

Renuncia



El seguro solo puede entrar en vigor después de que el departamento de suscripción de pólizas reciba y revise su solicitud con el departamento jurídico, lo que puede tardar entre 3 y 5 días hábiles.

El departamento de suscripción de pólizas y el departamento jurídico están abiertos en horario regular de oficina de lunes a viernes.

Al enviar esta solicitud impresa, usted reconoce y acepta que:

- No se admiten solicitudes con fecha anterior.
- No se garantiza que la cobertura del seguro se apruebe para cada persona que envía la solicitud.
- Usted exime y libera a Insubuy y al agente de seguros que le vendió la póliza (si lo hubiera) de cualquier responsabilidad derivada de esto.

Si los términos anteriores no le resultan aceptables, por favor no envíe la solicitud.

Si necesita comprar urgentemente el seguro, por favor llame a nuestra oficina al +1 (866) INSUBUY o al agente de seguros para confirmar, antes de enviar la solicitud.

Escriba en letra imprenta legible y complete TODAS LAS SECCIONES (frente y dorso) de esta solicitud. Envíe por correo postal, fax o correo electrónico a:
 Insubuy, Inc. 4200 Mapleshade Ln Ste 200, Plano, TX 75093 USA Fax: +1.972.767.4470 Correo electrónico: info [at] insubuy.com

1 INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE PRIMARIO:

Nombre:	Apellido:	Segundo nombre:
Número de identificación emitida por el gobierno:		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
País de ciudadanía:	País de residencia:	
País(es) de destino:	Fecha de entrada en vigencia solicitada: ___/___/___ (DD/MM/AAAA)	

2 MÉTODO DE CUMPLIMIENTO Y ENTREGA DE INFORMACIÓN:

Las comunicaciones deben enviarse por correo electrónico a:

Para el kit de envío por correo postal SOLAMENTE: En lugar de recibir la confirmación de la cobertura a través de correo postal, prefiero recibir una copia en papel de la carta de verificación de la cobertura y del contrato de seguro en la siguiente dirección:

Nombre:	Dirección:	
Ciudad:	Código postal:	País:

Si el domicilio proporcionado se encuentra en Florida, ¿el solicitante reside actualmente en Florida? (Determinará el impuesto estatal a los seguros y no incidirá en la cobertura) Sí No

- PRESTO MI CONSENTIMIENTO PARA EL PROCESAMIENTO DE MI INFORMACIÓN PERSONAL PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS CONTRATADOS, INCLUSO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RECLAMOS, Y PARA LA RECEPCIÓN DE COMUNICACIONES PARA LOS MIEMBROS, DE CONFORMIDAD CON LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD DE IMG.
- ACEPTO RECIBIR INFORMACIÓN U OTRAS COMUNICACIONES RELEVANTES DE IMG ACERCA DE LAS COBERTURAS DE SEGURO Y LAS OPCIONES DE SERVICIOS. ENTIENDO QUE PODRÉ RETIRAR MI CONSENTIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO.

3 OPCIÓN DE PLAN Y OPCIONES DE COBERTURA ADICIONAL:

Seleccione el plan de cobertura y el límite máximo. Marque un plan y una opción:

Destino incluyendo los EE. UU.		Destino excluyendo los EE. UU.	
<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 CÁLCULO DE LA PRIMA:

Nombres de las personas que serán aseguradas: <i>Adjunte una hoja adicional si hay más hijos</i>		Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Sexo	Tarifa diaria	Cant. de días	Total
Solicitante		___/___/___		_____ x _____ = _____		
Cónyuge		___/___/___		_____ x _____ = _____		
Hijo 1		___/___/___		_____ x _____ = _____		
Hijo 2		___/___/___		_____ x _____ = _____		
Hijo 3		___/___/___		_____ x _____ = _____		
					TOTAL	(A)

5 OPCIÓN DE DEDUCIBLE:

Seleccione un deducible, luego ingrese el monto del factor de la tarifa aplicable en el casillero de cálculo de la prima de la Sección 6(B)	Deducible	\$0	\$100	\$250	\$500	\$1,000	\$2,500	\$5,000*	\$10,000*	\$25,000*
	Factor de la tarifa	1.25	1.10	1.00	.90	.80	.70	.60	.55	.45

*Disponible únicamente en los planes Platinum

Beneficiarios

Si los solicitantes desean designar a un beneficiario, puede accederse al formulario de designación de beneficiario en <https://www.insubuy.com/img/beneficiary-designation-form.pdf>

Escriba en letra imprenta legible y complete TODAS LAS SECCIONES (frente y dorso) de esta solicitud.

