

# Patriot Exchange Program – Solicitud Individual

1. Llenar todas las secciones y firmar la Solicitud.
2. En caso de pagar por medio de cheque o giro postal, favor de hacer pagadero a IMG y guardar dentro de un sobre con la Solicitud firmada.
3. Enviar la Solicitud completa por correo, fax o correo electrónico a:

**International Medical Group, Inc.**  
 P.O. Box 88509 Indianapolis, Indiana  
 46208-0509 USA

**Fax:** 1.317.655.4505 **Correo Electrónico:** insurance@imglobal.com

**Favor de Anotar:**  Hombre  Mujer

**Nombre del Solicitante Primario:** Sr. / Sra. / Srta. **Apellido:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_ **Segundo Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección de Envío:** \_\_\_\_\_

**País de Ciudadanía:** \_\_\_\_\_ **País de Residencia:** \_\_\_\_\_

**País de Destino:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

Estás participando en un programa de Trabajo y Viaje?  Sí  No De ser así, Nombre del Programa: \_\_\_\_\_

¿El solicitante es portador de una visa J2?  Sí  No  
 (De ser así, el solicitante solo es elegible para solicitar si el portador de la visa J1 está asegurado en virtud de un plan por medio de su programa educativo o cultural.)

Enviar Confirmación de Cobertura y comunicación al siguiente: Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Opción de Correo Normal:** No me molestan los retrasos asociados con recibir la comunicación inicial por medio de correo normal y prefiero también recibir una copia en papel de la carta de verificación de cobertura y el contrato de seguro en la dirección de envío indicada.

Si la dirección indicada arriba está en Florida, ¿el solicitante se encuentra actualmente en Florida?  Sí  No  
 (Determina los impuestos de líneas excedentes o extraterritoriales y no afectará la cobertura.)

**Fecha de entrada en vigencia solicitada:** \_\_\_\_\_ **Número de Identificación Emitido por el Gobierno:** \_\_\_\_\_

**Beneficiario:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

**1. Seleccionar el área de cobertura**

- Ciudadanos fuera de EE.UU. – Cobertura mundial excepto en país de residencia
- Ciudadanos de EE.UU. – Cobertura mundial excepto en EE.UU.
- Ciudadanos fuera de EE.UU. – Sólo en viaje a Europa

**2. Seleccionar la opción de plan (límite máximo por enfermedad/lesión)**

- \$50,000  \$250,000
- \$100,000  \$500,000

**Marcar esta casilla si desea un plan adicional opcional**

**3. Nombres de los individuos que solicitan cobertura:**

Nombre del Asegurado(a)	Fecha de Nacimiento	Tarifa Mensual / Prima con plan Adicional Opcional
Solicitante Primario _____	_____	_____
Cónyuge _____	_____	_____
Hijo _____	_____	_____
Hijo _____	_____	_____

**Subtotal A**

**4. Cálculo de la Prima**

Subtotal A	_____
# de Meses	x _____
Prima Mensual Estimada	= _____
Endoso para Deportes de Aventura (multiplicar por 1.20 en caso de solicitar)	x _____
Prima Estimada	= _____
Correo Urgente (agregar \$20 en caso de solicitar)	+ _____
<b>TOTAL DEL MONTO ADEUDADO =</b>	<b>_____</b>

**Para Uso Exclusivo del Productor IMG**

# de Productor \_\_\_\_\_  
 GA# \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Método de Pago**  Cheque (a IMG)  Giro Postal (a IMG)  Transferencia

MasterCard  Visa  American Express  Discover  JCB

eCheck (ACH) disponible en línea

Al proporcionar la información de cuenta, yo deseo pagar la prima por medio de la tarjeta de crédito o de la cuenta designada para cada solicitante de cobertura. Si la solicitud es aceptada, la prima se cobrará de la tarjeta de crédito o de la cuenta designada por el método de pago seleccionado. Al firmar y presentar este formulario, el solicitante declara y garantiza que tiene la tarjeta o la autorización del titular de la cuenta para utilizar la cuenta y, de lo contrario, será plenamente responsable del pago y de todo cargo correspondiente. Al presentar la solicitud firmada, acuerdo pagar a través de mi tarjeta de crédito o cuenta aplicable el monto de la prima adeudada y he leído y acordado todos los términos, condiciones y otras declaraciones en esta solicitud. Cualquier persona que asienda presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que asienda presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y reclusión en una prisión.

