

# PATRIOT旅行医疗保险申请表

请将此申请表清楚地打印出并完成所有部分 (正反面)。邮寄、传真或电子邮件发送到: Insubuy, Inc., 4200 Mapleshade Ln. Suite 200, Plano, TX 75093 USA, Fax +1.972.767.4470 Email: info [at] insubuy.com



<b>1 主申请信息</b>								
名:		姓:		中间名:				
政府发行的身份证号:				性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
<b>2 资料包与信息的传递方式:</b>								
<input type="checkbox"/> 应将电子邮件发送给:								
<input type="checkbox"/> 关于邮寄资料包与更新信息 (如果适用的话): 我不介意因普通邮寄而导致的耽搁。我希望将纸质的保险验证信与保险合同发送到以下地址:								
名字:				地址:				
城市:		邮编:		国家:				
如果以上提供的地址在Florida, 请问申请者目前住在 Florida吗? (确定适用的收益税, 不会影响保险费)						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是		
<b>3 计划选项与额外保险选项:</b>								
选择保险计划与最大限额。选择一个计划与一个最大限额选项:								
<input type="checkbox"/> 适用于非美国公民的Patriot America保险计划:				<input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$100,000 <input type="checkbox"/> \$500,000 <input type="checkbox"/> \$1 百万				
<input type="checkbox"/> 适用于美国公民的Patriot International保险计划:				<input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$100,000 <input type="checkbox"/> \$500,000 <input type="checkbox"/> \$1 百万 <input type="checkbox"/> \$2 百万				
国籍:				居住国家:				
目的国家:								
选择额外保险选项 (非强制性):								
<input type="checkbox"/> 公民回国附加险:								
如果您是公民并选择了此项附加险, 您在过去的6个月里一直住在美国境外吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是								
您目前有有效的健康计划保险吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是 如果您对以上任意问题的回答是“不是”, 那么您不可以申请此附加险。								
指定生效日期: ___/___/___ (月/日/年)				离开本国的日期: ___/___/___ (月/日/年)				
				返回本国的日期: ___/___/___ (月/日/年)				
您是前往美国旅行的非美国公民, 且正在寻找替代目前使用的国际保险吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是								
目前承保商:		抵达美国的日子:		目前保险的过期日期:				
<b>4 保险费计算:</b>								
投保人姓名: 如果有更多孩子, 请附上附加表		生日 (月/日/年)	月费	旅行 月数	总计	日费	天数	总计
申请者		___/___/___	_____ x _____ = _____			_____ x _____ = _____		
配偶		___/___/___	_____ x _____ = _____			_____ x _____ = _____		
孩子 1		___/___/___	_____ x _____ = _____			_____ x _____ = _____		
孩子 2		___/___/___	_____ x _____ = _____			_____ x _____ = _____		
		总计	(A) _____		(B) _____			(C) _____
<b>5 自付额选项:</b>								
圈出一个选项: 选择一个自付额并将其圈出, 接着请将相应的费率因素填在第7 (D) 部分 - 保险费计算表格中。		自付额	\$0	\$100	\$250	\$500	\$1,000	\$2,500
		费率因素	1.25	1.10	1.00	.90	.80	.70
<b>6 旅行结束后母国保险 (非强制性):</b>								
每购买连续六个月的旅行医疗保险, 购买一个月的母国保险, 最多可以购买两个月的旅行结束后母国保险。		月费率总计(A)		母国保险的承保月份		母国保险费总计		
		_____ x _____ = _____						
		总计						(E) _____

