

团体申请 (适用于有两个或两个以上主要受保人的团体)

请用楷体清楚地书写并完成本申请表的所有部分 (正面和背面)。将申请表邮寄、传真或以电子邮件发送至:

Insubuy, Inc. 4200 Mapleshade Ln, Suite 200 Plano, TX, 75093 USA, 传真 +1 (972) 767-4470, 电子邮件: info@insubuy.com

(如有必要,请附上额外的表单)

1	团体成员的姓名:		出生日期 (月/日/年)	政府签发的护照号码	团体成员的 生效日期 (月/日/年)	团体成员的 到期日 (月/日/年)	团体成员的出发 日期 (如果不同于 团体出发日期) (月/日/年)	每日费率
	国籍	居住国						
<input type="checkbox"/> 1								
<input type="checkbox"/> 2								
<input type="checkbox"/> 3								
<input type="checkbox"/> 4								
<input type="checkbox"/> 5								
请勾选申请人姓名前面的方框以指定监护人/团队负责人 (如果选择了监护人附加险)							小计:	A _____

我是团体成员的授权代表, 团体成员同意 IMG 依照其隐私政策来处理他们的个人信息, 以便提供他们已购买的服务, 包括管理索赔并接受会员通信。

我是团体成员的授权代表, 团体成员同意接收 IMG 提供的关于保险保障范围和服务选项的相关信息和通信。团体成员了解, 他们可以随时撤回该许可。

2 保费:

小计 A (摘自上方) × 天数 = 总计 B

按月分期付款 (请先在申请表的第 5 部分中计算您的总保费)

总保费 ÷ 月数 = _____ + \$10.00 账单费用 = \$ _____ 定期支付金额 (必需的最低首期付款)

3 保险选项:

选择保险计划和最高限额。勾选一个计划和一个最高限额选项:

目的地包括美国

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

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

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

目的地不包括美国

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

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

4 免赔额选项:

选择一个免赔额, 然后在第 5 部分 (B) 中的保费计算框中输入适用的费率因子

免赔额	<input type="checkbox"/> \$0	<input type="checkbox"/> \$100	<input type="checkbox"/> \$250	<input type="checkbox"/> \$500	<input type="checkbox"/> \$1,000	<input type="checkbox"/> \$2,500	<input type="checkbox"/> \$5,000*	<input type="checkbox"/> \$10,000*	<input type="checkbox"/> \$25,000*
费率因子	1.25	1.10	1.00	.90	.80	.70	.60	.55	.45

*仅适用于 Platinum 计划

5 保费:

基础计划

(A) 每日保费总额 (摘自第 2 部分中的总计 B) _____

(B) 免赔额费率因子 (请参见第 4 部分) × _____

(C) 团体折扣因子 (如果您的团体至少包含 5 名成员, 请输入 .90) × _____

(D) 基础保费 = _____

其他保险选项

冒险运动附加险 (如果适用, 请输入 .20) _____

监护人/团队负责人附加险 (如果适用, 请输入 .10) + _____

(E) 总计附加险费率因子 = _____

总保费

输入摘自 (D) 的金额 _____

在 1. 右边输入摘自 (E) 的金额 × 1. _____

_____ = _____

¥20 可选的特快邮寄 + _____

_____ = _____

应付总额 = _____

受益人

(请参见保险项目解释文件中关于指定受益人的说明) 当受保人意外身故和/或因公共承运人意外事故而死亡时, 则受益人如下:

- 1) 配偶 (如果有的话) —— 主要受益人
- 2) 子女 (如果有的话) —— 第一受益人
- 3) 受保人的遗产信托 —— 第二受益人

6 团体联系人或主办机构 (如适用) :

主办机构名称 (如适用): _____

邮寄地址: _____ 城市: _____ 州: _____ 邮政编码: _____

联系人姓名: _____ 政府签发的护照号码: _____

将保险声明文件和通信发送到以下电子邮件: _____ 电话号码: _____

☐ 邮寄选项: 相比通过电子邮件接收保险声明文件,我更愿意在以下地址接收保险声明文件和保险合同的纸质副本:

如果提供的地址位于佛罗里达州,该团体目前是否位于佛罗里达州? 是 否
(确定适用的溢额税金,将不会影响保险范围)

请求的生效日期: ____/____/____ (月/日/年) 最早出发日期: ____/____/____ (月/日/年)

请求的到期日: ____/____/____ (月/日/年)

行程的目的: _____

7 付款方式:

Visa MasterCard Discover American Express 电汇 支票 (支付给 IMG) 邮政汇票 (支付给 IMG) 自动清算(ACH) (可根据要求提供)

通过提供我的账户信息,主办人希望通过信用卡或指定账户为每个申请保险的申请人支付保费。如果申请被接受,选定的信用卡或指定账户将按照指定的支付频率被扣取保费。通过签署并提交此表格,主办人声明并保证其拥有所用卡片或账户持有人对使用该卡片或账户的授权,否则将对保费支付及其产生的任何费用承担全部责任。通过提交已签署的申请,主办人同意通过其所提供的信用卡或适用的账户来支付应付的保费金额,并且已阅读并同意本申请中的所有条款、条件和其他声明。此文件只应通过安全手段传送给 IMG。

