

## Información importante

Global Medical Insurance ofrece dos áreas de cobertura: cobertura mundial o cobertura mundial, sin incluir 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 o tienen como finalidad que los riesgos y sujetos del seguro conforme a este plan sean residentes, estén ubicados o que se prestarán expresamente en alguna jurisdicción en particular, y se aplican requisitos de aptitud 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. La PPACA les exige a los ciudadanos y a ciertos residentes de los EE. UU. que contraten una cobertura de seguro que cumpla con la PPACA, a menos que estén exentos conforme a esta. Las personas que tengan obligación de mantener una cobertura en virtud de la PPACA, pero no lo hagan, serán pasibles de

sanciones impositivas. La aptitud 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 se 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 [imglobal.com/faq](http://imglobal.com/faq).

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 atentamente todos los requisitos de aptitud, condiciones de cobertura y exclusiones por problemas de salud preexistentes antes de contratar la cobertura. Puede solicitar folletos publicitarios y certificados de seguro que contienen términos de cobertura completos. Contáctese con IMG o con su productor de seguros independiente para más detalles.

## NO ENTREGAR 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 dd/mm/aaaa	PAÍS DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN EMITIDA 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 (menor de 19 años - apellido, primer nombre, segundo nombre)			__/__/__		
	<input type="checkbox"/> Masculino				
	<input type="checkbox"/> Femenino				
D. Segundo hijo (menor de 19 años - apellido, primer nombre, segundo nombre)			__/__/__		
	<input type="checkbox"/> Masculino				
	<input type="checkbox"/> Femenino				
E. Tercer hijo (menor de 19 años - apellido, primer nombre, segundo nombre)			__/__/__		
	<input type="checkbox"/> Masculino				
	<input type="checkbox"/> Femenino				

Domicilio de residencia (luego de la entrada en vigencia del presente seguro)			
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	País:	Código postal:
Teléfono:		Correo electrónico:	
Fax:	¿Su plazo de residencia fuera de los EE. UU. estimado es de, por lo menos, 6 de los próximos 12 meses? (Si es ciudadano de los EE. UU. y respondió "No", no resulta apto para la cobertura).		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Ciudadanos de los EE. UU./Nacidos en territorio estadounidense:	
Fecha en la que partió (o partirá) de los EE. UU. __/__/__ dd/mm/aaaa	
No ciudadanos de los EE. UU.:	
Si no es ciudadano de los EE. UU., ¿usted o alguno de los otros solicitantes tiene permiso de residencia 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. _____
Permiso de residencia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Visa de los EE.UU.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Domicilio postal (de ser diferente del anterior)			
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	País:	Código postal:
Teléfono:		Correo electrónico:	
Fax:	Si algún domicilio indicado anteriormente se encuentra en Florida, ¿el solicitante reside actualmente en Florida? (Determinará el impuesto sobre la prima y no incidirá en la cobertura)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

- Doy mi consentimiento para el procesamiento de mi información personal para la prestación de los servicios contratados, lo que incluye la administración de reclamos y la recepción de comunicaciones de los miembros, conforme a la Política de Privacidad de IMG.
- Acepto recibir información y otras comunicaciones relevantes de IMG acerca de las coberturas de seguro y opciones de servicios. Entiendo que podré retirar mi consentimiento en cualquier momento.

**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.
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 un análisis, 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. ¿A usted o a algún solicitante se le 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
<b>Si alguien respondió SÍ a alguna de las cinco preguntas anteriores, no resulta apto para el presente seguro. Gracias por su interés.</b>	
6. ¿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). Al responder positivamente, usted acepta lo siguiente: ¿Reconoce que está solicitando un certificado de cobertura completamente nuevo y no una renovación ni restablecimiento de un certificado de Global Medical Insurance® que usted contrató anteriormente a través de IMG y, que en caso de que IMG acepte su nueva solicitud, se daría inicio a un período de cobertura completamente nuevo conforme a los términos, condiciones y disposiciones del nuevo certificado de seguro (lo que incluye, a título enunciativo, todos los requisitos de aptitud, condiciones preexistentes y otras exclusiones, períodos de espera, y límites y sublímites en los beneficios del plan) y que su nuevo cobertura no dará lugar a ningún beneficio de cobertura permanente basado en su anterior cobertura ya finalizada? Número de certificado: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿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
8. ¿Usted o alguna otra solicitante está embarazada? De ser así, indique la fecha de parto _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Las siguientes preguntas 9-29: ¿Usted o el miembro de la familia que solicita cobertura ha experimentado ALGUNA VEZ manifestaciones o síntomas o han sufrido, han solicitado una consulta, revisión, análisis o han sido tratados, o se les ha diagnosticado una enfermedad, problema de salud, trastorno u otra insuficiencia que surja o que esté relacionado con lo siguiente?</b>	
9. ¿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
10. ¿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
11. ¿Diabetes, hiperglucemia o hipoglucemia? De ser diabetes, 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) Medicamentos (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
12. ¿Asma o alergias? De ser así, además de incluir una 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 disparadores conocidos: _____ d) Medicamentos (tipos y dosis): _____ e) Frecuencia de los ataques: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
13. ¿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
14. ¿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
15. ¿Funciones del tracto renal, urinario, piedras o cálculos en el riñón o en la vejiga?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
16. ¿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

