

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

- Grupos con 2 a 10 empleados
- Todas partes del presente formulario deben completarse

PARTE 1

Esta solicitud es para:		<input type="checkbox"/> Cobertura para Solteros	<input type="checkbox"/> Cobertura que también incluye dependientes elegibles
Quisiera la siguiente cobertura:		<input type="checkbox"/> Nuevo empleado	<input type="checkbox"/> Inscripción atrasada
		<input type="checkbox"/> Cambio de estado	<input type="checkbox"/> Cambio de beneficiario
		<input type="checkbox"/> Cambio de dirección	<input type="checkbox"/> Cambio de nombre
		<input type="checkbox"/> Adición de dependiente(s)	<input type="checkbox"/> Aviso de terminación
		<input type="checkbox"/> Quitar dependiente(s)	
Organización Participante:		Número de Identificación del Grupo:	
Nombre del Empleado: (Apellido)		(Primer Nombre)	(Segundo Nombre)
Fecha de Vigencia Solicitada:	Profesión:	Sueldo Anual (se requiere si solicita 1x, 2x o 3x el sueldo): \$	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección de Residencia:		Ciudad de Residencia:	
Estado: Código Postal:	País: Número de Teléfono:	Correo electrónico:	
Número de Identificación:	Fecha de Nacimiento:	Número de Seguro Social/Número de Pasaporte/Número de Licencia de Conducir:	
Altura:	Peso:	Fecha de Obtener Trabajo a Tiempo Completo:	Horas Trabajadas por Semana:
Fecha de Salida de los EE.UU. (en su caso):	País de Destino (en su caso):	Duración de Estancia (en su caso):	

DEPENDIENTES (anexe un formulario adicional si hay más de tres hijos) Inscribo dependientes Quito dependientes

Nombre (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)	Fecha de Nacimiento y de Casarse con Esposo/a	ALTURA	Número de Identificación
		PESO	
Esposo/a			SS# PP# DL#
Hijo/a Dependiente #1 Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			SS# PP# DL#
Hijo/a Dependiente #2 Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			SS# PP# DL#
Hijo/a Dependiente #3 Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			SS# PP# DL#

Clave de Número de Identificación: SS# (Número de Seguro Social); PP# (Número de Pasaporte); DL# (Número de Licencia de Conducir)

Para hijos dependientes con 19 años o más, favor de indicar el nombre y la dirección de la facultad o universidad **y el número de horas inscritas:**

Rehusó cobertura para: Mí mismo/a Esposo/a Hijos
Razón:

Se me ha dado la oportunidad para participar en el plan de seguro colectivo ofrecido a través de mi empleador, y he rehusado participar en la cobertura según se indica arriba. Entiendo que si se desea cobertura en una fecha posterior, posiblemente se me requerirá que yo proporcione, a cuenta mía, evidencia de asegurabilidad satisfactoria antes de que la cobertura entre en vigor. **(FIRME AQUÍ SÓLO SI REHUSA COBERTURA)**

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en Letra de Molde: _____

PARTE 2

Las preguntas a continuación tienen que contestarse con referencia al solicitante y cada familiar incluido en la Solicitud. Para cualquier pregunta contestada afirmativamente, favor de identificar a quién se aplica la respuesta (use la letra que le corresponde al familiar de la Parte 1) y proporcione detalles completos de la condición médica en cuestión en el espacio proporcionado en la Parte 4 de esta Solicitud, incluyendo el nombre, dirección y número de teléfono de todo(s) médico(s) encargado(s), diagnósticos, todas fechas de tratamiento, tipo(s) de tratamiento, pronóstico y el curso de tratamiento actual. IMG y la Compañía se reservan el derecho de solicitar información médica adicional.

