GEO[SM] Group *(The Global Employer's Option[SM])*
Solicitud de Propuesta

GEO Group es un producto de líneas excedentes asegurado por Sirius International Insurance Corporation (publ) (la Compañía).
Es distribuido, manejado y administrado, como agente para y de parte de la Compañía, por International Medical Group ®, Inc. ("IMG®")

PARTE 1.			
Grupo / Nombre de la Organización:		Persona de Contacto:	
Teléfono:	Fax:	Correo Electrónico:	
Dirección Postal:			Ciudad:
Estado / Provincia:	País:	Código Postal:	Fecha de Vigencia Solicitada *(Día/Mes/Año)*:
Naturaleza del negocio:		Tipo de Trabajo que los Empleados Realizan:	
Número total de empleados internacionales:	Número total de empleados internacionales elegibles:	De la población de empleados internacionales, el número total de ciudadanos estadounidenses:	Número total de nacionales locales solicitando cobertura:

¿Es la compañía/organización una subsidiaria o división de una corporación de los EE.UU o Canadá? Si es afirmativo, ¿de EE.UU. o Canadá?	❑ Sí ❑ No
¿Hay empleados/dependientes residiendo actualmente en los EE.UU. o Canadá? Si es afirmativo, por favor suministre detalles en la sección del censo.	❑ Sí ❑ No
¿Espera usted que varíe el número de empleados en los próximos 12 meses? Si es afirmativo, por favor suministre detalles.	❑ Sí ❑ No
¿Tiene la compañía seguro médico colectivo actualmente? Si es afirmativo, por favor provea el nombre de la aseguradora, las tarifas actuales y de renovación, la tabla de beneficios e historial de reclamaciones.	❑ Sí ❑ No
¿Se ha reusado alguna compañía a emitir una cotización para este grupo? Si es afirmativo, por favor provea detalles.	❑ Sí ❑ No
¿Hay empleados o dependientes cubiertos por el plan "COBRA"? Si es afirmativo, por favor indique esos empleados en el censo.	❑ Sí ❑ No
Si nacionales locales estan solicitando cobertura, ¿van a estar ellos viajando fuera de sus pais de residencia? Si es afirmativo, ¿con qué frecuencia y por cuánto tiempo?	❑ Sí ❑ No

PARTE 2. PLAN DE BENEFICIOS SOLICITADO

Deducible: ❑ $0 ❑ $100 ❑ $250 ❑ $500 ❑ $750 ❑ $1,000 ❑ $2,500 ❑ $5,000 ❑ $10,000 ❑ Otro: $_____

Plan de Cobertura: ❑ Plan 1 ❑ Plan 2 ❑ Plan 3 ❑ Plan 4 | Deducible Máximo: ❑ 2 por familia ❑ 3 por familia

Área de Cobertura *(favor de seleccionar una opción)*:
- ❑ Mundial
- ❑ Plan personalizado – por favor indique los países de cobertura:_____
- ❑ Cobertura Mundial Excluyendo* EE.UU., Canadá, China, Hong Kong, Japón, Macao, Singapur y Taiwán

**Excepto 30 días para emergencias/accidentes*

Beneficios Adicionales A petición:
❑ Adventure Sports Rider ❑ Anexo de Beneficio GEO Platinum USA *(Sólo en Plan 1)*
❑ Targeta de Medicamentos Recetados *(Sólo para farmacias en EE.UU.)* ❑ Anexo de Continuación
❑ Incapacidad de Largo Plazo *(Por favor complete el Cuestionario de Incapacidad)* ❑ Dental
❑ Indemnización Diaria ❑ Otro:_____

Los productos de Incapacidad son administrados y asegurados por Zurich American Life Insurance Company.

Máximo de por Vida: ❑ $1,000,000 ❑ $5,000,000 ❑ $8,000,000 ❑ Otro: $_____

Beneficio de Seguro de Vida*:
❑ $10,000 ❑ $25,000 ❑ $50,000 ❑ 1 x Sueldo hasta un máximo de $_____
❑ 2 x Sueldo hasta un máximo de $_____ ❑ 3 x Sueldo hasta un máximo de $_____
❑ Otro $_____

** (2-10 vidas, un mínimo requerido de $10,000) El máximo disponible sin evaluación de riesgo es $100,000*

©2012 International Medical Group, Inc. All rights reserved.

