante ratifica y afirma la autoridad del firmante y Patrocinador para así actuar y obligar al participante.

5. Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA) Yo comprendo y acepto que: (i) este 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 (los estudiantes internacionales de las categorías de visa E, J, M y Q y ciertos familiares de los estudiantes no están sujetos al mandato individual durante los primeros 5 años en EE.UU. El resto de las categorías J (para maestros, practicantes, para trabajo y estudio, au pair y escuela secundaria, etc.), no están sujetas al mandato individual durante 2 años de los últimos seis), (iii) se podrán imponer sanciones a las personas que están obligadas a mantener una cobertura de conformidad con PPACA pero no lo hacen y (iv) la aptitud para adquirir o renovar este producto, o bien sus términos y condiciones, podrán modificarse o reformarse conforme a los cambios en la legislación aplicable, lo que incluye a PPACA. Tenga en cuenta que usted es el único responsable de determinar si PPACA le es aplicable; la Compañía e IMG no asumirán responsabilidad alguna, incluso sobre las sanciones en que usted pueda incurrir, por no obtener la cobertura necesaria de conformidad con PPACA.

6. Certificación Yo (nosotros) por la presente certifico, declaro y garantizo que he (hemos) leído o me (nos) han sido leídas todas las declaraciones de esta solicitud. Yo (nosotros) declaro que las respuestas son verdaderas, completas y registradas correctamente; y que todos los viajeros enumerados en esta solicitud son médicamente aptos para viajar a la fecha de adquisición de este programa. Yo (nosotros) comprendo y acepto que sujeto a la aceptación de esta solicitud y el pago de la totalidad del monto adeudado, la cobertura comenzará a las 12:01 AM en el día siguiente a cuando se reciba y acepte esta solicitud completa. Yo (nosotros) comprendo que en caso de devolución de la prima sin pago, por cualquier motivo, la cobertura quedará anulada y sin efecto. Yo (nosotros) reconozco y comprendo que en caso de no estar enteramente satisfecha tras recibir el contrato del seguro, la persona asegurada podrá solicitar la cancelación del seguro retroactiva a la fecha de entrada en vigencia, enviando una solicitud por escrito a la Compañía dentro del periodo de revisión descrito en el contrato de seguro y por lo tanto recibir un reembolso de la prima pagada. Deseo (deseamos) recibir información y comunicarme (comunicarnos) de manera electrónica y prefiero (preferimos) emplear mi (nuestro) correo electrónico en vez de correo normal. Acuerdo (acordamos) que IMG puede proveerme (proveernos) toda comunicación en formato electrónico y que IMG no está obligado a enviar comunicaciones en papel, excepto hasta que yo (nosotros) retire este consentimiento. También acuerdo (acordamos) que es mi (nuestra) responsabilidad proporcionar a IMG una dirección de correo electrónico, contacto y otra información relativa a mi (nuestra) cobertura de manera verdadera, precisa y completa y a mantener y actualizar sin demora todo cambio a esta información.

**Firma del Solicitante Primario o el Representante Legal
(Requerido)**

Fecha: _____

