

Patriot® Travel 系列

个人申请



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

1 主要申请人信息:		
名字:	姓氏:	中间名:
政府签发的护照号码:		性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
国籍:	居住国:	
目的地国:	请求的生效日期: ___/___/___ (月/日/年)	

2 保险文件和信息递送方法:		
<input type="checkbox"/> 通信应通过电子邮件发送至:		
<input type="checkbox"/> 仅用于邮寄保险资料包目的: 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:		
收件人名称:	地址:	
城市:	邮政编码:	国家:
如果提供的地址位于佛罗里达州,申请人目前是否位于佛罗里达州? (确定适用的溢额税金,将不会影响保险内容)		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

我同意 IMG 依据其隐私政策来处理我的个人信息,以提供我已购买的服务,包括管理索赔,以及接收会员通信。
 我同意接收 IMG 提供的关于保险保障范围和服务选项的相关和其它信息。我了解,我可以随时撤回我的许可。

3 保险选项和其他保障选项:			
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		目的地不包括美国	
<input type="checkbox"/> Patriot America®	<input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$100,000 <input type="checkbox"/> \$500,000 <input type="checkbox"/> \$1,000,000	<input type="checkbox"/> Patriot International®	<input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$100,000 <input type="checkbox"/> \$500,000 <input type="checkbox"/> \$1,000,000
<input type="checkbox"/> Patriot America® Plus	<input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$100,000 <input type="checkbox"/> \$500,000 <input type="checkbox"/> \$1,000,000	<input type="checkbox"/> Patriot International® Platinum	<input type="checkbox"/> \$2,000,000 <input type="checkbox"/> \$5,000,000 <input type="checkbox"/> \$8,000,000
<input type="checkbox"/> Patriot America® Platinum	<input type="checkbox"/> \$2,000,000 <input type="checkbox"/> \$5,000,000 <input type="checkbox"/> \$8,000,000		

4 保费计算:						
投保人姓名: <small>如有更多子女需要申请,请另附名单</small>	出生日期 (月/日/年)	性别	每日费率	旅行天数	总计	
申请人	___/___/___		_____ x _____ = _____			
配偶	___/___/___		_____ x _____ = _____			
子女 1	___/___/___		_____ x _____ = _____			
子女 2	___/___/___		_____ x _____ = _____			
子女 3	___/___/___		_____ x _____ = _____			
					总计	(A)

5 免赔额选项:										
选择一个免赔额,然后在第 6 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

受益人
 如果申请人希望指定受益人,则可以通过 <https://www.insubuy.com/img/beneficiary-designation-form.pdf> 访问受益人指定表。



5 保费	
基础计划	
(A) 每日保费总额 (摘自第4部分)	_____
(B) 免赔额费率因子 (请参见第5部分)	× _____
(C) 基础保费	= _____
其他保障选项	
(D) 冒险运动附加险 (如果适用,请填写 1.20)	_____
增强版意外死亡和致残 AD&D 附加险 (四舍五入到最近的整月。须至少购买三个月的 Patriot 计划才能添加该附加险。)	
_____ × _____ = _____	(E)
紧急医疗运送附加险 (四舍五入到最近的整月。无论旅行的最少天数是多少,必须至少购买三个月。)	
_____ × _____ × \$45.00 = _____	(F)
总保费	
填写摘自(C)的金额	_____
填写摘自(D)的金额	× _____ = _____
填写摘自(E)的金额	+ _____
填写摘自(F)的金额	+ _____
可选特快邮寄 \$20	+ _____
应付总额	= _____
仅供 IMG 保险代理人使用	
保险代理人号码:	
姓名/名称:	
地址:	
城市:	州: 邮编:
电话:	
电子邮件:	

