

Información importante

Global Medical Insurance ofrece dos opciones: cobertura mundial o cobertura mundial, excluyendo los EE. UU. Canadá, China, Hong Kong, Japón, Macau, Singapur y Taiwán. Ambas opciones ofrecen cobertura las 24 horas del día y usted tiene la libertad de elegir a cualquier médico u hospital para tratamientos. Observe que ni la Empresa ni IMG consideran que los riesgos y objetos de seguro conforme a este plan son residentes, están ubicados ni que se prestarán expresamente en alguna jurisdicción en particular y que se aplican requisitos de elegibilidad especiales.

Notificación Importante acerca de la Ley Sobre Protección al Paciente y Cuidado Asequible (PPACA): Global Medical Insurance no está sujeto ni brinda beneficios exigidos por la PPACA. A partir del 1 de enero de 2014, la PPACA les exige a los ciudadanos de los EE. UU. y a ciertos residentes que contraten una cobertura de seguro que cumpla con la PPACA. Las personas que tiene obligación de mantener una cobertura en virtud de la PPACA pero no lo hagan, serán expuestas

a penalidades tributarias. La elegibilidad para contratar o renovar este producto o sus términos y condiciones podría modificarse o reformarse sobre la base de los cambios en la legislación aplicable, lo que incluye a la PPACA. Observe que es su responsabilidad exclusiva determinar si la PPACA le aplica a usted. Para más información acerca de si la PPACA le resulta aplicable o si usted resulta apto para contratar Global Medical Insurance, consulte las Preguntas Frecuentes de IMG en www.imglobal.com/client-resources/PPACA-FAQ.aspx.

Asimismo, este seguro no está sujeto a ciertos requisitos de portabilidad, acceso, renovación u otros requisitos de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996. Lea y analice todos los requisitos de elegibilidad, condiciones de cobertura y exclusiones por problemas de salud preexistentes antes de contratar la cobertura. Los folletos de mercadeo y certificados de seguro que contienen términos de cobertura completos se encuentran disponibles con previa solicitud. Contáctese con IMG o con su agente/corredor de seguros para más detalles.

La falta de entrega de información completa y legible podría demorar el procesamiento de su Solicitud.

SECCIÓN 1. Complete por todos los Miembros de la Familia que solicitan la cobertura

NOMBRE Escriba su nombre en letra imprenta	ALTURA	PESO	FECHA DE NACIMIENTO mes/día/año	PAÍS DE CIUDADANÍA	NO. DE IDENTIF. EMITIDO POR EL GOBIERNO
A. SOLICITANTE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE) <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO					
B. CÓNYUGE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE) <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO					
C. PRIMER HIJO (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE) <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO					
D. SEGUNDO HIJO (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE) <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO					
E. TERCER HIJO (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE) <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO					

DIRECCION DE RESIDENCIA (luego de la entrada en vigencia del presente seguro)		
DIRECCIÓN		
CIUDAD	ESTADO, PAÍS, CÓDIGO POSTAL	
TELÉFONO	FAX	
CORREO ELECTRÓNICO		
¿Su plazo de residencia fuera de los EE. UU. estimado es de, por lo menos, 6 de los próximos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si es ciudadano de los EE. UU. y respondió "No", no resulta apto para la cobertura. (Si no es ciudadano de los EE. UU. y respondió "No", debe completar una Certificación de Aptitud).		
Ciudadanos de los EE. UU./Nativos de los EE. UU.:		
Fecha en la que partió o partirá de los EE. UU. (día/mes/año)		
No ciudadanos de los EE. UU.:		
¿Si no es ciudadano de los EE. UU., usted o alguno de los otros solicitantes tiene una Tarjeta Verde o visa de los EE. UU.? De ser así, complete a continuación: a. Tipo de visa _____ b. Fecha de emisión _____ c. Fecha de vencimiento _____ d. Fecha de llegada a los EE. UU. _____		¿Tarjeta verde? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Visa de los EE.UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
DIRECCION PARA EL ENVÍO DE CORREO (DE SER DIFERENTE DEL ANTERIOR)		
DIRECCIÓN		
CIUDAD	ESTADO, PAÍS, CÓDIGO POSTAL	
TELÉFONO	FAX	
CORREO ELECTRÓNICO		
SI ALGUNA DE LAS DIRECCIONES ANTERIORES ES EN FLORIDA, ¿EL SOLICITANTE SE ENCUENTRA ACTUALMENTE EN FLORIDA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO (DETERMINE EL IMPUESTO APLICABLE A LA PRIMA Y NO AFECTARÁ LA COBERTURA)		