1. ¿Está usted o cualquier otro solicitante actualmente discapacitado, embarazada o incapaz de desempeñar actividades normales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Está usted o cualquier otro solicitante actualmente hospitalizado o está programado para o necesita hospitalización o cirugía?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Alguna vez ha usted o cualquier otro solicitante dado positivo en, ha sido diagnosticado con o recibido tratamiento por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (el SIDA), el Complejo Relacionado con el SIDA (CRS), Síndrome de Linfadenopatía, Virus de Inmunodeficiencia Humana (el VIH) o cualquier otro Trastorno del Sistema Inmunológico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Alguna vez ha usted o cualquier otro solicitante tenido trastornos mentales o del sistema nervioso, incluyendo, pero sin limitación a: psicosis, trastornos mentales o conductuales, abuso de o dependencia de estupefacientes o drogas, alcoholismo, consejería psiquiátrica y/o grupos de apoyo, depresión, ansiedad, fatiga crónica o trastornos alimenticios?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Ha usted o cualquier otro solicitante alguna vez tenido, ha sido recomendado tener o está actualmente en una lista de espera para un trasplante de órgano (aparte de la córnea)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Alguna vez ha usted o cualquier otro solicitante sido diagnosticado con o tratado por cualquier tipo de cáncer o condición precancerosa durante los últimos cinco (5) años? En caso afirmativo, favor de explicar:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿Alguna vez ha usted o cualquier familiar que solicite cobertura sido rechazado, cancelado, dado un ajuste de primas o declinado para cobertura bajo cualquier póliza de seguro médico, de vida o de discapacidad? En caso afirmativo, favor de explicar:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. ¿Durante los últimos doce (12) meses, ha usted o cualquier familiar que solicite cobertura vivido una manifestación de síntomas de, ha sido diagnosticado con o recibido cualquier consulta, examinación, prueba o tratamiento (incluyendo medicamentos) de cualquier condición médica, mental, física, nerviosa o de salud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

PARTE 3

Las preguntas 9-27 a continuación deben contestarse con referencia al solicitante y a cada familiar incluido en la Solicitud. Para cualquier pregunta contestada afirmativamente, favor de identificar a quién se aplica la respuesta (use la letra que le corresponde al familiar de la Parte 1) y proporcionar detalles completos de la condición médica en cuestión en el espacio proporcionado en la Parte 4 de esta Solicitud, incluyendo el nombre, dirección y número de teléfono de todo(s) médico(s) encargado(s), diagnósticos, todas fechas de tratamiento, tipo(s) de tratamiento, pronóstico y el curso de tratamiento actual. IMG y la Compañía se reservan el derecho para solicitar información médica adicional.

¿Alguna vez ha usted o cualquier familiar que solicite cobertura vivido una manifestación o síntomas de, sufrido de, buscado consulta, examinación, prueba o ha recibido tratamiento de o ha sido diagnosticado con cualquier enfermedad, condición, dolencia, problema médico, trastorno, achaque u otro problema que surja de, involucre o se relacione con cualquiera de lo siguiente:

9. ¿El corazón, el sistema cardíaco, cardiovascular y/o circulatorio, incluyendo, pero sin limitación a: insuficiencia cardíaca, infarto, angina, dolor del pecho, arteriosclerosis, aterosclerosis, presión de sangre elevada, hipertensión, hinchazón del pie/de los tobillos, trombosis, flebitis, fiebre reumática o soplo de corazón? Fecha de lectura de presión sanguínea más reciente Lectura de presión sanguínea más reciente: _____ Sistólica/ _____ Diastólica Medicamentos (Tipos / Dosificación) _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. ¿Sangre, vasos sanguíneos, arterias, venas o trastornos sanguíneos, incluyendo, pero sin limitación a: anemia, hemofilia, leucemia, hepatitis, glándulas linfáticas o alto colesterol?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. ¿Diabetes, hiperglucemia o hipoglucemia? Si respondió afirmativamente a "Diabetes", favor de completar lo siguiente: a) Tipo Diabético: I ___ ó II ___ b) Fecha de diagnóstico: _____ c) ¿Se controla con dieta solamente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No d) Medicamentos (Tipos / Dosificación) _____ e) Fecha de la Prueba de HbA1c más reciente _____ f) Resultados de la Prueba de HbA1c (1-10) _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12. ¿Asma o alergias? En caso afirmativo, favor de especificar cuál y complete lo siguiente: a) Fecha en la cual se diagnosticó: _____ b) ¿Se ha requerido la hospitalización o tratamiento en la sala de emergencia? En caso afirmativo, dé una descripción y lista de la(s) fecha(s): _____ c) Favor de alistar los conocidos causantes: _____ d) Medicamentos (Tipos / Dosificación) _____ e) Frecuencia de ataques: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
13. ¿Cáncer, tumor, quiste, pólipo, melanoma, sarcoma de Kaposi, trastorno celular, culebrilla, bulto o protuberancia de cualquier tipo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
14. ¿Hígado, páncreas, vesícula biliar o trastornos endocrinos, incluyendo, pero sin limitación a: trastornos pituitarios, tiroideos o metabólicos o la obesidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

