

Student Health Advantage – 个人申请

1. 填写所有部分并签署申请。(请以正楷填写)
2. 如果用支票或汇票支付, 收款人请写IMG
并与签署好的申请一起装在信封里。
3. 将填写完整的申请邮寄、发传真或发电子邮件至:

主要申请人名: 先生/夫人/女士 姓: _____ 名: _____ 中间名: _____
 邮寄地址: _____
 国籍国: _____ 居住国: _____
 目的地: _____ 电话: _____
 男 女

将保险确认和通讯寄送到以下地址:

电子邮件: _____

普通邮寄选项: 我不介意因通过普通邮件接收签署通讯而造成相关延迟, 并且更愿意通过所列出的邮寄地址接收纸质的保险确认函和保险合同副本。

如果上述邮寄地址是在佛罗里达州, 那么申请人目前是否居住在佛罗里达州? 是 否

(用于确定适用的溢额税, 不会影响保险。)

申请的保险生效日期: _____ 政府颁发的身份证号码: _____

受益人:

姓名: 名: _____ 姓: _____

与申请人关系: _____

1. 选择保险范围

- 非美国公民-除居住国之外的全球保险
 美国公民-除美国之外的全球保险

2. 选择计划选项

- Standard** **Platinum**

3. 申请保险人员的姓名:

被保险人姓名	出生日期	每月保费费率
主要申请人 _____	_____	_____
配偶 _____	_____	_____
子女 _____	_____	_____
子女 _____	_____	_____

小计 A

4. 保费计算

小计 A	_____	
月份数	x _____	
预计的每月保费	= _____	
冒险体育运动追加条款 (乘以 1.20 (若有要求))	x _____	
预计保费	= _____	
特快专递 (加 \$20 (若有要求))	+ _____	
总应付金额 =	_____	

仅供IMG保险业务员使用

保险业务员编号: _____
 姓名: _____
 地址: _____

 城市、州、邮编: _____
 电话: _____
 电子邮件: _____

付款方式: 支票 (收款人IMG) 汇票 (收款人IMG) 电汇

万事达卡 Visa 美国运通 Discover JCB

电子支票 (ACH) 可在线使用或在提出要求后使用

通过提供我的帐户信息, 我希望通过信用卡或指定帐户来为每个申请人申请的保险支付保费。如果申请被接受, 则将按照所选的支付模式向信用卡或指定帐户收取保费。通过签署并提交此表格, 申请人声明并保证他/她拥有持卡人或帐户持有人的授权来使用帐户, 如果没有, 则申请人将承担付款和任何因此产生的费用全部责任。通过提交已签署的申请, 我同意通过我的信用卡或适用帐户来支付所欠的保费金额, 而且我已经阅读并同意所有条款、条件和此申请中的其他声明。任何故意提出虚假或欺诈性的损失或赔付付款索赔, 或故意在保险申请中提供虚假信息的人都属犯罪, 并可能遭受罚款和监禁。

卡号: _____ 过期日期: _____

持卡人姓名: _____

授权代表签名: _____

持卡人电话和电子邮件: _____

持卡人账单地址: _____

1. 认购我(我们)在此申请并认购Student Health Advantage保险信托, 此保险信托是由印第安纳州卡梅尔的MutualWealth Management Group或其继任者托管, Student Health Advantage由Sirius International Insurance Corporation (publ) (即“公司”)在此文提到的收到日期承保和提供, 由公司的授权代表和计划管理者International Medical Group, Inc. (IMG)负责管理。我(我们)理解并同意: (i) 申请的保险不是一般健康保险, 而是为在发生了可能适用于符合条件的保险的突然和意外疾病或伤害时, 作为我的(我们的)旅行保险; (ii)我(我们)必须提前支付整个保险期间的保费, 在公司以书面形式接受此申请前, 任何保险都不会生效; (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弃权都不具有约束力; (iv)通过提交此申请和/或任何未来的赔付索赔, 我(我们)即有目的地启动并利用通过由IMG作为管理总保险公司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已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权和审判地将是印第安纳州马里恩县, 对此申请人(们)表示同意。我(我们)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. 确认我(我们)理解并同意: (i) 征求、被指定到或协助此申请的保险业务员/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, 在申请时或在保险生效日期前12个月内即已存在的伤害、疾病或其他身体、医学、心理或神经紊乱、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、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与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”), 而所有因预先存在的状况而产生的费用和/或索赔都将不在此保险的承保之内; (iii)申请人、公司或IMG不希望也不认为所申请保险的主体居住于、位于或明确将在美国任何特定州生活; (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提供的保险和赔付。

3. 授权发布信息我(我们)授权任何健康计划、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、赔付计划或任何向我或代表我提供护理、建议、诊断、付款、治疗或服务, 拥有我的(我们的)健康记录或知晓我的健康状况, 拥有任何可用于诊断、治疗和预后任何身体或心理状况和/或我的(我们的)治疗的信息, 以及任何将暴露我的(我们的)完整医疗记录、档案、病历、药物的非医疗信息和有关于我的(我们的)任何其他信息, 并授权上述各方将任何和全部信息交与我的(我们的)备案的代理人以及公司、IMG及其关联公司和子公司的授权代表。

4. 证明我(我们)特此证明、声明并保证: (i)我(我们)已经阅读上述声明以及任何在要求后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我(我们)听, 并且我(我们)已理解其内容; (ii)我(我们)作为不可使用美国国内医疗保险的游客, 有资格加入所申请的保险计划; (iii)我(我们)目前的健康状况良好, 没有诊断、会诊或治疗, 没有任何表现或症状, 且没有任何预先存在的, 或预见将在此保险期间接受治疗, 或意图寻求此保险索赔的其他医疗状况。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/或提交任何赔付索赔, 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) 我理解并同意: (i) 本保险不受PPACA制约, 也不提供其要求的赔付; (ii)2014年1月1日, PPACA要求美国公民、美国国民和侨民购买PPACA兼容的保险, 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。所有其他J类签证(教师、实习、工作、旅游、互惠生、高中)持有者可在过去六年中的两年内不受此强制保险限制); (iii)那些被要求购买ACA兼容保险的美国公民和美国居民, 如果没有按要求做, 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, 决定PPACA是否对您适用, 这完全是您的责任。对于您可能受到的任何处罚、您无法获得所申请的PPACA兼容保险, 本公司和IMG不承担任何责任。

6. 证明我(我们)特此证明、声明并保证, 我(我们)已阅读此申请中的所有声明, 或者已由其他人将此申请中的所有声明读给我(我们)听。我(我们)声明回答是真实、完整的, 并已准确记录下来; 并且此申请中所列出的所有游客从医学上来说都可以在购买此计划的日期出行。我(我们)理解并同意, 在此申请被接受并支付了应付总金额之后, 保险应在完成的申请被接受和批准后的第二天上午12:01开始生效。我(我们)理解, 如果保费因任何原因被返回未付, 则保险将失效。我(我们)确认并理解, 如果在收到保险合同后不完全满意, 则被保险人可以在保险合同上列明的审核期内向公司寄送一份书面申请来申请取消追溯到生效日期的保险, 并会因此得到已支付保费的退款。我(我们)希望以电子方式接收信息和通讯, 且与常规信件相比, 更倾向于使用我的(我们的)电子邮件地址。我(我们)同意IMG可以向我(我们)提供任何电子版通讯, 而不需要向我们寄送纸质通讯, 除非并直至我(们)撤销此同意。我(我们)还同意, 我(我们)有责任向IMG提供真实、准确且完整的电子邮件地址、合同和其他与我的(我们的)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。

主要申请人和法定代表签字 (必须)

日期: _____