6 PRIMA DEL PLAN:

PLAN BÁSICO

(A) Total de la prima diaria <i>(de la Sección 4)</i>	_____
(B) Factor de la tarifa del deducible <i>(Consultar la Sección 5)</i>	X _____
(C) Prima básica	= _____

OPCIONES DE COBERTURA ADICIONALES

(D) Anexo sobre deportes aventura <i>(ingrese 1.20, de resultar aplicable)</i>	_____
--	-------

Anexo mejorado de AD&D
(Redondear al mes entero más cercano. Debe ser adquirido por un mínimo de tres meses independientemente de la cantidad mínima de días de viaje).

_____ X _____ = _____
Cant. de meses Tarifa (E)

Anexo adicional de evacuación
(Redondear al mes entero más cercano. Debe ser adquirido por un mínimo de tres meses independientemente de la cantidad mínima de días de viaje).

_____ X _____ X \$45.00 = _____
Cant. de meses Cant. de asegurados (F)

PRIMA TOTAL

Ingrese el monto de (C)	_____
Ingrese el monto de (D)	X _____ = _____
Ingrese el monto de (E)	+ _____
Ingrese el monto de (F)	+ _____
Correo urgente opcional \$20	+ _____
MONTO TOTAL PAGADERO	= _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL PRODUCTOR DE IMG