#Número de Tarjeta \_\_\_\_\_

Fecha de Vencimiento \_\_\_\_\_

Nombre del Titular de la Tarjeta \_\_\_\_\_

Firma Autorizada \_\_\_\_\_

Teléfono y Correo Electrónico del Titular de la Tarjeta \_\_\_\_\_

Domicilio de Facturación del Titular de la Tarjeta \_\_\_\_\_

**SUBSCRIPCIÓN** Yo (nosotros) por la presente solicito y suscribo a Global Medical Services Group Insurance Trust, vinculado a Mutual Wealth Management Group, Carmel, IN, o su sucesor, para el Patriot Exchange Program como es suscrito y ofrecido por Sirius International Insurance Corporation (publ) (la Compañía) en la fecha de su recepción de la presente y como es administrado por el representante autorizado y administrador del plan, International Medical Group, Inc. (IMG), de la Compañía. Yo (nosotros) comprendo y acepto: (i) el seguro solicitado no es un seguro médico general, sino que está diseñado para mí (nuestro) uso como cobertura de viaje en caso de una enfermedad o lesión súbita e inesperada para los que la cobertura elegible puede estar disponible, (ii) yo (nosotros) debo pagar por anticipado las primas por la totalidad del periodo de cobertura y ninguna cobertura entrará en vigencia hasta que esta Solicitud sea aceptada por escrito por la Compañía, (iii) ninguna modificación o renuncia relativa a esta Solicitud o la cobertura solicitada será vinculante para la Compañía o IMG a menos que un funcionario de la Compañía o IMG la apruebe por escrito, y (iv) mediante la presentación de esta solicitud y/o cualquier reclamación futura para los beneficios que yo (nosotros) intencionalmente inicie y aproveche el privilegio de realizar operaciones comerciales con la Compañía en Indiana, a través de IMG como su gestor de seguros general y administrador del plan y el contrato del seguro representado por la Póliza Maestra y como lo demuestra el Certificado de Seguro será considerado como emitido y producido en Indianapolis, IN, y la jurisdicción y competencia única y exclusiva para todo procedimiento legal relativo a este seguro será en el condado de Marion, Indiana, y para el cual el/los solicitante(s) por la presente otorga(n) su consentimiento. Yo (nosotros) acepto y acuerdo que la ley de líneas excedentes o extraterritoriales de Indiana registrará todos los derechos y reclamaciones planteados en virtud del Certificado de Seguro.

**RECONOCIMIENTO** Yo (nosotros) comprendo y acepto que: (i) el productor/agente/broker que solicita, está asignado a, o asiste con esta Solicitud es el representante de el/los solicitante(s), (ii) este seguro no proporciona beneficios por lesión, enfermedad o trastorno, condición y aflicción física, médica, mental o nerviosa distinta que, con certeza médica razonable, existía al momento de la solicitud o en momento alguno durante los tres años previos a la fecha de entrada en vigencia del seguro, haya sido o no anteriormente manifestada, sintomática o conocida, diagnosticada, tratada o revelada a la Compañía previo a la fecha de entrada en vigencia, e incluyendo alguna o todas las complicaciones o consecuencias subsecuentes, crónicas o recurrentes relativas al mismo o que resulten o emanen de la misma (una "condición preexistente"), y que todos los cargos y/o reclamaciones incurridos por condiciones preexistentes serán excluidos de la cobertura en virtud del seguro, (iii) los sujetos solicitantes del seguro no tienen el propósito ni son considerados por el/los solicitante(s), la Compañía o IMG como residentes, ubicados o a ser expresamente realizados en estado particular alguno de los Estados Unidos, y (iv) la Compañía, como portador y suscriptor del plan de seguro, es el único responsable de las coberturas y los beneficios que serán provistos en virtud del contrato de seguro.