15. ¿Riñón, funciones de la vía urinaria, cálculos o infecciones del riñón o de la vejiga?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
16. ¿Sistema respiratorio, incluyendo, pero sin limitación a: tuberculosis, trastornos pulmonares, enfisema, tos crónica, bronquitis, asma bronquial, pleuresía, neumonía?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
17. ¿Trastornos neurológicos, incluyendo, pero sin limitación a: esclerosis múltiple (EM), distrofia muscular, enfermedad de Lou Gehrig (ELA), enfermedad de Parkinson, parálisis, epilepsia, convulsiones, ataques, migrañas, dolores de cabeza crónicos, apoplejía o ataques cerebrales isquémicos transientes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
18. ¿Trastornos musculares, esqueléticos, espinales, óseos o articulares, incluyendo, pero sin limitación a: escoliosis, enfermedad del disco, vertebra o cualquier otra condición de la espalda, reumatismo, artritis, gota, tendinitis, osteoporosis o inflamación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
19. ¿Para las solicitantes femeninas, ¿aborto espontáneo, embarazo o parto complicado o consulta, consejo, diagnóstico o tratamiento de infertilidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
20. ¿Condición o defecto congénito, genético o hereditario, incluyendo, pero sin limitación a: retraso mental, Síndrome de Down u otro trastorno de cromosoma o trastorno, deformidad o defecto físico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
21. ¿Sistema digestivo, estómago o intestinos, incluyendo, pero sin limitación a: regurgitación esofágica, gastritis, úlceras o trastornos del colon o recto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
22. ¿Sistema reproductivo, incluyendo, pero sin limitación a: próstata o nivel de PSA elevado, sangrado vaginal, fibroides, nódulos o quistes mamarios, trompas de Falopio, ovarios o útero?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
23. ¿Ojos, oídos, nariz, boca, garganta o mandíbula, incluyendo, pero sin limitación a: cataratas, glaucoma, desviación del septum nasal, sinusitis crónica o Síndrome de la Articulación Temporomandibular (ATM)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
24. ¿Cualquier otra enfermedad, problema médico, dolencia, lesión o condición de cualquier tipo no indicado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
25. ¿Actualmente usa o durante los últimos 5 años ha usado usted o cualquier familiar que solicite cobertura tabaco de alguna forma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
26. ¿Ha usted o cualquier familiar que solicite cobertura alguna vez solicitado o comprado seguro de IMG? En caso afirmativo, favor de proporcionar el número de la póliza y los detalles:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
27. ¿Durante los últimos doce (12) meses, ha usted o cualquier familiar que solicite cobertura tenido cobertura bajo cualquier plan médico o de salud? En caso afirmativo, favor de indicar el nombre y la ubicación de la empresa de seguros, el número de póliza/plan y las fechas de cobertura aplicables.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

PARTE 4 INFORMACIÓN ADICIONAL

Pregunta #	Nombre	Detalles/Diagnóstico de la Enfermedad/el Accidente	Gastos durante los últimos 5 Años	Fecha del último tratamiento	Nombre completo y número total de médicos encargados

PARTE 5 ****DEBE COMPLETARSE****

¿Ha sido asegurada cualquier persona indicada en la página anterior, incluyendo dependientes, por gastos médicos bajo cualquier póliza o plan durante los últimos 12 meses, ya sea cobertura individual o colectiva? Sí No

Si contestó la pregunta de arriba afirmativamente, se solicita lo siguiente:

1. Nombre(s) de persona(s)
2. Una copia de todos los Certificados de Cobertura Acreditables aplicables

Nota: Los Certificados de Cobertura Acreditable se pueden obtener de su asegurador o empleador previo. Cualquier reclamo presentado sin Certificados de Cobertura Acreditable se tramitará con cualquier exclusión de preexistencias según se define en el Group Medical Insurance Master Policy (la Póliza Maestra de Seguro Colectivo).