N.º de Productor: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

7 SUSCRIPCIÓN

El abajo firmante, en representación de los individuos antes mencionados (los "solicitantes"), por el presente solicita y suscribe a Global Medical Services Group Insurance Trust, c/o MutualWealth Management Group, Carmel, Indiana, o a su sucesora, la cobertura de seguro antes solicitada y conforme es garantizada y emitida por Sirius International Insurance Corporation (sociedad abierta) (la Compañía) en la fecha de recepción del presente, y conforme es administrada por el representante autorizado de la Compañía y administrador del plan, International Medical Group, Inc. (IMG). Los solicitantes comprenden y acuerdan lo siguiente: (i) el seguro solicitado no es un plan de beneficios y asistencia para empleados, seguro por accidentes y salud, seguro de salud, seguro médico importante o plan de salud sujeto o en cumplimiento de las leyes de los EE. UU., sino que su objetivo es ser utilizado como una cobertura de viaje en caso de una enfermedad o lesión repentina e inesperada para la cual pueda haber una cobertura elegible disponible, (ii) los solicitantes deben pagar las primas por todo el período de cobertura de forma anticipada, y ninguna cobertura entrará en vigencia hasta que las primas requeridas hayan sido abonadas y esta solicitud haya sido aceptada por escrito por la Compañía, (iii) ninguna modificación o renuncia relacionada con esta solicitud o con la cobertura solicitada será obligatoria para la Compañía o IMG a menos que cuente con la aprobación escrita de un directivo de la Compañía o IMG, y (iv) la Compañía confía en la precisión, veracidad e integridad de la información aquí provista y toda declaración falsa u omisión incluida en el presente invalidará el contrato de seguro, y todos los reclamos y beneficios del presente se perderán y renunciarán, (V) por medio de la entrega de la presente solicitud o cualquier futuro reclamo por beneficios, los solicitantes deliberadamente inician y sacan provecho del privilegio de hacer negocios con la Compañía en Indiana a través de IMG como su agente de seguros y administrador del plan, el contrato de seguro, representado por la Póliza Maestra y acreditado por el Certificado de Seguro, se considerará emitido y efectuado en Indianápolis, Indiana, y el Condado de Marion, Indiana, tendrá jurisdicción exclusiva para resolver todo procedimiento legal relacionado con el seguro; y, en tal sentido, los solicitantes brindan su consentimiento. Los solicitantes prestan su consentimiento y acuerdan que la ley de líneas excedentes de Indiana registrará todos los derechos y reclamos presentados conforme al presente contrato de seguro. **RECONOCIMIENTO.** Los solicitantes comprenden y acuerdan lo siguiente: (i) el productor/agente/corredor de seguros que solicite, sea asignado o preste asistencia con respecto a esta solicitud es el agente y representante de los solicitantes e IMG actúa en cumplimiento de sus obligaciones contractuales hacia la Compañía y en nombre de la Compañía, (ii) el seguro no brinda beneficios por ninguna lesión, enfermedad u otro trastorno, condición o dolencia física, médica, mental o nerviosa existente, con una certeza médica razonable, al momento de la solicitud o en cualquier momento durante el período descrito en el contrato antes de la fecha de entrada en vigencia, ya sea que se haya manifestado o no anteriormente, ya sea sintomática o conocida, diagnosticada, tratada o informada a la Compañía antes de la fecha de entrada en vigencia, incluidas todas las complicaciones o consecuencias posteriores, crónicas o recurrentes relacionadas con dicho trastorno, condición o dolencia (una "condición preexistente"), y todos los cargos o reclamos incurridos por condiciones preexistentes estarán excluidos de la cobertura conforme se describe en el Certificado de Seguro, que se incorpora por referencia al presente y puede consultarse en imglobal.com/sample-contracts, (iii) ni los solicitantes, ni la Compañía ni IMG consideran que los sujetos del seguro solicitado son residentes, están ubicados o se prestarán expresamente en alguna jurisdicción en particular, y (iv) la Compañía, como aseguradora del plan, sólo será responsable de las coberturas y beneficios que se brindan en virtud del contrato de seguro, e IMG no tendrá responsabilidad directa o independiente en virtud de ningún contrato de seguro. **AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN** Los solicitantes autorizan a todo plan de salud, proveedor de atención médica, profesional de la salud, MIB, organismo del gobierno federal, estatal o local, compañía de seguros o reaseguro, agencia de información crediticia, empleador, plan de beneficios o cualquier otra organización o persona que les haya provisto atención, asesoramiento, diagnóstico, pago, tratamiento o servicios a ellos o en su nombre, que posea registros o conocimientos acerca de su salud, o cualquier información disponible con respecto a los diagnósticos, tratamientos y pronósticos en relación con cualquier condición física o mental o tratamiento, y cualquier información no médica acerca de ellos, a divulgar la totalidad de su historial médico, registro de medicaciones y cualquier otra información relacionada con ellos y a brindar toda la información a su agente registrado y a los representantes autorizados de la Compañía, IMG y sus afiliadas y subsidiarias. **CERTIFICADO.** Los solicitantes por el presente certifican, declaran y garantizan lo siguiente: (i) comprenden y han leído o les leyeron las declaraciones que anteceden y todos los materiales de marketing y modelos de contratos de seguro que fueron puestos a su disposición a pedido y antes de la solicitud, (ii) son elegibles para participar en el programa de seguro solicitado como un viajante para quien la cobertura de atención médica doméstica de los EE. UU. no se encuentra disponible, (iii) actualmente gozan de buena salud y no se les ha diagnosticado ni han solicitado ninguna consulta ni han sido tratados ni han experimentado manifestaciones o síntomas ni han padecido ningún otro problema de salud preexistente que los solicitantes anticipen que pueda requerir tratamiento durante el seguro o por el cual los solicitantes intenten reclamar en virtud del seguro, y (iv) ningún solicitante está internado, discapacitado o es VIH+. Si firma en calidad de representante legal del solicitante, el firmante garantiza su facultad y capacidad para actuar como tal y obligar a los solicitantes. Mediante la aceptación de la cobertura o presentación del reclamo por beneficios, el solicitante ratifica la facultad del firmante para actuar de ese modo y obligar a los solicitantes. **NOTIFICACIÓN IMPORTANTE ACERCA DE LA LEY SOBRE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y CUIDADO ASEQUIBLE (PPACA):** Este seguro no está sujeto ni brinda los beneficios exigidos por la PPACA. La PPACA exige a los ciudadanos, a los nativos y a los residentes extranjeros de los EE. UU. que contraten una cobertura de seguro que cumpla con la PPACA, a menos que estén exentos de dicha ley. Las personas que tengan obligación de mantener una cobertura en virtud de la PPACA, pero no lo hagan, serán pasibles de sanciones impositivas. La aptitud para contratar o renovar este producto o sus términos y condiciones podría modificarse o reformarse sobre la base de los cambios en la legislación aplicable, lo que incluye a la PPACA. Tenga en cuenta que el asegurado es exclusivamente responsable de determinar qué requisitos del seguro le son aplicables, y la Compañía y su Administrador no tendrán ningún tipo de responsabilidad, incluso por cualquier sanción en la que una persona pueda incurrir por no contratar la cobertura exigida por la ley aplicable, que incluye, a mero título enunciativo, la PPACA. **CONSENTIMIENTO DIGITAL.** Los solicitantes desean recibir información y comunicarse de forma electrónica, y prefieren utilizar el correo electrónico en lugar del correo postal. Los solicitantes acuerdan que IMG, sus afiliadas y subsidiarias pueden enviarle comunicaciones en formato electrónico, y que las comunicaciones en papel no serán requeridas, a menos que el solicitante retire este consentimiento. Los solicitantes inequívocamente prestan su consentimiento a la transferencia de datos personales a entidades establecidas en un país fuera de los Estados Miembro de la UE. Este consentimiento se presta de forma libre y es específicamente para la administración de la cobertura y los beneficios y una indicación informada sobre los deseos de los solicitantes. Los solicitantes reconocen y comprenden que la transferencia es necesaria para el cumplimiento del contrato, realizada en respuesta a su solicitud, y necesaria para la conclusión o el cumplimiento de un contrato firmado en su interés. Los solicitantes también acuerdan que son responsables de brindarle a IMG la dirección de correo electrónico, la información de contacto y cualquier otra información verdadera, precisa y completa, y por mantener y actualizar inmediatamente todo cambio a esta información. Toda persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro o beneficio, o que deliberadamente brinde información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede quedar sujeta al pago de multas o a la pena de prisión.