APPLICATION FORM CONTINUED ON BACK

# PATRIOT旅行医疗保险申请表

请将此申请表清楚地打印出并完成所有部分 (正反面)。



<b>7 计划保险费:</b>	
基本计划	
(B) 月保险费总计 (第4部分B的数据)	_____
(C) 日保险费总计 (第4部分C的数据)	_____
(E) 旅行结束后母国保险费总计 (第4部分E的数据)	_____
B + C + E =	_____
(D) 自付额费率因素 (请查看第5部分)	x _____
(F) 基本保险费	_____
额外保险选项	
冒险运动附加险 (如果适用的话, 请填入.05)	_____
公民回国附加险 (如果适用的话, 请填入.05)	+ _____
(G) 总附加险因素	= _____
增强型AD&D附加险 (购买前, 请完成以下计算)	
月数 _____ x 费率 _____ =	(H) _____
运送附加险 (购买前, 请完成以下计算)	
月数 _____ x 受保人数 _____ x \$45.00 =	(I) _____
总保险费	
请填入(F)部分数据	_____
请将(G)部分数据填入1.的右侧	x 1. _____ = _____
请填入(H)部分数据	+ _____
请填入(I)部分数据	+ _____
可选择的特快专递\$20	+ _____
应付金额总计	= _____

仅限IMG业务员使用		
业务员工号:		
姓名:		
住址:		
城市:	州:	邮编:
电话:		
邮箱:		

## 8 订购

签名者代表上面的个人(申请人)特此申请并订阅全球医疗服务团体保险信托基金、MutualWealth管理集团、Carmel或其继任公司, 关于上述要求的保险及由Sirius国际保险公司(公共)(公司)在收据日发行的保险及国际医疗集团(IMG)授权代表及计划负责人管理的保险。申请者理解并同意:(i) 申请的本保险不是员工福利计划、事故&健康产品、健康保险、主要医疗保险、也不是遵从美国法律的健康计划, 而是在旅行保险于保障旅行时突然或意外的疾病或受伤, (ii) 申请者必须提前将整个承保期的保险费付清, 保险将不会生效除非要求的保险费已付清且此申请以书面形式被公司接受, (iii) 任何关于此申请的修改、豁免或保险覆盖范围对公司或IMG没有任何约束力, 除非申请经过公司或IMG的负责人批准, 并且 (iv) Sirius公司依靠所提供信息的准确性、真实性和完整性, 任何虚假陈述或遗漏信息将导致保险合同无效, 且所有索赔与福利将被没收或放弃, (v) 通过提交此申请表, 与 / 或之后的任何索赔。申请者故意启动并利用特权与公司印第安纳 (Indiana) 开展业务, 并委任IMG管理其普通保险与计划, 由总保险单及由保险证书所证实的保险合同, 被默认为在印第安纳波利斯 (Indianapolis) 发行、制定, 印第安纳州马里恩县 (Marion County) 将被设为处理与保险相关的任何法律程序的唯一、专属管辖地区与场所, 申请者同意此规定。申请者同意使用印第安纳 (Indiana) 盈余法律管理本保险合同中提出的所有的权利与索赔。

确认。申请者理解并同意:(i) 负责招揽、分配、辅助此申请的保险业务员/代理人/经纪人, 将作为申请者的代理人代表, 而IMG将代表公司并履行其对公司应尽的合同义务, (ii) 本保险对于有合理医疗证据表明在申请时已存在, 或在合同中写明的生效日期前的任何时间内发生的病情或疾病, 任何受伤、大病、疾病、慢性病或其它身体、医疗、精神或神经障碍, 不会提供任何索赔, 无论之前是否表现出、发生过、已知、被诊断出、治疗过或在生效日期前通知过公司, 并包括任何及所有的后续、慢性或反复复发的病症或由此 (“现有情况”) 引发的相关后果, 因现有情况而引发的所有费用与 / 或索赔金额不包括在保险内, (iii) 申请者没有打算或考虑保险使用的主体, 公司或IMG的居住地、地址或明确地在任何特定的管辖区进行, 并且 (iv) 公司, 作为保险计划的承保商与保险商独自承担保险及保险合同中提供的索赔福利的责任, IMG对于任何保险合同没有任何直接或独立责任。

授权发布信息。申请者授权任何健康计划、医疗保健提供者、医疗保健专家、MIB、联邦、州或当地政府机构、保险公司 / 再保险公司、消费者报告机构、雇主、索赔福利计划, 或任何其它为申请者提供护理、建议、诊断、付款、治疗、服务或可代表他们的组织或个人, 并了解申请者健康情况且有记录, 或有可以用来诊断、治疗、预防任何身体、精神状况与 / 或治疗的信息, 并有关于我的任何非医疗信息, 以展示他们所有的医疗记录、文件、历史、药物及关于他们的任何其它信息, 并将这些信息提供给他们记录与授权的公司代理、其分支机构与子公司。

