



PATRIOT 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 INFORMACIÓN DE SOLICITANTE PRINCIPAL:								
Nombre:		Apellido:			Segundo nombre:			
Número de documento emitido por el gobierno:				Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre				
2 MÉTODO DE ENVÍO DE LA CONFIRMACIÓN Y LA INFORMACIÓN:								
<input type="checkbox"/> La comunicación debe ser enviada vía correo electrónico a:								
<input type="checkbox"/> Solamente para la confirmación de cobertura: No me molestan los retrasos asociados con recibir la comunicación inicial por medio de correo postal. Prefiero recibir una copia impresa de la verificación y el contrato de seguro en la siguiente dirección:								
Nombre:				Dirección:				
Ciudad:		Código postal:		País:				
Si la dirección provista está en Florida, ¿el solicitante actualmente se ubica en Florida? (Determina el impuesto de líneas excedentes aplicables y no afectará a la cobertura)					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> 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.								
3 OPCIÓN DE PLAN Y OPCIONES DE COBERTURA ADICIONAL:								
Seleccionar el plan de cobertura y el límite máximo. Marcar un plan y una opción:								
<input type="checkbox"/> Patriot America (Destino incluye EE.UU.):				<input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$100,000 <input type="checkbox"/> \$500,000 <input type="checkbox"/> \$1 Millón				
<input type="checkbox"/> Patriot International (Destino excluye EE.UU.):				<input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$100,000 <input type="checkbox"/> \$500,000 <input type="checkbox"/> \$1 Millón <input type="checkbox"/> \$2 Millones				
País de ciudadanía:				País de residencia:				
País(es) de destino:								
Fecha de vigencia solicitada: ___/___/___ (mes/día/año)								
4 CÁLCULO DE LA PRIMA:								
Nombres de las personas que serán aseguradas: <i>Favor de adjuntar una hoja adicional para más hijos</i>		Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Tarifa mensual	# de meses de cobertura de viaje	Total	Tarifa diaria	# de días	Total
Solicitante		___/___/___	_____ x _____ = _____		_____ x _____ = _____			
Cónyuge		___/___/___	_____ x _____ = _____		_____ x _____ = _____			
Hijo 1		___/___/___	_____ x _____ = _____		_____ x _____ = _____			
Hijo 2		___/___/___	_____ x _____ = _____		_____ x _____ = _____			
Child 3		___/___/___	_____ x _____ = _____		_____ x _____ = _____			
		TOTAL	(A)		(B)			(C)
5 OPCIÓN DE DEDUCIBLE:								
MARCAR UNA: Seleccionar un deducible con un círculo, luego agregar la cantidad factor de la tarifa aplicable en la casilla del cálculo de prima en la Sección 6 (D)		Deducible	\$0	\$100	\$250	\$500	\$1,000	\$2,500
		Factor de tarifa	1.25	1.10	1.00	.90	.80	.70

Beneficiarios

En caso de que los solicitantes deseen asignar a un beneficiario, puede acceder el formulario de asignación de beneficiarios por medio de <https://www.insubuy.com/img/beneficiary-designation-form.pdf>

APPLICATION
FORM
CONTINUED
ON BACK

PATRIOT TRAVEL MEDICAL INSURANCE® SOLICITUD



Favor de escribir de manera legible y llenar TODAS LAS SECCIONES (frente y reverso) de esta solicitud.