Firma del asegurado o del representante <i>(Requerido)</i>	X _____
Fecha: ____/____/____ <i>(DD/MM/AAAA)</i>	Teléfono: _____

8 FORMA DE PAGO:

- Visa MasterCard Discover American Express Transferencia Cheque (a IMG) Giro postal (a IMG) eCheck (ACH) *(disponible a pedido)*

Al entregar la información de mi cuenta, deseo abonar la prima con tarjeta de crédito o con la cuenta designada por cada solicitante que solicita la cobertura. Si la solicitud es aceptada, la prima se cobrará de la tarjeta de crédito o la cuenta designada, según el modo de pago que se haya seleccionado. Al firmar y enviar este formulario, el solicitante declara y garantiza que tiene la tarjeta o la autorización del titular de la cuenta para usar la cuenta y, de no ser así, se hará completamente responsable del pago y de todos los cargos derivados. Al enviar la solicitud firmada, acepto abonar con mi tarjeta de crédito o cuenta aplicable el monto de la prima pagadero y he leído todos los términos, condiciones y otras cuentas derivadas de esta solicitud. Este documento debe ser transmitido a IMG únicamente a través de un medio seguro.

N.º de tarjeta:	Fecha de vencimiento: ____/____/____ <i>(DD/MM/AAAA)</i>	Nombre del titular de la tarjeta:
Firma: <i>(Requerido)</i>	Teléfono de contacto durante el día del titular de la tarjeta:	Correo electrónico:
Domicilio de facturación del titular de la tarjeta:		
<i>El pago debe realizarse por la cantidad total de días consecutivos por los que desea cobertura. Todos los pagos deben realizarse en dólares estadounidenses en bancos de los EE. UU.</i>		



Tarifas diarias

DENTRO DE LOS EE. UU.

Patriot America®
(El destino incluye los EE. UU.)

Edad	Límite Máximo			
	\$50,000	\$100,000	\$500,000	\$1 millón
0 - 17	\$1.14	\$1.44	\$2.05	\$2.20
18 - 29	\$1.14	\$1.44	\$2.05	\$2.20
30 - 39	\$1.54	\$2.12	\$2.70	\$2.81
40 - 49	\$2.27	\$2.84	\$3.86	\$4.17
50 - 59	\$3.36	\$4.23	\$6.01	\$6.21
60 - 64	\$3.91	\$5.12	\$7.60	\$7.81
65 - 69	\$4.48	\$5.74	\$8.43	\$8.64
70 - 79	\$6.67	N/A	N/A	N/A
80 + *	\$11.26	N/A	N/A	N/A

*Límite de \$10,000

Patriot America Plus®
(El destino incluye los EE. UU.)

Edad	Límite Máximo			
	\$50,000	\$100,000	\$500,000	\$1 millón
0 - 17	\$1.32	\$1.68	\$2.35	\$2.61
18 - 29	\$1.33	\$1.68	\$2.39	\$2.61
30 - 39	\$1.79	\$2.47	\$3.14	\$3.33
40 - 49	\$2.65	\$3.31	\$4.49	\$4.94
50 - 59	\$4.18	\$5.26	\$7.47	\$7.85
60 - 64	\$4.86	\$6.37	\$9.45	\$9.88
65 - 69	\$6.07	\$7.79	N/A	N/A
70 - 79	\$9.43	N/A	N/A	N/A
80 + *	\$15.90	N/A	N/A	N/A

*Límite de \$10,000

Patriot America Platinum
(El destino incluye los EE. UU.)