证书。申请者在此证实、代表并保证:(i) 在申请前, 他们已经阅读上述陈述、营销资料及保险合同样本, 提出阅读要求时, 会为申请者准备好相应资料, 或有人为他们阅读了相关资料, 且申请者明白这些资料, (ii) 他们有资格申请适用于旅行者的保险项目, 这些旅行者不可使用美国国内医疗保健保险, (iii) 他们目前身体健康, 还没有诊断、咨询或治疗, 还没有经历因现有状况或其它医疗情况而引发的症状, 而且申请者可以预见到此病症在保险有效期间需要接受治疗或申请者有意利用保险索赔, 并且 (iv) 每位申请者没有住院、残疾或患HIV+。如果以申请者的合法代表身份签署合同, 签名者保证其对每位申请者履行义务与约束的权利及能力。通过接受保险与 / 或提交索赔申请, 每位申请者批准签名者代表申请者行事。

关于病人防护与平价医疗法案 (PPACA) 的重要通知: 此保险不受限于PPACA且不提供PPACA需要的赔偿福利。截至2014年1月1日, PPACA要求美国公民、美国国民及某些美国具名获得PPACA-compliant保险, 除非他们从PPACA中得到豁免。对于那些需要获取PPACA-compliant保险却没有的人可能会受到处罚。本保险的购买资格、续保或更新及其条款与条件, 会根据可适用的法律, 包括PPACA, 而修改或改订。请注意, 确定适用于投保人的保险要求是投保人自己的责任, 公司与IMG对于投保人因未能获取适用于他们的相关法案, 包括但不局限于PPACA, 而受到任何惩罚, 将不负任何责任。

同意电子文档。申请者希望以电子方式收到信息与通信文件, 并更喜欢使用电子邮箱而不是普通的邮寄方式。申请者同意IMG、其分支机构与子公司可以为每位被保人以电子方式提供通信信息, 不需要纸质通信信息, 除非且直到申请者撤回此同意指令。申请者明确地同意将其私人数据传送给在欧盟成员国以外的一个公司。此同意是无偿的、专门用于管理保险与赔偿福利且明确表明申请者的意愿。申请者确认并理解数据传送给对于履行回应他们的索赔请求的合同是必要的, 并且对于履行符合他们的利益的合同与结论是必要的。申请者同意这是他们的则热 一向IMG提供真实、准确、完整的电子邮箱、合同及我的保险相关的其它信息, 并维护、即时更新此申请表中任何信息的更改。任何人故意提供关于亏损或收益付款的错误或欺骗性索赔信息, 或在保险申请中故意提供错误信息, 则有罪, 可能受到罚款或监禁的处罚。

被保人或代理人签名 (必填)	_____ X _____	
日期: ____/____/____ (月/日/年)	电话: _____	

## 9 付款方式:

Visa  MasterCard  Discover  American Express  电汇  支票 (支付给IMG)  汇票 (支付给IMG)  电子支票 (ACH) (只适用于美国或加拿大银行)

通过提供我的账号信息, 我希望使用信用卡支付保险费或通过指定的账号支付每一个申请需要的保险费。如果申请被批准, 信用卡或指定的账号会以所选的付款方式支付保险费。通过签署并提交此表格, 申请者表示并保证她/他有此信用卡或指定账号的使用权, 并可以使用, 否则, 申请者将对所产生的任何费用负全责。通过提交此份签过名的申请表, 我同意通过我的信用卡或可用的账号支付应付费用, 并且我已经阅读且同意本申请表中所有的条款、条件及其它陈述。

卡号:	过期日期: ____/____/____ (月/日/年)	持卡人姓名:
签名: (必填)	持卡人白天使用的电话号码:	电子邮箱:
持卡人账单邮寄地址:		
应付金额必须包括您希望被保的所有月份。所有金额必须以美元形式支付且必须通过美国银行。		