PARTE 6 SEGURO DE VIDA PARA EMPLEADOS

Asegurado por International Medical Insurance CompanySM, Inc. (IMICSM). Distribuido, manejado y administrado como agente para IMIC por International Medical Group[®], Inc. ("IMG[®]")

1X Sueldo 2X Sueldo 3X Sueldo Otra Cantidad: \$

SUSCRIPCIÓN PARA SEGURO DE VIDA PARA EMPLEADOS Por medio del presente solicito Global Term Life Insurance de Global Life Insurance Services Group Insurance Trust, Bank of Bermuda, Hamilton, Bermuda. Entiendo y acuerdo que: (i) ninguna cobertura entrará en vigor hasta que esta Solicitud haya sido debidamente aceptada por escrito por la Compañía; (ii) ninguna modificación o renuncia en relación con esta Solicitud o la cobertura solicitada será vinculante a la Compañía o IMG a menos que se haya aprobado por un oficial de la Compañía o IMG; (iii) IMG y la Compañía dependerán de la precisión y lo completo de la información proporcionada en el presente; (iv) cualquier falseamiento u omisión contenida en el presente anulará el certificado de seguro y cualesquier y todos reclamos y beneficios en virtud del mismo se decomisarán y se renunciarán; (v) mediante la entrega de esta Solicitud y/o cualquier otro reclamo futuro para beneficios, con propósito inicio y aprovecho el privilegio de tramitar negocios con la Compañía en Bermuda, a través de IMG como su agente y administrador seleccionado, e invoco los beneficios y protecciones de sus leyes; y (vi) el contrato de seguro representado por la Póliza Maestra y evidenciado por el Certificado de seguro se considerará emitido y hecho en Hamilton, Bermuda, y la jurisdicción única y exclusiva y el lugar único y exclusivo para cualquier acción tribunal o procedimiento administrativo en relación con este seguro estarán en Hamilton, Bermuda, a lo cual el/los solicitante(s) por medio del presente consiente(n). Acuerdo usar las leyes de Bermuda para todos derechos y reclamos que surjan bajo este seguro.

Firma del Empleado: _____ Fecha de Hoy: _____

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO – PARA CADA EMPLEADO QUE SOLICITE SEGURO DE VIDA, FAVOR DE INDICAR:

Nombre del Beneficiario Principal _____	Parentesco con el Empleado _____	Porcentaje del Beneficio de Muerte _____ %
Nombre del Beneficiario Contingente _____	Parentesco con el Empleado _____	Porcentaje del Beneficio de Muerte _____ %
Nombre del Beneficiario Contingente _____	Parentesco con el Empleado _____	Porcentaje del Beneficio de Muerte _____ %

PARTE 7

SUSCRIPCIÓN Por medio del presente yo (nosotros) solicito (solicitamos) GEO Group del Global Medical Services Group Insurance Trust, c/o Community Trust & Investment Co., Noblesville, IN, según se ofrece por la Compañía, en la fecha de su recibo del presente. Yo (nosotros) entiendo (entendemos) y acuerdo (acordamos) que: (i) ninguna cobertura entrará en vigor hasta que esta Solicitud haya sido debidamente aceptada por escrito por la Compañía; (ii) ninguna modificación o renuncia en relación con esta Solicitud o la cobertura solicitada será vinculante a la Compañía o IMG a menos que se haya aprobado por un oficial de la Compañía o IMG por escrito; (iii) IMG y la Compañía dependerán de la precisión y lo completo de la información proporcionada en el presente; (iv) cualquier falseamiento u omisión contenida en el presente anulará el certificado de seguro y cualesquier y todos reclamos y beneficios en virtud del mismo se decomisarán y se renunciarán; (v) mediante la entrega de esta Solicitud y/o cualquier otro reclamo futuro para beneficios inicio (iniciamos) y aprovecho (aprovechamos) con propósito el privilegio de tramitar negocios con la Compañía en Indiana, a través de IMG como su agente y administrador seleccionado, e invoco (invocamos) los beneficios y protecciones de sus leyes; y (vi) el contrato de seguro representado por la Póliza Maestra y evidenciado por el Certificado de seguro se considerará emitido y hecho en Indianapolis, IN, y la jurisdicción única y exclusiva y el lugar único y exclusivo para cualquier acción tribunal o procedimiento administrativo en relación con este seguro estarán en el Condado de Marion, Indiana, a lo cual el/los solicitante(s) por medio del presente consiente(n). Acuerdo (acordamos) usar las leyes de Indiana para todos derechos y reclamos que surjan bajo este seguro.