SECCIÓN 2. Responda todas las preguntas por el Solicitante y por cada Miembro de la Familia que solicita cobertura

	DE SER AFIRMATIVO, INDIQUE EL MIEMBRO DE LA FAMILIA USANDO LAS LETRAS DE LA SECCIÓN	
1. ¿Sufre actualmente usted o algún otro solicitante alguna discapacidad o incapacidad para realizar una actividad cotidiana?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
2. ¿Usted o algún otro solicitante se encuentra actualmente hospitalizado o tiene programada, necesita o se le ha aconsejado una hospitalización o cirugía?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
3. ¿A usted o a algún participante le ha dado positivo, le han diagnosticado, o ha sido tratado por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Complejo Relacionado con el SIDA (ARC), Síndrome de Linfadenopatía, Virus Inmunodeficiencia Humana (HIV) o cualquier otro Trastorno del Sistema Inmunológico?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
4. ¿Usted o a algún solicitante se realizó alguna vez, le aconsejaron que se realice o se encuentra en lista de espera actualmente para recibir un trasplante de órganos (excepto de córnea)?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
5. ¿Practica deportes profesionalmente o es piloto comercial?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Si alguien respondió SÍ a alguna de las cinco preguntas anteriores, no resulta elegible para el presente seguro. Gracias por su interés.		
6. ¿A usted o a algún solicitante le han diagnosticado o ha sido tratado por algún tipo de cáncer o enfermedad precancerosa durante los últimos cinco (5) años? De ser así, explique en la Sección 3.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
7. ¿Usted o alguna otra solicitante está embarazada? De ser así, indique la fecha de parto: _____	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Las siguientes preguntas 8 – 29 deben ser respondidas por cada solicitante y miembro de la familia incluido en la Solicitud. Por cada pregunta en la que la respuesta sea "SÍ", identifique al miembro de la familia a quien se aplica la respuesta (use la letra que corresponda al miembro de la familia de la Sección 1) e incluya detalles completos del problema de salud en cuestión en el espacio de la Sección 3 de esta Solicitud, incluyendo el nombre, dirección y número de teléfono de todos los médicos intervinientes, diagnósticos, todas las fechas de tratamiento, tipos de tratamiento, pronosis y el curso actual del tratamiento. IMG y la Compañía se reservan el derecho de solicitar información médica adicional.		
¿Usted o el miembro de la familia que solicita cobertura han experimentado ALGUNA VEZ manifestaciones o síntomas o han sufrido, han solicitado una consulta, examen, análisis o han sido tratados, o se les ha diagnosticado una enfermedad, problema de salud, trastorno u otra insuficiencia que surja o que esté relacionada con lo siguiente:		
8. Del corazón, cardíaco, cardiovascular o circulatorio, lo que incluye a título enunciativo: insuficiencias cardíacas congestivas, ataque cardíaco, angina, dolor en el pecho, arteriosclerosis, aterosclerosis, presión arterial elevada, hipertensión, hinchazón en los pies o tobillos, trombosis, flebitis, fiebre reumática o soplo cardíaco? De ser así, además de la Sección 3, complete lo siguiente: a) Fecha de la toma de presión sanguínea más reciente _____ b) Presión sanguínea más reciente: ____AS/____DS c) Medicamentos consumidos (Tipos y dosis) _____	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

