

**SOLICITUD DEL EMPLEADOR  
PARA SEGURO COLECTIVO**

GEO Group es un producto de líneas excedentes asegurado por Sirius International Insurance Corporation (publ) (la "Compañía"); y el seguro de vida colectivo es asegurado por Internaional Medical Insurance Company<sup>SM</sup>, Inc. (IMIC<sup>SM</sup>). Distribuido, manejado y administrado, como agente para y de parte de la Compañía, por International Medical Group<sup>®</sup>, Inc. ("IMG<sup>®</sup>").

**TITULAR DEL CERTIFICADO POTENCIAL (EMPLEADOR)**

Nombre:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
País:		
Contacto de la Cuenta:		
Número de teléfono:	Número de fax:	Dirección de correo electrónico:

<b>FECHA DE VIGENCIA SOLICITADA (Día/Mes/Año):</b>	<b>CANTIDAD DEL DEPÓSITO CON LA SOLICITUD</b> \$
--	---

**PLAZO DE ESPERA DEL EMPLEADO PARA FUTUROS EMPLEADOS**  
 Primero del Mes de Facturación después de \_\_\_\_\_ (Número) Días de Empleo a Tiempo Completo

**CONTRIBUCIÓN DEL EMPLEADOR** \_\_\_\_\_ % de la Prima del Empleado Elegible  
 \_\_\_\_\_ % de la Prima del Dependiente Elegible

**EMPLEADOS ELEGIBLES**  
 Número Total de Empleados: \_\_\_\_\_  
 Número Total de Empleados Elegibles: \_\_\_\_\_  
 Número Total de Empleados Solicitantes de Cobertura : \_\_\_\_\_

**BENEFICIOS**

De parte del Empleador solicitante nombrado arriba como el Poseedor del Certificado potencial, el Empleador por medio de la presente solicita las siguientes coberturas y beneficios del Global Medical Services Group Insurance Trust, c/o Community Trust & Investment Co., Noblesville, IN:

<b>DEDUCIBLE MÉDICO: \$</b>	<b>LÍMITE POR FAMILIA (2x o 3x):</b>	<b>MÁXIMO DE POR VIDA: \$</b>
<b>COBERTURA DENTAL OPCIONAL</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>OPCIÓN DENTAL 1, 2 Ó 3:</b>
<b>SEGURO DE VIDA Y DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL (AD&amp;D) OPCIONAL</b> (se requiere un mínimo de \$10,000 para grupos con menos de 21 empleados)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>CANTIDAD DE SEGURO DE VIDA Y DE AD&amp;D: \$</b>		
<b>INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN OPCIONAL</b> beneficio)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	(se requiere el seguro de vida para comprar este beneficio)

Favor de hacer el cheque de depósito pagadero a: **International Medical Group, Inc.** International Medical Group<sup>®</sup>, Inc. (IMG<sup>®</sup>) es el director de emisión y administrador del plan para el asegurador, Sirius International Insurance Corporation (publ) (la Compañía).

Anexo se encuentra 1/12 de la prima anual estimada como depósito. El Empleador entiende que ninguna cobertura será vigente a menos que y hasta que International Medical Group, Inc. le notifique por escrito que la solicitud del Empleador ha sido aceptado por IMG por y de parte de la Compañía. El Empleador entiende que cualquier aceptación queda a criterio exclusivo de IMG. Si la solicitud del Empleador se acepta, el depósito anexo se aplicará al pago de la primera prima mensual. Si la solicitud del Empleador no se acepta, la única obligación de IMG y la Compañía será devolver el depósito al Empleador.

El Empleador entiende que, como un empleador que emplea a personas en jurisdicciones extranjeras, el Empleador puede estar sujeto a leyes extranjeras en cuanto a la provisión de beneficios médicos y/o el seguro de esos beneficios. El Empleador entiende y acuerda que ni la Compañía ni IMG ha investigado si o cómo la compra de este seguro cumple con las leyes de cualquier jurisdicción extranjera. El Empleador también entiende y acuerda que el Empleador tiene la única responsabilidad de cumplimiento con todas las leyes extranjeras aplicables.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en Letra de Molde: \_\_\_\_\_ Título/Puesto: \_\_\_\_\_

**EN SU CASO:**

Firma del Productor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Productor: ROMA FINANCIAL PARTNERS, LLC Número de Productor: 321195