7 订阅				
<p>1. 认购: 签字人代表上述所有申请者(以下统称申请人)在此向印第安纳州卡梅尔的 MutualWealth Management Group 申请并认购上述所选保险。该保险是由 Sirius International Insurance Corporation (publ) (即“公司”)在收到此申请表的日期承保和提供,并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) 申请的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,而是在发生符合保险条件的突然和意外疾病或伤害时,作为被保险人的旅行保险; (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,对此申请人表示同意。申请人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. 确认知晓: 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这些状况或疾病有关或因其造成的后果(即“预先存在的状况/已有疾病”),而所有因预先存在的医疗状况而产生的费用和/或索赔都将不在此保险的保障之内; (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中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,拥有其健康记录或知晓其健康状况,拥有任何可用于诊断、治疗和预后任何身体或心理状况和/或申请人的治疗信息,以及任何将暴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它信息的组织或个人,并授权上述各方将任何及全部信息交与申请人的保险代理人以及公司, IMG 及其关联公司和子公司的授权代表。4. 声明: 申请人特此证明,声明并保证: (i) 申请人已经阅读上述声明以及在要求前和在申请前提供的营销材料和样本保险合同,或者已由其他人将上述材料读给申请人听,并且申请人已理解其内容; (ii) 申请人作为不可使用美国国内医疗保险的,有资格加入所申请的保险计划; (iii) 申请表中所列申请者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的已有疾病或外伤,或意图寻求此保险索赔的其他医疗状况; (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) 如果签字作为申请人的法定代表人,则签字人应保证其具有如此的行事及约束申请人的权力和能力。通过接受保险和/或提交任何索赔申请,申请人认可签字人具有如此行事及约束申请人的权力。5. 患者保护与平价医疗法案 (PPACA) 申请人理解并同意: (i) 本保险不受 PPACA 制约,也不提供其所要求的保险福利项目; (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。所有其它 J 类签证持有者(教师,实习人员,工作和旅行项目参与者,互惠生,高中生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 要求的保险导致的惩处,本公司和 IMG 不承担任何责任。6. 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,而不需要向其寄送纸质通讯,直至申请人撤销此授权或许可。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。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,合同和其他与申请人所申请保险相关的信息,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。</p>				
<table border="1"> <tr> <td>受保人或代办人签名 (必填)</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>日期: ____/____/____ (月/日/年)</td> <td>电话: _____</td> </tr> </table>	受保人或代办人签名 (必填)	X	日期: ____/____/____ (月/日/年)	电话: _____
受保人或代办人签名 (必填)	X			
日期: ____/____/____ (月/日/年)	电话: _____			

8 付款方式	
<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> Discover <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> 电汇 <input type="checkbox"/> 支票 (支付给 IMG) <input type="checkbox"/> 邮政汇票 (支付给 IMG) <input type="checkbox"/> 自动清算 (ACH) (可根据要求提供)	
<p>通过提供我的账户信息,我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,申请人声明并保证他/她拥有所用卡片或账户持有人对使用该卡或账户的授权,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,我同意通过我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。</p>	
卡号:	到期时间: ____/____ (月/年)
到期时间: ____/____ (月/年)	持卡人姓名:
签名: (必填)	持卡人日间电话:
持卡人日间电话:	电子邮件:
持卡人账单地址:	
<p>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。</p>	

Patriot® Travel 系列

每日费率



美国境内

Patriot America®
(目的地包括美国)

年龄	最高限额			
	\$50,000	\$100,000	\$500,000	\$1,000,000
0-17岁	\$1.14	\$1.44	\$2.05	\$2.20
18-29岁	\$1.14	\$1.44	\$2.05	\$2.20
30-39岁	\$1.54	\$2.12	\$2.70	\$2.81
40-49岁	\$2.27	\$2.84	\$3.86	\$4.17
50-59岁	\$3.36	\$4.23	\$6.01	\$6.21
60-64岁	\$3.91	\$5.12	\$7.60	\$7.81
65-69岁	\$4.48	\$5.74	\$8.43	\$8.64
70-79岁	\$6.67	不适用	不适用	不适用
80岁及以上*	\$11.26	不适用	不适用	不适用

*\$10,000 限额

Patriot America Plus®
(目的地包括美国)

年龄	最高限额			
	\$50,000	\$100,000	\$500,000	\$1,000,000
0-17岁	\$1.28	\$1.63	\$2.28	\$2.53
18-29岁	\$1.29	\$1.63	\$2.32	\$2.53
30-39岁	\$1.74	\$2.40	\$3.05	\$3.23
40-49岁	\$2.57	\$3.21	\$4.36	\$4.80
50-59岁	\$3.80	\$4.78	\$6.79	\$7.14
60-64岁	\$4.42	\$5.79	\$8.59	\$8.98
65-69岁	\$5.06	\$6.49	\$9.53	\$9.94
70-79岁	\$7.54	不适用	不适用	不适用
80岁及以上**	\$12.72	不适用	不适用	不适用