9. Sangre, vasos sanguíneos, bazo, arterias, venas o insuficiencias sanguíneas, lo que incluye a título enunciativo anemia, hemofilia, leucemia, hepatitis, glándulas linfáticas o colesterol alto?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
10. Diabetes, hiperglucemia o hipoglucemia? De ser así, además de la Sección 3, complete lo siguiente: a) Diabetes tipo: I _____ o II _____ b) Fecha de diagnóstico: _____ c) ¿Controlada con dieta solamente? Sí _____ No _____ d) Medicaciones (Tipos y dosis) _____ e) Fecha del análisis de HbA1c más reciente _____ f) Resultados del análisis de HbA1c (1 - 10) _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
11. Asma o alergias? De ser así, además de incluir la explicación en la Sección 3, especifique cuál y complete lo siguiente: a) Fecha de diagnóstico: _____ b) ¿Requirió hospitalización o tratamiento en la sala de emergencias? De ser así, describa y enumere la(s) fecha(s): _____ c) Indique los factores desencadenantes conocidos: _____ d) Medicaciones (Tipos y dosis) _____ e) Frecuencia de los ataques _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
12. Cáncer, tumor, quiste, pólipo, melanoma, sarcoma de Kaposi, trastorno celular, herpes zoster, nódulo, calcificación o tumor de algún tipo?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
13. Insuficiencias hepáticas, pancreáticas, vesiculares o endócrinas, lo que incluye a título enunciativo: insuficiencias pituitarias, tiroideas o metabólicas u obesidad?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
14. Funciones del tracto renal, urinario, piedras o cálculos en el riñón o en la vejiga?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
15. Sistema respiratorio, lo que incluye a título enunciativo: tuberculosis, insuficiencia pulmonar, enfisema, tos crónica, bronquitis, asma bronquial, neumonía pleurítica?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
16. Trastorno mental, emocional o del sistema nervioso, lo que incluye a título enunciativo: psicosis, trastornos mentales o de conducta, ADD o ADHD, consumo o dependencia de drogas o químicos, alcoholismo, atención psiquiátrica o grupos de apoyo, depresión, ansiedad, fatiga crónica o trastornos alimenticios o del sueño?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
17. Trastornos neurológicos, lo que incluye a título enunciativo: esclerosis múltiple (MS), distrofia muscular, enfermedad de Lou Gehrig (ELA), Parkinson, parálisis, epilepsia, convulsiones, migrañas, dolores de cabeza crónicos, derrame cerebral o ataques isquémicos cerebrales transitorios?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
18. Musculares, esqueléticos, medulares, óseos o articulares, lo que incluye a título enunciativo: escoliosis, enfermedad o trastorno en el disco, vértebras, degeneración o cualquier otro problema en el cuello, reumatismo, artritis, gota, tendinitis, osteoporosis o inflamación?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
19. En el caso de las solicitantes mujeres, aborto espontáneo, complicaciones en el embarazo o parto, consultas por problemas de fertilidad, recomendaciones o trastornos del sistema reproductivo o de la menstruación, lo que incluye a título enunciativo: sangrados vaginales, fibroides, nódulos o quistes mamarios, trompas de falopio, ovarios o útero y terapia de reemplazo de hormonas?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
20. En el caso de los solicitantes hombres, trastornos del sistema reproductivo, lo que incluye a título enunciativo: próstata o nivel de PSA elevado o disfunción eréctil?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
21. Problema de salud congénito, genético, hereditario o u otro problema o defecto de nacimiento, lo que incluye a título enunciativo: retraso mental, síndrome de Down u otro trastorno de cromosomas, trastorno físico, deformidad o defecto?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
22. En el sistema digestivo, estómago, colon, recto o intestinos, lo que incluye a título enunciativo: regurgitación esofágica, gastritis, úlceras, enfermedad de Crohn o diverticulitis?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
23. En los ojos, oídos, nariz, boca, garganta o mandíbula, lo que incluye a título enunciativo: cataratas, glaucoma, desviación del septum nasal, sinusitis crónica o TMD?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
24. ¿Usted o algún miembro de su familia que solicita la cobertura actualmente consume o consumió tabaco de alguna forma en los últimos cinco años?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
25. Cualquier otra enfermedad, problema médico, insuficiencia, lesión o trastorno de algún tipo no mencionado anteriormente?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
26. Durante los últimos (12) meses, ¿usted o algún miembro de su familia que solicita la cobertura experimentó manifestaciones o síntomas o le diagnosticaron o recibió atención, análisis, revisiones o tratamientos (lo que incluye medicaciones) por algún problema médico, de salud, mental, físico o nervioso? De ser así, explique en la Sección 3.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
27. ¿Usted o algún miembro de su familia que solicita la cobertura solicitó o contrató alguna vez el seguro a través de IMG? (De ser así, indique el número de certificado, de haberlo, y los detalles.)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
28. ¿Usted o algún miembro de su familia que solicita la cobertura ha sido rechazado, retirado clasificado o dado de baja de la cobertura anteriormente por alguna póliza de seguro de salud, de vida o por discapacidad? De ser así, explique en la Sección 3.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
29. Durante los últimos (12) meses, ¿usted o algún miembro de su familia que solicita la cobertura ha tenido algún plan de cobertura de seguro médico o de salud, incluidos los planes de atención médica gubernamentales? De ser así, indique el nombre y la ubicación de la compañía de seguros, el número de póliza/plan y las fechas de cobertura aplicables.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