Edad	Límite Máximo		
	\$2 millones	\$5 millones	\$8 millones
0 - 17	\$2.64	\$3.40	\$4.71
18 - 29	\$2.65	\$3.41	\$4.79
30 - 39	\$3.57	\$5.03	\$6.31
40 - 49	\$5.26	\$6.73	\$9.02
50 - 59	\$8.32	\$10.70	\$15.00
60 - 64	\$9.90	\$12.96	\$18.98
65 - 69*	\$12.10	N/A	N/A
70 - 79**	\$18.76	N/A	N/A
80 + ***	\$31.68	N/A	N/A

*Límite de \$1,000,000

**Límite de \$100,000

***Límite de \$20,000

Aquellos interesados en adquirir un plan grupal (por ej. dos asegurados primarios y al menos 5 asegurados) son elegibles para un descuento del **10 por ciento**.

FUERA DE LOS EE. UU.

Patriot International®
(El destino excluye los EE. UU.)

Edad	Límite Máximo			
	\$50,000	\$100,000	\$500,000	\$1 millón
0 - 17	\$0.74	\$0.90	\$1.05	\$1.16
18 - 29	\$0.77	\$0.95	\$1.10	\$1.22
30 - 39	\$0.91	\$1.10	\$1.39	\$1.45
40 - 49	\$1.53	\$1.80	\$2.05	\$2.07
50 - 59	\$2.59	\$2.98	\$3.16	\$3.22
60 - 64	\$3.25	\$3.55	\$3.84	\$3.88
65 - 69	\$3.82	\$4.15	\$4.80	\$5.18
70 - 79	\$5.70	N/A	N/A	N/A
80 + *	\$10.11	N/A	N/A	N/A

*Límite de \$10,000

Patriot International Platinum
(El destino excluye los EE. UU.)

Edad	Límite Máximo		
	\$2 millones	\$5 millones	\$8 millones
0 - 17	\$1.25	\$1.58	\$1.81
18 - 29	\$1.31	\$1.66	\$1.89
30 - 39	\$1.55	\$1.93	\$2.39
40 - 49	\$2.60	\$3.15	\$3.53
50 - 59	\$4.41	\$5.22	\$5.44
60 - 64	\$5.53	\$6.21	\$6.60
65 - 69	\$6.50	\$7.26	\$8.26
70 - 79*	\$9.69	N/A	N/A
80 + **	\$17.19	N/A	N/A

*Límite de \$100,000

**Límite de \$20,000

TARIFAS POR ANEXOS OPCIONALES

Anexo mejorado de AD&D*	
Cobertura adicional de hasta \$100,000	\$8 por mes
Cobertura adicional de hasta \$200,000	\$16 por mes
Cobertura adicional de hasta \$300,000	\$24 por mes
Cobertura adicional de hasta \$400,000	\$32 por mes

*Disponible con una compra mínima de tres meses de cobertura médica y del anexo de AD&D. La prima se cobra en incrementos de mes completo.

Anexo adicional de evacuación*	
Prima por asegurado cubierto	\$45 por mes

*Disponible para el asegurado primario únicamente en planes individuales. Debe adquirirse por un mínimo de tres meses independientemente de la cantidad mínima de días del viaje. La prima se cobra en incrementos de mes completo. El beneficio de Adicional de evacuación está incluido en los planes Platinum y se encuentra disponible en los planes Patriot America, Patriot America Plus y Patriot International como un anexo.

Anexo de reemplazo de líder o adulto acompañante*	Anexo sobre deportes aventura
10% de aumento sobre la prima básica	20% de aumento sobre la prima básica

*Disponible únicamente en las solicitudes grupales.

Opciones de deducible adicional									
Deducible	\$0	\$100	\$250	\$500	\$1,000	\$2,500	\$5,000*	\$10,000*	\$25,000*
Factor de la tarifa	1.25	1.10	1.00	.90	.80	.70	.60	.55	.45

*Disponible únicamente en los planes Platinum

Las nuevas tarifas de la prima por Asegurado se encuentran vigentes para las compras que se realicen a partir del 1 de mayo de 2019, para las personas elegibles cuyas solicitudes sean aprobadas por IMG. IMG se reserva el derecho a aplicar las tarifas más actuales al momento de la fecha de entrada en vigencia en caso de que estas tarifas caduquen, sean modificadas o reemplazadas.