PARTE 3. Por favor responda las siguientes preguntas. Si la respuesta para alguna de las preguntas es SI, por favor escriba los detalles en el espacio disponible. Si es necesario anexe páginas adicionales.		
1.	¿Algún empleado o dependiente ha sufrido una lesión, enfermedad u otra condición médica que haya resultado en reclamos totales de $2,500 o más durante los últimos tres años?	❑ Sí ❑ No
2.	¿Algún empleado o dependiente está actualmente hospitalizado, confinado en el hogar o en un centro de tratamiendo, se encuentra discapacitado o incapacitado?	❑ Sí ❑ No
3.	¿Esta alguna empleada o dependiente actualmente embarazada?	❑ Sí ❑ No
4.	¿Hay algún empleado o dependiente que actualmente no trabaje activamente desempeñando sus deberes normales debido a una enfermedad, lesión u otra condición médica o de salud?	❑ Sí ❑ No
5.	¿Está usted enterado de cualquier circunstancia, condición médica, nerviosa, crónica o continua que pueda producir reclamos continuos de parte de algún empleado o dependiente?	❑ Sí ❑ No

PARTE 4. RESUMEN DEL CENSO (Requerido para grupos de 100 vidas o más)

EDAD	HOMBRE				MUJER			
	Empleado	Empleado+ Esposa	Empleado+ Niño(s)	Empleado+ Familia	Empleado	Empleado+ Esposa	Empleado+ Niño(s)	Empleado+ Familia
19-24								
25-29								
30-34								
35-39								
40-44								
45-49								
50-54								
55-59								
60-64								
65-69								
70+								

LISTA DEL CENSO (Para grupos con menos de 100 empleados)

Sexo	Nombre del Empleado(a)	Clase***	Cobertura Requerida*	Fecha de Nacimiento o Edad	Ocupación	Sueldo Anual**	# de Dependientes que residen en los EE.UU. o Canadá	Nacionalidad	País de Asignación

**Estatus: Empleado solamente (E) Empleado + Esposo (ES) Empleado + Niño(s) (EC) Empleado + Familia (EF) (adjunte paginas adicionales según sea necesario)*

***Indique su sueldo si solicita seguro de vida de 1x, 2x o 3x el sueldo*

****Definido como un grupo de empleados con características comunes distinguibles e identificables (i.e. administración, empleados no administrativos, pagado por hora, asalariado, exento, no exento o ventas)*

©2012 International Medical Group, Inc. All rights reserved.

PARTE 5. AUTORIZACIÓN

International Medical Group®, Inc. es el director de emisión y el administrador del plan para la empresa aseguradora, Sirius International Insurance Corporation (publ) (la Compañía).

El suscrito representante para el Grupo nombrado en la presente certifica, representa y garantiza por medio de la presente que toda la información proporcionada en esta Petición de Propuesta, incluyendo cualquier anexo, es verdadera, precisa y completa en todos los respectos, y yo reconozco que dicha información tiene el propósito de proporcionar a International Medical Group, Inc. con la información necesaria para evaluar este Grupo y proporcionar al Grupo con indicaciones de la prima y la cobertura. La cobertura y las tarifas finales se basarán en la inscripción propia, incluyendo evidencia de asegurabilidad, en su caso. Ningún seguro entrará en vigor a menos que y hasta que el Grupo sea notificado por escrito por la Compañía. Gracias por su interés en GEO℠ Group.

Firma del Solicitante:		Fecha *(Día/Mes/Año)*:
Nombre en Letra Imprenta:		Título:
Firma del Productor:		Fecha *(Día/Mes/Año)*:
¿Es usted actualmente el productor para este grupo?		❑ Sí ❑ No
Agencia: Lifeline Plus Inc.		Nombre del Productor: Lifeline Plus Inc.
Numero de Productor con IMG: 15501		¿No está usted contratado con IMG?
Teléfono: 1-845-708-8883	Fax:	Correo Electrónico: insure@lifelineplus.com

©2012 International Medical Group, Inc. All rights reserved.