卡号: _____ 到期时间: ____/____ (月/年) 持卡人姓名: _____

签名: (必填) _____ 持卡人日间电话: _____ 电子邮件: _____

持卡人账单地址: _____

保费必须按照您想要保障的总天数支付。所有款项必须以美元为单位支付,自动清算付款行须为位于美国境内的银行。

1. 认购: 签字人代表担保人或组织 (统称为“申请人”) 声明并保证其是申请人的授权代理人,并在此代表申请表中列明的申请人,向印第安纳州卡梅尔的MutualWealth Management Group申请并认购上述所选保险。此保险由Sirius International Insurance Corporation (publ) (即“公司”) 在收到此申请表的日期承保和提供,由公司的授权代表和计划管理者International Medical Group, Inc.(IMG)负责管理。申请人理解并同意: (i)所申请保险不是雇员福利项目,意外和健康险,普通健康保险,重大疾病险,或遵循美国法律的保险,而是为了在发生符合保险条件的突然和意外疾病或伤害时,作为申请人的旅行医疗保险; (ii)申请人必须提前支付整个保险期间的保费,在申请人支付全部保费且公司以书面形式接受此申请前,任何该保险下的保障都不会生效; (iii)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对权责的放弃都不具有约束力; (iv)公司依赖于申请表中所提供信息的准确性、真实性和完整性,表格中的任何错误信息或不完整信息都会导致保险合同失效以及一切赔付和福利项目的收回和取消; (v)通过提交此申请和/或任何未来的索赔申请,申请人即有目的地启动并利用通过由IMG作为承保管理者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区域和审判地将是印第安纳州马里恩县,对此申请人表示明确同意。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:** 申请人理解并同意: (i)销售该保险或协助此申请的保险业务员/代理人/经纪人,或是被指定的保险业务员/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的,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、心理和神经紊乱的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、慢性或反复并发症或与此类状况或疾病有关或因之而造成的后果。(即“预先存在的状况/已有疾病”),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保障范围之内; (iii)所申请保险的主体并不是为了,也不会被申请人、公司或IMG认为是定居、位于,或专门在任意特定的司法和裁定权辖区区内履行; (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提供的保障和赔付项目,并且IMG不承担任何保险合同下的直接或独立的责任。**3. 授权信息披露:** 申请人授权给任何健康计划,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, 赔付计划或任何向申请人或代表申请人提供护理, 建议, 诊断, 付款, 治疗或服务, 拥有申请人的健康记录或知晓申请人的健康状况, 拥有任何可用于诊断, 治疗和预后任何身体或心理状况和/或申请人的治疗的信息, 以及任何将披露申请人的完整医疗记录, 档案, 病历, 药物的非医疗信息和有关于申请人的任何其他信息的组织或个人, 并授权上述各方将任何和全部信息交与申请人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. 声明:** 担保人代表自己和申请人特此证明, 声明并保证, 申请人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, 申请人理解上述声明; (ii) 申请人作为不符合购买美国国内保险要求的旅行和访问者, 有资格申请该保险; (iii) 所有申请人目前的健康状况良好, 没有收到诊断, 接受会诊或治疗, 没有任何异常表现或症状, 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赔偿的其他医疗状况; (iv) 所有申请人目前没有住院, 残疾, 或者感染或携带人体免疫缺陷病毒 (HIV) (v) 作为担保人及申请人的法定代表, 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, 申请人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. 申请人声明并保证:** 在向申请人提供的保险下, 申请人参与该项目是完全自愿的; 在申请, 订立和履行保险合同的过程中, 担保人的职责不是拥护和支持该项目, 而是允许保险人向申请人宣传该项目, 收取保费并转交给保险人; 并且担保人不同意其报酬的报酬。担保人知晓并同意其必须且将会向申请人, 受益人和其他特定的个人透露相关材料, 包括报告, 声明, 通知以及其它文件, 包括但不限于当收到申请人或受益人要求时向他们提供相关材料; 并且在合理的时间和场合向申请人和受益人提供相关材料以用于检查核对。担保人声明并保证其将采取合理的措施以保证申请人, 受益人和其他特定的个人实际, 及时地收到所要求的材料。**6. 患者保护与平价医疗法案 (PPACA)** 担保人已通知所有申请人, 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。申请人理解并同意: (i) 本保险不受PPACA制约, 也不提供其要求的赔付项目; (ii) 2014年1月1日, PPACA要求美国公民, 美国国民和外籍居民购买符合PPACA要求的保险, 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J类签证持有人 (教师, 实习人员, 工作和旅游项目参与者, 互惠生, 高中生) 持有者可在过去六年中的两年内不受此强制保险限制]; (iii) 被要求购买符合ACA要求的保险的美国公民和美国居民, 如果没有按要求执行, 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, 确定PPACA是否对申请人适用, 这完全是申请人的责任。对于申请人可能受到的任何因未持有符合PPACA要求的保险而导致的惩处, 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申请人, 申请人已通过书面形式自愿授权批准此行为, 并且申请人已被提供其它购买保险的途径和机会。这些授权已由担保人备案, 并会根据要求向公司提供。**7. 电子通信授权:** 申请人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。申请人同意IMG及其合作伙伴和下属分支机构向申请人提供电子版收据和通讯, 而不需要寄送纸质通讯和资料, 直至此许可被撤销。申请人明确地授权向欧盟成员国以外国家的实体传递私人信息。该授权为自愿授予, 专用于管理保险保障和赔付项目, 并且申请人知晓该授权表达其真实意愿。申请人知晓并理解这种信息传递是因履约, 回应申请人的要求, 以及为了订立和履行为了申请人的利益而订立的保险合同所必需的。担保人和申请人还同意, 申请人有责任向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。任何故意提供虚假或欺诈性的索赔信息以弥补支付损失或福利或者故意在保险申请中提供虚假信息的人都是违法的, 并可能被依法处以罚款或监禁。

负责人员签名 **X** _____ 日期: ____/____/____ (月/日/年)

仅供 IMG 保险代理人使用

保险代理人编号: _____ 名称: _____

电子邮件: _____ 电话号码: _____

地址: _____ 城市: _____ 州: _____ 邮政编码: _____