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN** Yo (nosotros) autorizo 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 a mí o en mi nombre, tiene registro o conocimiento alguno sobre mi salud, tiene información

algunas disponibles sobre el diagnóstico, pago, tratamiento y pronóstico relativo a mi condición física o mental y/o tratamiento, y toda información no-médica sobre mí, a divulgar la totalidad de mi expediente médico, archivo, historial, medicamentos y toda otra información acerca de mí y a proveer cualquiera y toda esa información a mi agente de registro y a los representantes autorizados de la Compañía, IMG y sus afiliados y subsidiarias.

**CERTIFICACIÓN** Yo (nosotros) por la presente certifico, declaro y garantizo que: (i) yo (nosotros) he leído las declaraciones precedentes y todo material de marketing y el contrato de seguro de muestra que me fueron dispuestos a solicitud y previo a la solicitud o que me (nos) han sido leídas y yo (nosotros) los comprendo, (ii) yo soy (nosotros somos) elegible para participar en el programa de seguro solicitado como un viajero para quien la cobertura de atención médica nacional de Estados Unidos no está disponible, (iii) yo me encuentro (nosotros nos encontramos) actualmente en buena salud y no he sido diagnosticado con, buscado consulta por o sido tratado para, y no he sufrido la manifestación o los síntomas de y no sufro de condición médica preexistente o distinta alguna para la cual yo (nosotros) preveo podría requerir tratamiento durante este seguro o para la cual yo (nosotros) tenga la intención de presentar una reclamación en virtud de este seguro. En caso de firmar como el representante legal del solicitante, el firmante garantiza su autoridad y facultad para así actuar y obligar al solicitante. Al aceptar la cobertura y/o presentar reclamación alguna por los beneficios, el solicitante ratifica la autoridad del firmante para así actuar y obligar al solicitante.

**LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE (PATIENT PROTECTION AND AFFORDABLE CARE ACT, PPACA)** Yo comprendo y acepto que: (i) este seguro no está sujeto a y no provee los beneficios requeridos por PPACA, (ii) a partir del 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, y que sanciones podrán ser impuestas a las personas que están obligadas a conservar una cobertura compatible con PPACA pero no lo hacen, (iii) mi elegibilidad para comprar, extender 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, y (iv) comprendo que soy exclusivamente responsable de determinar si PPACA me es aplicable, y la Compañía e IMG no tendrán responsabilidad alguna, incluyendo por las sanciones en las que el asegurado pueda incurrir, en caso de no obtener la cobertura exigida o compatible.

**CERTIFICATION** Yo (nosotros) por la presente certifico, declaro y garantizo que yo (nosotros) he leído o me (nos) han sido leídas todas las declaraciones de esta solicitud. Yo (nosotros) declaro que las respuestas son verdaderas, completas y registradas correctamente; y que todos los viajeros enumerados en esta solicitud son médicamente aptos para viajar a la fecha de adquisición de este programa. Yo (nosotros) comprendo y acepto que sujeto a su aceptación de esta solicitud y el pago de la totalidad del monto adeudado, la cobertura comenzará a las 12:01 AM en el día siguiente a cuando esta solicitud completa se reciba y acepte. Yo (nosotros) comprendo que en caso de devolución de la prima sin pago, por cualquier motivo, la cobertura quedará anulada y sin efecto. Yo reconozco y comprendo que en caso de no estar enteramente satisfecho tras recibir el contrato del seguro, la persona asegurada podrá solicitar la cancelación del seguro retroactiva a la fecha de entrada en vigencia, enviando una solicitud por escrito a la Compañía dentro del periodo de revisión descrito en el contrato de seguro y por lo tanto recibir un reembolso de la prima pagada. Deseo recibir información y comunicarme de manera electrónica y prefiero emplear mi correo electrónico en vez de correo normal. Acuerdo que IMG puede proveerme toda comunicación en formato electrónico y que IMG no está obligado a enviar comunicaciones en papel, excepto y hasta que yo retire este consentimiento. También acuerdo que es mi responsabilidad proporcionar a IMG una dirección de correo electrónico, contacto y otra información relativa a mi cobertura de manera verdadera, precisa y completa y a mantener y actualizar sin demora todo cambio a esta información.

**Firma del Solicitante Primario o Representante Legal (Obligatorio)**

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Global Peace of Mind®

www.imglobal.com | 1.800.628.4664