6 PLAN PREMIUM:		
BASE PLAN		
(B) Prima mensual total <i>(de B en la Sección 4)</i>	_____	
(C) Prima diaria total <i>(de C en la Sección 4)</i>	_____	
B + C =	_____	
(D) Factor de tarifa deducible <i>(ver Sección 5)</i>	X _____	
(E) Prima base	_____	
OPCIONES DE COBERTURA ADICIONAL		
Endoso por Deportes de Aventura (F) <i>(anotar .20 si corresponde)</i>	_____	
Endoso de Muerte Accidental y Desmembramiento Aumentado <i>(Para adquirir, favor de llenar el siguiente cálculo)</i>	_____ X _____ = _____ (G)	
Endoso Evacuación Plus <i>Para adquirir, favor de llenar el siguiente cálculo)</i>	_____ X _____ X \$45.00 = _____ (H)	
PRIMA TOTAL		
Anotar la cantidad de (E)	_____	
Anotar la cantidad de (F) a la derecha de 1.	X 1. _____ = _____	
Anotar la cantidad de (G)	+ _____	
Anotar la cantidad de (H)	+ _____	
Correo urgente optional \$20	+ _____	
CANTIDAD TOTAL A PAGAR	= _____	
SÓLO PARA USO DEL PRODUCTOR IMG		
Productor #:	_____	
Nombre:	_____	
Dirección:	_____	
Ciudad:	Estado:	C.P.:
Teléfono:	_____	
Correo electrónico:	_____	

7 SUSCRIPCIÓN:

El suscrito en nombre de los individuos antedichos (solicitantes) por la presente solicita y suscribe a Global Medical Services Group Insurance Trust, c/o MutualWealth Management Group, Carmel, IN, o su sucesor, por la cobertura de seguro solicitada antedicha y como la suscribe y ofrece Sirius International Insurance Corporation (publ) (la Compañía) a la fecha de recepción de la presente y conforme la administra el representante autorizado y 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 Compañía depende de la exactitud, veracidad e integridad de la información proporcionada en este documento y cualquier falsedad u omisión contenida en el presente anulará el contrato de seguro y se cancelará y renunciará a cualquier y todas las reclamaciones y los 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 el Certificado de Seguro se considerarán emitidos y realizados en Indianapolis, IN, y la jurisdicción y competencia única y exclusiva para cualquier procedimiento legal en relación con el seguro será en Marion County, Indiana, para lo cual los solicitantes por el presente otorgan su consentimiento. Los solicitantes aceptan y convienen que las líneas de excedentes de Indiana registrarán 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 con 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) la Compañía, como aseguradora y suscriptor del plan de seguro, es la única responsable de las coberturas y beneficios que serán provistos en virtud del contrato de seguro y IMG no tiene responsabilidad directa o independiente alguna en virtud de cualquier contrato de seguro.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN. Los solicitantes autorizan a todo plan médico, proveedor de servicios médicos, profesional de servicios médicos, MIB, agencia 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 alguno sobre su salud, tenga información alguna disponible sobre el diagnóstico, pago, tratamiento y pronóstico relativo a su condición física o mental y/o tratamiento, y toda información no-médica acerca de ellos, a divulgar la totalidad de su expediente médico, archivo, historial, medicamentos y toda otra información acerca de ellos y a proveer cualquier y toda esa información a su agente de registro y a los representantes autorizados 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 los solicitantes.

AVISO IMPORTANTE CON RESPECTO A LA LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y SALUD ASEQUIBLE (PPACA): Este seguro no está sujeto a y no provee los beneficios requeridos por PPACA. A partir de 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. Sanciones podrán ser impuestas a las personas obligadas a mantener una cobertura compatible con PPACA pero no lo hacen. La elegibilidad para obtener 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. Favor de notar que es responsabilidad exclusiva de los solicitantes determinar si los requisitos de seguro les son aplicables y la Compañía y su Administrador no tendrán responsabilidad alguna, incluso por las sanciones en las que los asegurados puedan incurrir por no obtener la cobertura requerida por cualquier ley aplicable, incluyendo sin limitación PPACA.

E-CONSENTIMIENTO. Los solicitantes desean recibir información y comunicarse de manera electrónica y prefieren usar una dirección de correo electrónico en vez de correo postal. Los solicitantes aceptan que IMG, sus afiliados y subsidiarias pueden proveer a cada persona asegurada cualquier comunicación en formato electrónico y la comunicación en papel no es necesaria, salvo y 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 asegurado o apoderado (necesaria)	X
Fecha: ___/___/___ (mes/día/año)	Teléfono: _____

8 MÉTODO DE PAGO:

Visa MasterCard Discover American Express JBC Transferencia Cheque (a IMG) Giro Postal (a IMG) eCheck (ACH) (disponible a petición)

Al proveer la información de mi cuenta, deseo pagar la prima por tarjeta de crédito o la cuenta asignada para cada solicitante de la 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 solicitante 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, acepto pagar por medio de tarjeta de crédito o cuenta aplicable la cantidad de la prima a pagar y he leído y acepto todos los términos, condiciones y otras declaraciones en esta solicitud.

