

- **Grupos con 25 o más empleados**
- **Las Partes 1, 2 y 4 deben rellenar**
- **Nota: Empleados que soliciten seguro de vida**
 - **\$10,000- \$100,000: También rellenen la Parte 3**
 - **\$100,001- \$250,000: Además de las Partes 1, 2 y 4, favor de rellenar el Formulario de Inscripción de Seguro de Vida para Empleados**

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®").

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"/> Avisar 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 (adjunte 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:**

Rehusa 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 satisfactoria de asegurabilidad antes de que la cobertura entre en vigor. **(FIRME AQUÍ SÓLO SI REHUSA COBERTURA)**

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en Letra de Molde: _____

PARTE 2 **DEBE RELLENARSE******

¿Cualquier persona indicada en la página anterior, incluyendo dependientes, ha sido asegurada 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 arriba afirmativamente, se solicita lo siguiente:

1. Nombre(s) de la(s) persona(s)
2. Una copia de todos Certificados de Cobertura Acreditable aplicables

Nota: Los Certificados de Cobertura Acreditable se pueden obtener de su asegurador o empleador anterior. Cualquier reclamo presentado sin Certificado 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 Médico Colectivo).

PARTE 3 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 inicio y aprovechamiento con propósito 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 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 4

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, con propósito inicio (iniciamos) y aprovechamiento (aprovechamos) 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 así y para vincular al solicitante.

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/a: _____ **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 _____