Patriot Exchange Program℠ 团体申请

(适用于五人或五人以上的团体)

请通过以下安全方式寄送:
安全讯息中心:www.imglobal.com/secure-message-center
电子邮件:insurance@imglobal.com **传真:**+1.317.655.4505

邮寄地址: International Medical Group, Inc., 2960 North Meridian St. Ste 300, Indianapolis, IN 46208-0509 USA
如欲咨询其他问题,请致电:+1.317.655.4500

(如有必要,请另附表格)

1	团体成员姓名		出生日期 *(年/月/日)*	政府签发的身份证号码	团队成员申请的生效日期 *(年/月/日)*	团队成员申请的失效日期 *(年/月/日)*	团体成员的出发日期(如与团体不同) *(年/月/日)*	每月费用	每日费用 (除整月之外的剩余天数)	签证类型
	国籍	居住国								
❑ 1										
❑ 2										
❑ 3										
❑ 4										
❑ 5										
请勾选申请人姓名前面的方框,以确定监护人/教师领队 ***(如已选择监护人附加险)*** *(如有必要,请另附表格)* *请注意:如果申请人为 J2 签证持有者,则他/她仅在 J1 签证持有者通过其项目参加计划投保时才有资格申请此计划。*							**小计:** A_____	B_____		

❑ 本人是团队成员的授权代表,并且所有团队成员同意 IMG 依照其隐私政策(可在 IMGLOBAL.COM/LEGAL/PRIVACYPOLICY 上找到)处理团队成员的个人信息,以提供团队成员所购服务,包括管理索赔和接收成员通信。

❑ 本人是团队成员的授权代表,并且所有团队成员同意接收 IMG 发出的与保险承保范围和服务选项相关的信息和通信。团队成员理解他们可随时撤回该许可。

2 保费

小计 A *(来自上方的小计 A)*	x	*月数*	= *总计 A*
小计 B *(来自上方的小计 B)*	x	*除整月之外的剩余天数*	= *总计 B*

3 选择保险区域和计划选项

(仅勾选一个计划和一个每次疾病/受伤最高限额选项)

选择保险区域和计划选项:				
❑ 保险(含美国)	❑ 50,000 美元	❑ 100,000 美元	❑ 250,000 美元	❑ 500,000 美元
❑ 保险(不含美国)	❑ 50,000 美元	❑ 100,000 美元	❑ 250,000 美元	❑ 500,000 美元

❑ 如果您需要可选的附加计划,请勾选此处。

4 自付额选项:

请勾选一项:
请通过标记选择一个自付额,然后,在第 5 部分的保费计算方框中输入适用的费率系数

自付额	0 美元	100 美元	250 美元	500 美元
费率系数	1.20	1.00	.90	.80

注意:如果团体内的参与者希望指定受益人,请使用受益人指定表。

5 计划保费

基础计划	
(A) 月保费总计 *(第 2 部分总计 A)*	_____
(B) 日保费总计 *(第 2 部分总计 B)*	+_____
A + B =	=_____
自付额费率系数 *(参见第 4 部分)*	x _____
(C) 基础保费	=_____
附加保险选项	
冒险体育运动附加险 *(如果适用,请输入 .20)*	_____
监护人附加险 *(如果适用,请输入 .10)*	_____
(D) 总附加险系数	=_____
总保费	
输入金额 **(C)**	_____
输入金额 **(D)**	x 1. _____
至 **1.** 的右侧	=_____
20 美元的可选速递费用	+_____
应付总额	=_____

6 团体联系人和/或担保机构 *(如适用)：*

邮寄地址：	城市：	州：	邮政编码；
联络负责人姓名：	政府签发的身份证号码：		
请将保险确认函和通信材料发送至以下电子邮件地址：			电话号码：
❑ **邮寄选项：** *本人不介意因通过常规邮寄方式接收初始通信资料而产生的延误。本人更愿意接收承保确认函与保险合同的纸质副本。*			
如果提供的地址在佛罗里达州，则团体目前是否在佛罗里达州居住？*(确定适用的溢额税，不会影响保险)* ❑ 是 ❑ 否			
申请的生效日期： ___/___/___ *(年/月/日)*	最早出发日期： ___/___/___ *(年/月/日)*		
	申请的失效日期： ___/___/___ *(年/月/日)*		
旅行目的和项目：			
目的地：			