# Patriot 旅行医疗保险® 个人费率

Patriot International 个人费率 2017 (美国公民) 以下费率反映了\$250自付额

## 个人月费率

年龄	最高限额				
	\$50,000	\$100,000	\$500,000	\$1 百万	\$2 百万
18-29	\$23	\$29	\$34	\$37	\$39
30-39	\$28	\$34	\$42	\$44	\$46
40-49	\$47	\$55	\$63	\$63	\$66
50-59	\$82	\$91	\$96	\$98	\$103
60-64	\$99	\$108	\$117	\$118	\$124
65-69	\$119	\$127	\$146	\$158	\$166
70-79	\$174	不适用	不适用	不适用	不适用
80+*	\$308	不适用	不适用	不适用	不适用
受抚养孩子	\$21	\$26	\$31	\$34	\$38
孩子自己	\$23	\$29	\$34	\$37	\$39

\*最高额10,000

## 个人日费率

年龄	最高限额				
	\$50,000	\$100,000	\$500,000	\$1 百万	\$2 百万
18-29	\$0.77	\$0.95	\$1.10	\$1.22	\$1.29
30-39	\$0.91	\$1.10	\$1.39	\$1.45	\$1.51
40-49	\$1.53	\$1.80	\$2.05	\$2.07	\$2.17
50-59	\$2.70	\$2.98	\$3.16	\$3.22	\$3.39
60-64	\$3.25	\$3.55	\$3.84	\$3.88	\$4.07
65-69	\$3.90	\$4.15	\$4.80	\$5.18	\$5.43
70-79	\$5.70	不适用	不适用	不适用	不适用
80+*	\$10.11	不适用	不适用	不适用	不适用
受抚养孩子	\$0.70	\$0.85	\$1.00	\$1.10	\$1.25
孩子自己	\$0.77	\$0.95	\$1.10	\$1.22	\$1.29

\*最高额10,000

Patriot America 个人费率2017 (非美国公民) 以下费率反映了\$250自付额

## 个人月费率

年龄	最高限额			
	\$50,000	\$100,000	\$500,000	\$1 百万
18-29	\$37	\$46	\$59	\$71
30-39	\$49	\$62	\$78	\$91
40-49	\$73	\$90	\$119	\$133
50-59	\$107	\$138	\$169	\$194
60-64	\$135	\$174	\$207	\$248
65-69	\$154	\$208	\$226	\$270
70-79	\$208	不适用	不适用	不适用
80+*	\$362	不适用	不适用	不适用
受抚养孩子	\$34	\$41	\$53	\$59
孩子自己	\$37	\$46	\$59	\$66

\*最高额10,000

## 个人日费率

年龄	最高限额			
	\$50,000	\$100,000	\$500,000	\$1 百万
18-29	\$1.25	\$1.55	\$2.20	\$2.40
30-39	\$1.65	\$2.10	\$2.60	\$3.05
40-49	\$2.45	\$3.00	\$4.00	\$4.45
50-59	\$3.60	\$4.60	\$5.56	\$6.50
60-64	\$4.50	\$5.85	\$6.95	\$8.35
65-69	\$5.15	\$7.00	\$7.60	\$9.05
70-79	\$6.95	不适用	不适用	不适用
80+*	\$12.10	不适用	不适用	不适用
受抚养孩子	\$1.15	\$1.40	\$1.80	\$2.00
孩子自己	\$1.25	\$1.55	\$2.00	\$2.25

\*最高额10,000

## 增强型AD&D附加险月费率\*

最多至\$100,000额外保额	\$8
最多至\$200,000额外保额	\$16
最多至\$300,000额外保额	\$24
最多至\$400,000额外保额	\$32

\*只适用于主投保人。适用于至少购买3个月的医疗保险与AD&D附加险。保险费按整月增额收取。

## 运送附加险月费率\*

每月, 每个投保人的保险费	\$45
---------------	------

\*最少必须购买三个月保险, 无论旅行的最少天数是多少。保险费按整月增额收取。

## 额外自付额选项

自付额	\$0	\$100	\$250	\$500	\$1,000	\$2,500
费率因素	1.25	1.10	1.00	.90	.80	.70

对于被IMG批准的合格申请人, 每个投保人的新保险费率自2017年6月28日起生效。在生效日, IMG保留对目前最新费率的评估权利, 如果这些费率过期、被修订或被更改。