SECCIÓN 2A. Enumere todas las medicaciones recetadas y de venta libre y todos los tratamientos médicos recibidos en los últimos doce meses por el Solicitante y por cada Miembro de la Familia solicitante (use las letras de la Sección 1 correspondientes). Adjunte páginas adicionales, de ser necesario.

Miembro de la Familia <i>(Use las letras de la Sección 1)</i>	Medicaciones y dosis	Problemas de salud	Fecha(s) del tratamiento
Miembro de la Familia <i>(Use las letras de la Sección 1)</i>	Cirugías		Fecha(s) del tratamiento

Detalles del médico familiar – Debe completar la siguiente información	
Nombre del médico:	Teléfono:
Dirección:	
País:	Código postal:
Fecha de última consulta:	Motivo:

SECCIÓN 3. Información médica/Seguro anterior

Por cada pregunta a la que responda “Sí” en la Sección 2, identifique a cada Miembro de la Familia a la cual se aplique (use la letra de la Sección 1 correspondiente) y complete los detalles del problema de salud, incluido el nombre, domicilio y número telefónico del médico tratante, hospital, clínica y cualquier otro proveedor de atención médica interviniente, diagnóstico, todas las fechas de tratamiento, tipos de tratamiento, pronosis y curso actual del tratamiento. **Adjunte páginas adicionales, de ser necesario.** IMG y la Compañía se reservan el derecho de solicitar información médica adicional previa aceptación de la Solicitud.

Miembro de la Familia <i>(Use las letras de la Sección 1)</i>	Problema de salud/Diagnóstico, pronosis, curso de los tratamientos pasados y actuales.	Nombre, domicilio y teléfono del médico/hospital/proveedor de atención médica	Fecha(s) del tratamiento

Si algún miembro de su familia que solicita la cobertura ha sido rechazado, retirado, clasificado o dado de baja de la cobertura anteriormente por alguna póliza de seguro de salud, de vida o por discapacidad (ver Pregunta 28), explique a continuación.



CONTRATACIÓN (Por la cobertura emitida por Sirius International Insurance Corporation (sociedad abierta) solamente): Yo(nosotros) solicitamos Global Medical Services Group Insurance Trust, c/o MutualWealth Management Group, Carmel, IN, o a su sucesora Global Medical Insurance® tal como lo ofrece la Compañía en la fecha de recepción del presente. Entiendo/Entendemos y acepto/aceptamos lo siguiente: i) el ninguna cobertura entrará en vigencia hasta que la presente Solicitud haya sido debidamente aceptada por escrito por la Compañía; (ii) ninguna modificación ni renuncia relacionada con la presente solicitud o la cobertura solicitada será obligatoria para la Compañía o IMG, a menos que cuente con la aprobación escrita de un directivo de la Empresa o de IMG y (iii) la Compañía e IMG confían en la exactitud, veracidad y completud de la información aquí provista, y toda declaración falsa u omisión en el presente invalidará el contrato de seguro y todos los reclamos y beneficios del presente caducarán y se dispensarán, (iv) por medio de la entrega de la presente Solicitud o cualquier reclamo futuro de beneficios, los solicitantes inician y aprovechan en forma intencional el privilegio de contratar a la Compañía de Indiana a través de IMG, como aseguradora administradora general y administradora del plan, el contrato de seguro representado por la Póliza Maestra y documentado por medio del Certificado de Seguro se considerarán emitidos y elaborados en Indianápolis, IN y la competencia y jurisdicción exclusivas para todo procedimiento judicial o administrativo relacionado con el seguro le corresponderá al condado de Marion, Indiana, para lo cual el/los solicitante(s) presta(n) su consentimiento. Acepto/Aceptamos que la ley de líneas excedentes regirá todos los derechos y reclamos realizados conforme al contrato de seguro y todo procedimiento judicial será tratado por un tribunal sin intervención de un jurado.