7 支付方式：

❑ 威士卡 ❑ 万事达卡 ❑ Discover 信用卡 ❑ 美国运通卡 ❑ JBC ❑ 电汇 ❑ 支票(支付给 IMG) ❑ 汇票(支付给 IMG) ❑ 电子支票 *(ACH) (可根据要求提供)*

*提供本人的账户信息，即表明本人希望通过信用卡或每名保险申请人的指定账户支付保费。如果申请人获得批准，则该信用卡或指定账户将按照选定的支付方式缴纳保费。 签署并提交本表，即表明申请人声明并保证其拥有该卡或账户持有者授权其使用该账户的权利，否则，申请人将对付款及其产生的任何费用承担全部责任。 提交已签署的申请表，即表明本人同意通过本人的信用卡或适用账户支付所欠的保费金额，而且本人已阅读并同意本申请表中的所有条款、条件及其他声明。本人特此授权 IMG 以本人所选付款方式扣除应付款总额。如果本人选择按每半年、季度或月度支付保费，本人特此选择预授权未来的信用卡分期付款，以支付保单期欠款和续保费用，并特此要求并授权 IMG 定期从本人信用卡扣款，作为保费和续保保费的应付分期付款。在本人以书面形式撤销授权及 IMG 确已收到撤销通知之前，此授权将保持有效。使用信用卡支付需经过信用卡公司确认和接受。本人了解，本人会提前收到续保保费的通知，而且续保保费每年可能会有所不同。**本文件仅可通过安全方式传输给 IMG。***

卡号：	失效日期： ___/___ *(年/月)*	持卡人姓名：
签名：*(必填)*	持卡人日间电话：	电子邮件：
持卡人账单地址：		
付款必须按照您想要享有承保的月份总数支付。所有付款必须以美元为单位支付，自动清算付款行须为美国的银行。		