RECONOCIMIENTO Entiendo (entendemos) y acuerdo (acordamos) que: (i) los folletos de mercadeo y los textos del certificado están disponibles a solicitud antes de entregar esta Solicitud; (ii) el agente, corredor, sitio web u otro productor de seguros, si hay uno, involucrado con respecto a la solicitud de esta Solicitud se actúa sólo como mi (nuestro) agente y representante legal y representa mis (nuestros) intereses personales y que dicha persona no tiene autoridad para obligar o hablar en nombre de, y no se actúa como el agente o representante legal de la Compañía o IMG; (iii) no es la intención ni consideración del/de los solicitante(s), la Compañía o IMG que los sujetos de seguro solicitados se residan, se ubiquen o se desempeñen en algún estado particular de los Estados Unidos; y (iv) la Compañía, como asegurador y suscriptor del plan, únicamente es responsable de las coberturas y los beneficios a proporcionarse en virtud del mismo, y IMG se actúa solamente como agente para la Compañía y no tiene ninguna responsabilidad directa o independiente bajo la Póliza Maestra o cualquier Certificado de seguro.

CERTIFICACIÓN Por medio del presente, certifico (certificamos), represento (representamos) y garantizo (garantizamos) a IMG y a la Compañía que: (i) he(mos) leído las preguntas contenidas en esta Solicitud o se me (nos) han leído a mí (nosotros) y las entiendo (entendemos); (ii) mis (nuestras) respuestas a las preguntas son verdaderas, precisas y completas en todos aspectos en la presente fecha y yo (nosotros) complementaré (complementaremos) dichas respuestas antes de la fecha de vigencia solicitada en caso de cualquier cambio o adición a las mismas; (iii) actualmente gozo (gozamos) de buena salud y, salvo las condiciones y otra información divulgada en el presente, no he(mos) sido diagnosticado(s) con, buscado consulta o recibido tratamiento por y no he(mos) vivido una manifestación o síntomas de y no sufro (sufrimos) de ninguna preexistencia que prevea(mos) poder requerir tratamiento en el futuro o en relación con la cual tenga (tengamos) la intención de entregar un reclamo bajo este seguro; y (iv) si esta Solicitud se firma como tutor legal o poderhabiente del solicitante, el

firmante garantiza su autoridad y calidad para actuarse y vincular al solicitante así. Mediante aceptación de cobertura y/o presentación de reclamos para beneficios, el solicitante ratifica la autoridad del firmante para actuarse y vincular al solicitante así.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA Autorizo (autorizamos) a cualquier médico, practicante de las artes curativas, hospital, clínica, centro relacionado con la salud, farmacia, agencia gubernativa, agencia de seguros, empresa de seguros, titular de póliza colectiva, empleado o administrador del plan de beneficios que tenga información acerca de mi (nuestro) cuidado, consejo, tratamiento, diagnóstico o pronóstico de cualquier condición médica o física y/o estado de empleo para proporcionar dicha información a IMG y/o a la Compañía.

Firma del Empleado: _____

Firma de Esposo: _____ **Fecha de Hoy:** _____

INFORMACIÓN DE CAMBIO DE BENEFICIOS: USO DEL EMPLEADOR SOLAMENTE

Fecha de Vigencia (mes/día/año) _____

Cambio de estado (Señale uno): Regreso a los EE.UU. Fecha de regreso _____

Regreso a trabajo en el extranjero Fecha de regreso _____