

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: Insubuy, Inc. 4200 Mapleshade Ln., Suite 200, Plano, Tx, 75093 USA, Fax +1.972.767.4470, Email: info@insubuy.com



1	Nombre de los Miembros del Grupo:		Fecha de nacimiento <small>(mes/día/año)</small>	Número de documento emitido por el gobierno	Fecha de vigencia solicitada por los miembros <small>(mes/día/año)</small>	Fecha de caducidad solicitada por los miembros <small>(mes/día/año)</small>	Fecha de salida solicitada por los miembros si es distinta al grupo <small>(mes/día/año)</small>	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 = $\frac{\text{Prima Total}}{\text{Número de meses}}$ + \$10.00 = \$ $\frac{\text{Prima Total}}{\text{Número de meses}} + 10.00$ (Pago mínimo inicial necesario) = 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



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 requirán 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 promocióne 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:

Patriot Travel Medical Insurance®

Tarifas de Grupo (Grupos de 5 o más)



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

Las nuevas tarifas de primas por Persona Asegurada entran en vigencia a partir de 2 de Mayo de 2018 para los individuos elegibles cuyas solicitudes sean aprobadas por IMG. IMG se reserva el derecho a evaluar las tarifas más actuales al momento de la fecha de entrada en vigencia en caso de vencimiento, modificación o sustitución de estas tarifas