投保。签字人代表担保人或组织及上述个人(统称为“申请人”)声明并保证其是申请人的授权代理人，并特此代表申请表上列出的每个人向 Global Medical Services Group Insurance Trust(由位于印第安纳州卡梅尔的 MutualWealth Management Group 转交)或其继承者申请并投保上述所选保险。此保险由 Sirius Specialty Insurance Corporation (publ)(以下简称为“公司”)在收到此申请表的日期起承保和提供，并由公司的授权代表和计划管理者 International Medical Group,Inc. (IMG) 负责管理。申请人理解并同 意：(i) 所申请保险不是雇员福利项目、意外和健康险、普通健康保险、重大疾病险、或遵循美国法律的保险，而是为了在发生可能适用于符合保险条件的突然和意外 疾病或伤害时，作为申请人的旅行医疗保险；(ii)申请人必须提前支付整个保险期间的保费，在申请人支付全部保费且公司以书面形式接受此申请前，任何该保险下的保 障都不会生效；(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对权责的放弃都不具有约束力；(iv) 公司依赖于申请表中所 提供信息的准确性、真实性和完整性，表格中的任何错误信息或不完整信息都会导致保险合同失效以及一切赔付和福利项目的收回和取消； (v)通过提交此申请和/或任 何未来的索赔申请，申请人即有目的地启动并利用通过由IMG作为承保管理者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区域和审判地将是印第安纳州马里恩县，对此申请人表示 明确同意。印第安纳州溢额法将监管保险凭证下的所有权利和索赔。**确认。**申请人理解并同意：(i) 销售该保险或协助此申请的保险业务员/代理人/经纪人，或是被指 定的保险业务员/代理人/经纪人即是申请人的代理人及代表；(ii)本保险不为任何具有合理的医学确定性的，在申请时或在保险生效日期前三年内即已存在的任何伤害、疾病或其他身体、医学、心理和神经紊乱的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来、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而造成的后果。(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保障范围之内；(iii)所申请保险的主体并不是为了，也不会被申请人、公司或IMG认为是定居、位于，或专门在任意特定的司法和裁 定权辖区内履行；(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中提供的保障和赔付项目，并且IMG不承担任何保险合同下的直接或独立的责任。**授权信息披露。**担保人代表各申请人，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、赔付计划或任何向申请人或代表申请人提供护理、建议、诊断、付款、治疗或服务，拥有申请人的健康记录或知晓申请人的健康状况，拥有任何可用 于诊断、治疗和预后任何身体或心理状况和/或申请人的治疗的信息，以及任何将披露申请人的完整医疗记录、档案、病历、药物的非医疗信息和有关于申请人的任何 其他信息的组织或个人，并授权上述各方将任何和全部信息交与申请人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。**声明。**担保人代表自己和 申请人特此证明、声明并保证，申请人已阅读上述声明以及任何在提出要求后和在申请前提供的营销材料和样本保险合同，申请人理解上述声明；(ii)申请人作为不符 合购买美国国内保险要求的旅行和访问者，有资格申请该保险；(iii)所有申请人目前的健康状况良好，没有收到诊断、接受会诊或治疗，没有任何异常表现或症状，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赔偿的其他医疗状况；(iv)所有申请人目前没有住院、残疾，或者感染或携带人体免疫缺陷病毒 (HIV) (v)作为担保人及申请人的法定代表，签字人应保证其具有如此行事及约束担保人和各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，申请人者认 可签字人和担保人具有如此行事及约束申请人的权力。**申请人声明并保证**，在向申请人提供的保险下，申请人参与该保险计划是完全自愿的；在申请、订立和履行保险 合同的过程中，担保人的职责不是拥护和支持该项目，而是允许保险人向申请人宣传该项目，收取保费并转交给保险人；并且担保人不因该保险而收取现金或任何其 它形式的报酬。担保人知晓并同意其必须且将会向申请人、受益人和其他特定的个人透露相关材料，包括报告、声明、通知以及其它文件，包括但不限于当收到申请 人或受益人要求时向他们提供相关材料；并且在合理的时间和场合向申请人和受益人提供相关材料以用于检查核对。担保人声明并保证其将采取合理的措施以保证申 请人、受益人和其他特定的个人实际、及时地收到所要求的材料。**患者保护与平价医疗法案(PPACA)**担保人已通知所有申请人，他们和任何陪同的配偶和家属可 能还会受到《平价医疗法案》要求的限制。申请人理解并同意：(i)本保险不受PPACA制约，也不提供其要求的赔付项目；(ii)2014年1月1日，PPACA要求美国公民、美国 国民和外籍居民购买符合PPACA要求的保险，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J类签证持有人(教师、实习人员、工作和旅游项目参与者、互惠生、高中生)持有者可在过去六年中的两年内不受此强制保险限制]；(iii)被要求 购买符合ACA要求的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是否对申请人适用，这完全是申请人的责任。对于申请人可能受到的任何因未持有符合PPACA要求的保险而导致 的惩处，本公司和IMG不承担任何责任。担保人特此安排将保险提供给申请人，申请人已通过书面形式自愿授权批准此行为，并且申请人已被提供其它购买保险的途径 和机会。这些授权已由担保人备案，并会根据要求向公司提供。电子通信授权。担保人代表自己和申请人表示希望以电子方式接收信息和通讯，且与常规信件相比，更倾向于使用电子邮件。担保人代表自己和申请人同意IMG可以向担保人和申请人提供任何电子版通讯，而不需要寄送纸质通讯和资料，直至担保人或申请人撤销此同意。担保人和申 请人明确地授权向欧盟成员国以外国家的实体传递私人信息。该授权为自愿授予，专用于管理保险保障和赔付项目，并且申请人知晓该授权表达其真实意愿。申请人 知晓并理解这种信息传递是因履约、回应申请人的要求，以及为了订立和履行为了申请人的利益而订立的保险合同所必需的。担保人和申请人还同意，申请人有责任 向IMG提供真实、准确且完整的电子邮件地址、合同和其他与保险有关的信息，以及维护并及时更新此信息中的任何变更。任何故意提供虚假或欺诈性的索赔信息以弥 补支付损失或福利或者故意在保险申请中提供虚假信息的人都是违法的，并可能被依法处以罚款或监禁。

负责人员签名 ***X*** _____	日期：___/___/___ *(年/月/日)*

仅供 IMG 保险代理人使用

保险代理人编号：	姓名：		
电子邮件：	电话号码：		
地址：	城市：	州：	邮政编码；