RECONOCIMIENTO Entiendo/Entendemos y acepto/aceptamos lo siguiente: (A)(i) los folletos de marketing y certificados de seguro se encuentran disponibles previa solicitud, (ii) el agente, corredor, sitio web u otro proveedor de seguros, de haberlo, relacionado con la oferta de la presente solicitud actuará exclusivamente como representante y apoderado legal y representa mis intereses personales, y no tiene facultad alguna para obligar o hablar ni actuar como representante ni apoderado legal de la Compañía ni de IMG, (iii) toda enfermedad, lesión u otra insuficiencia física, médica o nerviosa, problema de salud o dolencia que, con una certeza médica razonable, existía al momento de la Solicitud o en algún momento con anterioridad a la fecha de entrada en vigencia del presente contrato, ya sea que se haya manifestado o no anteriormente, sintomática o conocida, diagnosticada, tratada o informada a la Compañía o a IMG antes de la fecha de entrada en vigencia, incluyendo todas las complicaciones o consecuencias posteriores, crónicas, recurrentes relacionadas con ellas o que deriven de ellas (“un problema de salud preexistente”) y en ciertas opciones del plan serán excluidos de la cobertura por dos años desde la fecha de entrada en vigencia y en adelante se limitará al \$50,000 de por vida por persona, con una máximo de \$5,000 por persona por período de cobertura anual (iv) todo problema de salud/diagnóstico/enfermedad no informado en mi solicitud no será cubierto nunca conforme al presente certificado o renovación, (v) ni los solicitantes, ni la Compañía ni IMG consideran que los objetos del seguro solicitado son residentes, están ubicados ni que se prestarán expresamente en alguna jurisdicción en particular y (vi) la Compañía, como aseguradora del plan, sólo será responsable de las coberturas y beneficios que se ofrecerán en virtud de este e IMG actuará sólo como agente/poderhabiente de la Compañía y no tendrá responsabilidad ni directa ni independiente conforme

a la Póliza Maestra, a un certificado o a una póliza de seguro. (B) Este seguro no está sujeto ni brinda beneficios exigidos por la PPACA. A partir del 1 de enero de 2014, la PPACA les exige a los ciudadanos de los EE. UU., a los originarios de los EE. UU., y a ciertos residentes que contraten una cobertura de seguro que cumpla con la PPACA. Quienes deban hacerlo y no cumplan podrían ser pasibles de sanción. La aptitud para contratar, extender o renovar este producto o sus términos y condiciones podrían modificarse o reformarse sobre la base de los cambios en la legislación aplicable, lo que incluye a la PPACA. Observe que es responsabilidad exclusiva del asegurado determinar si la PPACA es aplicable a él, y la Compañía e IMG no tendrán responsabilidad alguna hacia ninguna persona por no contratar o mantener una cobertura conforme a la PPACA. Para más información acerca de si la PPACA se aplica a usted o si usted resulta elegible para contratar Global Medical Insurance, consulte las Preguntas Frecuentes de IMG en www.imglobal.com/client-resources/PPACA-FAQ.aspx.

CERTIFICACIÓN Por la presente certifico/certificamos, declaro/declaramos y garantizo/garantizamos a IMG y a la Compañía que: he/hemos leído las preguntas incluidas en la presente Solicitud o bien me han sido han sido leídos, y que los entiendo/entendemos, (ii) mi/nuestras respuestas a las preguntas son verdaderas, precisas y completas en todos los sentidos desde el día de la fecha y que complementaremos esas respuestas con anterioridad a la fecha de entrada en vigencia en caso cambio o adición, (iii) gozo/gozamos en este momento de buena salud y, excepto por los problemas de salud y otra información aquí proporcionada, no se me/nos ha diagnosticado ni he/hemos solicitado ninguna consulta ni he/hemos sido tratados ni he/hemos experimentado manifestaciones o síntomas ni he/hemos padecido ningún otro problema de salud preexistente que prevea/preveamos que puedan requerir tratamiento en el futuro o por el cual los solicitantes pretenda/pretemos reclamar conforme al presente seguro y (iv) si la presente Solicitud es firmada como tutor o apoderado de solicitante, el firmante garantiza su facultad y capacidad para actuar de ese modo y obligar al solicitante. Mediante la aceptación de la cobertura o presentación del reclamo de beneficios, cada solicitante ratifica la facultad del firmante para actuar de ese modo y obligar al solicitante.