*\$10,000 限额

Patriot America Platinum®
(目的地包括美国)

年龄	最高限额		
	\$2,000,000	\$5,000,000	\$8,000,000
0-17岁	\$2.56	\$3.30	\$4.57
18-29岁	\$2.57	\$3.31	\$4.65
30-39岁	\$3.47	\$4.88	\$6.13
40-49岁	\$5.11	\$6.53	\$8.76
50-59岁	\$7.56	\$9.73	\$13.64
60-64岁	\$9.00	\$11.78	\$17.25
65-69岁	\$10.08	\$13.20	\$19.14
70-79岁*	\$15.01	不适用	不适用
80岁及以上**	\$25.34	不适用	不适用

*\$100,000 限额 **\$20,000 限额

有兴趣申请团体保险的5人或以上团队可以享受10%的折扣。

其他免赔额选项									
免赔额	\$0	\$100	\$250	\$500	\$1,000	\$2,500	\$5,000*	\$10,000*	\$25,000*
费率因子	1.25	1.10	1.00	.90	.80	.70	.60	.55	.45

*仅适用于 Platinum

美国境外

Patriot International®
(目的地不包括美国)

年龄	最高限额			
	\$50,000	\$100,000	\$500,000	\$1,000,000
0-17岁	\$0.74	\$0.90	\$1.05	\$1.16
18-29岁	\$0.77	\$0.95	\$1.10	\$1.22
30-39岁	\$0.91	\$1.10	\$1.39	\$1.45
40-49岁	\$1.53	\$1.80	\$2.05	\$2.07
50-59岁	\$2.59	\$2.98	\$3.16	\$3.22
60-64岁	\$3.25	\$3.55	\$3.84	\$3.88
65-69岁	\$3.82	\$4.15	\$4.80	\$5.18
70-79岁	\$5.70	不适用	不适用	不适用
80岁及以上*	\$10.11	不适用	不适用	不适用

*\$10,000 限额

Patriot International Platinum®
(目的地不包括美国)

年龄	最高限额		
	\$2,000,000	\$5,000,000	\$8,000,000
0-17岁	\$1.25	\$1.58	\$1.81
18-29岁	\$1.31	\$1.66	\$1.89
30-39岁	\$1.55	\$1.93	\$2.39
40-49岁	\$2.60	\$3.15	\$3.53
50-59岁	\$4.41	\$5.22	\$5.44
60-64岁	\$5.53	\$6.21	\$6.60
65-69岁	\$6.50	\$7.26	\$8.26
70-79岁*	\$9.69	不适用	不适用
80岁及以上**	\$17.19	不适用	不适用

*\$100,000 限额 **\$20,000 限额

可选附加险费率

增强版意外死亡和致残 (AD&D) 附加险*		
高达 \$100,000 额外保障	每个月	\$8
高达 \$200,000 额外保障	每个月	\$16
高达 \$300,000 额外保障	每个月	\$24
高达 \$400,000 额外保障	每个月	\$32

*仅可用于个人计划中的主要受保人。在最少购买三个月的基本旅行医疗保险和 AD&D 附加险的情况下可用。按整月递增的方式收取保费。

紧急医疗运送附加险*		
每名受保人的保费	每个月	\$45

*仅可用于个人计划中的主要受保人。无论旅行的最少天数是多少, 必须至少购买三个月。按整月递增的方式收取保费。紧急医疗运送附加福利已包含在Platinum保险内, 可在 Patriot America, Patriot America Plus 和 Patriot International 保险的基础上作为附加险。

陪护人/团队负责人替代附加险*		冒险运动附加险	
基础保费增加 10%		基础保费增加 20%	

*仅适用于团体申请

新的每人保险费率自2019年5月1日起生效。对于其申请获得IMG批准的符合资格的个人, 如果保险费率到期、被修改或更换, IMG保留在生效日期评估最新费率的权利。