# de tarjeta:	Fecha de caducidad: ___/___/___ <i>(mes/día/año)</i>	Nombre del titular:
Firma: (necesaria)	Teléfono de día del titular:	Correo electrónico:
Dirección de facturación de 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.		

Patriot Travel Medical Insurance®

Tarifas Individuales



Patriot International® Tarifas Individuales (Destino excluye los EE.UU.) Tarifas reflejan un deducible de \$250

Tarifa Mensual Individual

Edad	Límite Máximo				
	\$50,000	\$100,000	\$500,000	\$1 Million	\$2 Million
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	N/A	N/A	N/A	N/A
80+*	\$308	N/A	N/A	N/A	N/A
Hijo Dep.	\$21	\$26	\$31	\$34	\$38
Menor Solo	\$23	\$29	\$34	\$37	\$39

*10,000 Máximo

Tarifa Diaria Individual

Edad	Límite Máximo				
	\$50,000	\$100,000	\$500,000	\$1 Million	\$2 Million
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	N/A	N/A	N/A	N/A
80+*	\$10.11	N/A	N/A	N/A	N/A
Hijo Dep.	\$0.70	\$0.85	\$1.00	\$1.10	\$1.25
Menor Solo	\$0.77	\$0.95	\$1.10	\$1.22	\$1.29

*10,000 Máximo

Patriot International® Tarifas Individuales (Destino incluye los EE.UU.) Tarifas reflejan un deducible de \$250

Tarifa Mensual Individual

Edad	Límite Máximo			
	\$50,000	\$100,000	\$500,000	\$1 Million
18-29	\$37	\$47	\$62	\$68
30-39	\$50	\$67	\$81	\$87
40-49	\$74	\$92	\$116	\$129
50-59	\$99	\$125	\$164	\$176
60-64	\$121	\$158	\$216	\$230
65-69	\$143	\$183	\$244	\$267
70-79	\$195	N/A	N/A	N/A
80+*	\$348	N/A	N/A	N/A
Hijo Dep.	\$35	\$42	\$54	\$60
Menor Solo	\$37	\$47	\$62	\$68

*10,000 Máximo

Tarifa Diaria Individual

Edad	Límite Máximo			
	\$50,000	\$100,000	\$500,000	\$1 Million
18-29	\$1.22	\$1.56	\$2.05	\$2.27
30-39	\$1.67	\$2.23	\$2.70	\$2.90
40-49	\$2.46	\$3.08	\$3.86	\$4.30
50-59	\$3.30	\$4.15	\$5.48	\$5.87
60-64	\$4.03	\$5.28	\$7.19	\$7.67
65-69	\$4.76	\$6.10	\$8.12	\$8.91
70-79	\$6.49	N/A	N/A	N/A
80+*	\$11.61	N/A	N/A	N/A
Hijo Dep.	\$1.12	\$1.40	\$1.68	\$1.88
Menor Solo	\$1.22	\$1.56	\$2.05	\$2.27

*10,000 Máximo

Tarifas Mensuales por Endoso MAnyD Aumentado*

Hasta \$100,000 de cobertura adicional	\$8
Hasta \$200,000 de cobertura adicional	\$16
Hasta \$300,000 de cobertura adicional	\$24
Hasta \$400,000 de cobertura adicional	\$32

*Disponible sólo para el Asegurado principal. Disponible con una compra mínima de tres meses de cobertura de endoso médico y MAnyD. La prima se cobra en incrementos de mes entero.

Tarifa Mensual de Endoso por Evacuación plus*

Prima por persona cubierta por mes	\$45
------------------------------------	------

*Debe adquirirse por un mínimo de tres meses independientemente del número mínimo de días viajando. La prima se cobra en incrementos de mes entero.

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