AUTORIZACION PARA ENTREGAR INFORMACION MEDICA Autorizo/ Autorizamos a todo médico, profesional de las artes médicas, hospital, clínica, establecimiento relacionado con el cuidado de la salud, farmacia, organismo gubernamental, agencia de seguros, compañía de seguros, titular de póliza grupal, empleado o administrador del plan de beneficios que cuente con información acerca de mi/nuestro estado de salud física o mental y condición de empleo a entregarle esa información a IMG o a la Compañía y a mi productor/corredor involucrado en el proceso de esta aplicación y/o cobertura médica.

GARANTÍA DE SATISFACCIÓN/PERÍODO DE REVISIÓN Queda entendido que tendré/tendremos 15 días desde la fecha de entrada en vigencia para revisar el Certificado del seguro y todos los beneficios, términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la cobertura. De no estar completamente satisfecho(s), podré/podremos cancelar el presente seguro mediante solicitud escrita retroactiva a la fecha de entrada en vigencia y recibir un reembolso total de la prima.

Global Medical Insurance es suscrita por Sirius International Insurance Corporation o Certain Underwriters at Lloyd's, según corresponda (la "Compañía"). Distribuido, administrado y gestionado como representante de la Compañía por International Medical Group®, Inc. ("IMG®").

Firma del solicitante, tutor o apoderado*	<i>(Relación con el Solicitante si firma como tutor o apoderado)</i>	Fecha (Mes/Día/Año)
Firma del cónyuge		Fecha (Mes/Día/Año)

*Se requiere la firma del tutor en el caso de solicitantes menores de dieciséis (16) años. Consulte las instrucciones para completar la solicitud, Página 1, número 2, sobre firmas del Tutor o Apoderado.

GLOBAL TERM LIFE INSURANCESM

Asegurado por International Medical Insurance CompanySM, Inc. (IMICSM). Distribuido, administrado y gestionado como representante de IMIC, por International Medical Group®, Inc. ("IMG®"). Global Term Life Insurance solo se encuentra disponible en el momento de la solicitud y con la contratación de Global Medical Insurance®.

SECCIÓN 4.

Indique el nombre de cada Miembro de la Familia que aplica a Global Term Life Insurance

NOMBRE	TERM LIFE UNIDAD UNO	TERM LIFE UNIDAD DOS
A. SOLICITANTE	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
B. CÓNYUGE	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
C. PRIMER HIJO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NO DISPONIBLE
D. SEGUNDO HIJO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
E. TERCER HIJO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

POR CADA PERSONA SOLICITANTE DE SEGURO DE VIDA, INDIQUE:		% DE BENEFICIO POR MUERTE
SOLICITANTE A		
NOMBRE DEL BENEFICIARIO PRINCIPAL	RELACIÓN	%
NOMBRE DEL BENEFICIARIO SECUNDARIO	RELACIÓN	%
SOLICITANTE B		
NOMBRE DEL BENEFICIARIO PRINCIPAL	RELACIÓN	%
NOMBRE DEL BENEFICIARIO SECUNDARIO	RELACIÓN	%
SOLICITANTE C		
NOMBRE DEL BENEFICIARIO PRINCIPAL	RELACIÓN	%
NOMBRE DEL BENEFICIARIO SECUNDARIO	RELACIÓN	%
SOLICITANTE D		
NOMBRE DEL BENEFICIARIO PRINCIPAL	RELACIÓN	%
NOMBRE DEL BENEFICIARIO SECUNDARIO	RELACIÓN	%
SOLICITANTE E		
NOMBRE DEL BENEFICIARIO PRINCIPAL	RELACIÓN	%
NOMBRE DEL BENEFICIARIO SECUNDARIO	RELACIÓN	%

Al ser ciudadano de los EE. UU. entiendo/entendemos que la cobertura de Global Term Life Insurance no entrará en vigencia antes de la fecha de mi/nuestra partida de los EE. UU.

x _____ (inicial aquí) x _____ (inicial aquí) x _____ (inicial aquí)
 Solicitante Cónyuge Por hijos cubiertos

De ser aceptado para el plan Global Medical Insurance, entiendo/entendemos que yo/nosotros resultado/resultamos elegibles para Global Term Life Insurance, asegurado por International Medical Insurance Company. Le solicito/solicitamos a Global Life Insurance Services Group Insurance Trust, Bank of Bermuda, Hamilton, Bermuda, el Global Term Life Insurance mencionado anteriormente. Incorporo/Incorporamos al presente las certificaciones, declaraciones, entendimientos, contratos, reconocimientos, autorizaciones y garantías de la Solicitud anterior para

Global Medical Insurance y entiendo/entendemos y acepto/aceptamos que los términos, condiciones, restricciones y sanciones de aquel se aplicarán también al presente. Asimismo, entiendo/entendemos: (i) que en caso de que IMG no acepte la presente Solicitud, será su obligación exclusiva reembolsarme/reembolsarnos la prima, (ii) que el beneficio por fallecimiento quedará determinado por mi/nuestra edad al momento de mi/nuestro fallecimiento y (iii) que la Póliza Maestra para el Global Term Life Insurance se emite en Bermuda y se rige por sus leyes.

Firma del solicitante, tutor o apoderado	Fecha (Mes/Día/Año)	Firma del cónyuge	Fecha (Mes/Día/Año)

SECCIÓN 5.

Selección del deducible y cálculo de la prima. Nota: La opción de plan, selección del deducible, modo de pago y área de cobertura deben ser las mismas para todos los Miembros de la Familia.



Marque una Opción del Plan: Bronze Silver Gold Gold Plus Platinum
Marque un Deducible \$100 (Platinum solamente) \$250 \$500 \$1,000 \$2,500 \$5,000 \$10,000 \$25,000 (Excepto Bronze y Silver)
Marque una Forma de Pago: Anual = 1.00 Semestral = 0.55 Trimestral = 0.28 Mensual = .10
Marque un área de cobertura: Mundial Mundial, sin incluir los EE. UU. Canadá, China, Hong Kong, Japón, Macau, Singapur y Taiwán.

CÁLCULO DE LA PRIMA (No se aceptarán solicitudes sin pago de prima)

Las primas anuales pueden pagarse con cheque, giro de dinero, transferencia bancaria o cheque electrónico (disponible por Internet) o con tarjetas de crédito Visa, MasterCard, American Express, Discover o JCB. Excepto en el caso de Global Group, IMG no aceptará cheques, giros de dinero ni transferencias por formas de pago semestrales, trimestrales o mensuales. **Estos modos alternativos de pago sólo se aceptan con una preautorización de débito de su tarjeta de crédito en la(s) fecha(s) de vencimiento de la(s) futura(s) cuota(s) de su futura prima con anterioridad a la fecha de vencimiento.** Puede que deba abonar un arancel de \$25 además de la prima para que le envíen su certificado de seguro por correo postal luego de su aprobación.

Indique la prima **anual** del Seguro Médico Global por cada Miembro de la Familia que corresponda a la edad, género y deducible

La solicitud no podrá procesarse hasta que complete esta sección.

Solicitante principal \$ _____
 Cónyuge \$ _____
 1er hijo \$ _____
 2do hijo \$ _____
 3er hijo \$ _____
Subtotal de GMI \$ _____

Beneficios opcionales

Anexo por terrorismo -

(Plan Platinum solamente. Marque el casillero e ingrese .25 a la derecha del 1, de corresponder) X **1.** _____

GMI Subtotal = A\$ _____

Term Life Unidad Uno \$240 X _____ = **B\$ _____**
 cantidad de adultos solicitantes

Term Life Unidad Dos \$180 X _____ = **C\$ _____**
 cantidad de adultos solicitantes

Term Life Unidad Uno - Hijo \$100 X _____ = **D\$ _____**
 cantidad de hijos solicitantes

Anexo de Odontología y Oftalmología \$570 (mundial) o \$460 (mundial excluyendo) X _____ = **E\$ _____**
 (Se aplica a todos los planes, excepto Platinum) cantidad de miembros de la familia solicitantes

Anexo deportivo opcional \$250 X _____ = **F\$ _____**
 (Se aplica sólo a las opciones del plan Gold Plus y Platinum) cantidad de miembros de la familia solicitantes

Subtotal (A+B+C+D+E+F) = G\$ _____

Prima total a pagar

\$ _____ X _____ + \$ _____ = **H \$ _____**

Subtotal G Factor modal Opcional por correo exprés*
Factores modales: Anual=1.00 Semestral=.55 Trimestral=.28 Mensual=.10

Monto de la prima a pagar

Nota: La elección de la opción de pago semestral (factor de pago modal .55) genera un pago total del 110% de la prima anual, la elección de la opción de pago trimestral (factor de pago modal .28) genera pagos totales del 112% de la prima anual y la elección de la opción de pago mensual (factor de pago modal .10) genera un pago total del 120% la prima anual.

*\$25 opcional por correo exprés - El certificado será enviado por correo exprés luego de la aprobación

SI ELIGE CORREO EXPRÉS - Seleccione la dirección a la que desea que se le envíe su Certificado por correo exprés (como se indica en la Sección 1)

Dirección de residencia Dirección de entrega por correo
 Otro (no casillas de correo) _____

PREFIERO RECIBIR UN CERTIFICADO ELECTRÓNICO

Dirección de correo electrónico _____

MÉTODO DE PAGO

Cheque (anual solamente) Giro de dinero (anual solamente)
 Transferencia bancaria (anual solamente)
 MasterCard Visa American Express
 Discover JCB
 Global Group (completar formulario adicional)
 Nombre del grupo: _____

Cheque electrónico (ACH) disponible en Internet

(Los pagos con tarjeta de crédito requieren firma autorizada).

Los cheques y giros de dinero deben emitirse a International Medical Group, Inc. (IMG). Para solicitar la información para transferencias, contáctese con IMG. Todos los pagos deben realizarse en dólares estadounidenses a un banco estadounidense con la fecha de solicitud de la cobertura. Si pago con tarjeta de crédito, autorizo a IMG a debitar de la cuenta de mi tarjeta de crédito Visa/MasterCard/American Express/Discover/JCB el monto total a pagar. En caso de elegir el factor modal semestral, trimestral o mensual, **opto por preautorizar las cuotas de pago de la tarjeta de crédito por el saldo del período de cobertura anual (12 meses desde la Fecha de Entrada en Vigencia) y solicito y autorizo a IMG a cobrarlo de mi tarjeta de crédito periódicamente a medida que las cuotas por las primas se tornen exigibles. La presente autorización tendrá una vigencia de 12 meses, a menos que la revoque por escrito con anterioridad y que IMG reciba notificación de mi revocación, lo que impactará en la continuidad de la cobertura.** La cobertura contratada con tarjeta de crédito quedará sujeta a validación y aceptación por parte de la empresa de la tarjeta de crédito.

Tarjeta de crédito N° _____

Fecha de Vencim. _____
 (no puede ser anterior a la fecha de vencimiento de la última cuota de la prima)

Firma autorizada X _____

Nombre como aparece en la tarjeta _____

Nº. de teléfono durante el día (_____) _____

Dirección de facturación _____

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA SOLICITADA: _____
(Debe ser dentro de los 30 días de la firma. La cobertura no entrará en vigencia hasta ser aprobada).

SECCIÓN 6. Información de contacto para la renovación

Indique la mejor forma de contactarse con usted para la renovación:

- Correo postal (indique la dirección) _____
- Fax (indique el número de fax) _____
- Correo electrónico(indique la dirección de correo electrónico) _____

SECCIÓN 7. Para uso exclusivo de agente/corredor de seguros

Número del productor de IMG 518772	Nombre del productor de seguros FRISBY, MARIA D.
Nombre de la compañía FRISBY, MARIA D.	
Dirección P.O. BOX 369	
Ciudad, estado, código postal TUCSON AZ 85702	Teléfono 520-622-1595
Fax 520-622-7366	Dirección de correo electrónico maria@frisbyinsurance.co
Sitio web http://www.frisbyinsurance.com	
Firma del agente/corredor de seguros X	No de GA

Envíe esta solicitud por correo o fax a:
International Medical Group, Inc.
P.O. Box 88509
Indianapolis, IN 46208-0509 USA

Llame directamente a: +1.317.655.4500
Línea gratuita (en los EE. UU.): +1.800.628.4664
Fax: +1.317.655.4505
www.imglobal.com

Los cambios en la información en la dirección o de contacto adicional deben enviarse también a IMG.