17. ¿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	
18. ¿Trastornos neurológicos, lo que incluye a título enunciativo: esclerosis múltiple (EM), 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	
19. ¿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	
20. 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	
21. 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	
22. ¿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	
23. ¿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	
24. ¿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	
25. ¿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	
26. ¿Cualquier otra insuficiencia, problema médico, enfermedad, lesión o trastorno de algún tipo no mencionado anteriormente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
27. 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	
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 seis (6) meses, ¿ha tenido cobertura médica integral?  De ser así, indique campos adicionales para recolectar información: * Número de póliza, del certificado o de identificación: _____ * Nombre del plan gubernamental o de seguro privado: _____ * Aseguradora u organismo gubernamental que ofrece el plan: _____ * Fecha de inicio de la cobertura: _____ * Fecha de finalización de la cobertura: _____ * Incluya comprobante(s) de la cobertura: Ejemplos de documentos aceptables: * Formularios 1095 * Tarjetas de identificación del plan gubernamental o del seguro * Explicación de los beneficios o de las cartas de pago del anterior asegurador u organismo gubernamental * Cláusulas de cobertura del anterior asegurador u organismo gubernamental * Nóminas de pago que reflejen las deducciones del seguro médico * Registros de pagos adelantados del crédito impositivo de la prima	<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 a quien se aplique (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 <i>dd/mm/aaaa</i>
			___/___/___
			___/___/___
			___/___/___
Miembro de la Familia <i>(Use las letras de la Sección 1)</i>	Cirugías		Fecha(s) del tratamiento <i>dd/mm/aaaa</i>
			___/___/___
			___/___/___
			___/___/___

**Detalles del médico familiar - Debe completar la siguiente información**

Nombre del médico:		Teléfono:	
Domicilio:			
País:		Código postal:	
Fecha de última consulta:	Motivo:		

**SECCIÓN 3. Información médica**

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/ clínica/proveedor de atención médica	Fecha(s) del tratamiento <i>dd/mm/aaaa</i>

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** Yo (nosotros) le solicito (solicitamos) a Global Medical Services Group Insurance Trust, c/o MutualWealth Management Group, Carmel, Indiana, o a su sucesora, el seguro Global Medical Insurance®, tal como lo ofrece la Compañía en la fecha de recepción del presente. Entiendo/Entendemos y acepto/aceptamos lo siguiente: (i) 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 y completud de la información aquí provista, (iv) toda declaración falsa u omisión en el presente invalidará el contrato de seguro, y todos los reclamos y beneficios del presente caducarán y se extinguirán, (v) por medio de la entrega de la presente Solicitud o cualquier reclamo futuro de beneficios, inicio/iniciamos y aprovechamos/aprovechamos en forma intencional el privilegio de contratar a la Compañía en Indiana a través de IMG como agente y administradora e invoco/invocamos los beneficios y protecciones de sus leyes y (vi) 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 de Indiana registrará todos los derechos y reclamos realizados conforme al presente contrato de seguro y todo procedimiento judicial basado en una disputa será tratado por un tribunal, quien realizará la investigación de los hechos, sin intervención de un jurado.

**RECONOCIMIENTO** Entiendo/Entendemos y acepto/aceptamos lo siguiente: (A)(i) puede solicitar folletos publicitarios y los textos de los certificados de seguro, (ii) excepto IMG, todo agente, corredor, sitio web u otro productor de seguros (de su sitio web), de haberlo, relacionado con la oferta de la presente solicitud actuará exclusivamente como mi

representante y apoderado legal y representará mis intereses personales, y no tendrá facultad alguna para obligar o hablar ni actuar como representante ni apoderado legal de la Compañía ni de IMG, (iii) si IMG acepta mi solicitud CON Cobertura Acreditada, Global Medical Insurance define a los "problemas de salud preexistentes" como: toda afección, Enfermedad, Lesión o problema médico, o síntomas relacionados con esa afección, Enfermedad, Lesión o problema médico, por el cual se haya solicitado, recomendado o recibido atención, diagnóstico o Tratamiento médico, lo que incluye autotratamiento; o que supiera o debería haber sabido razonablemente que existían, (ya sea que haya solicitado atención, diagnóstico o Tratamiento médico o no), y los cubre, a menos que el problema de salud preexistente no haya sido indicado en mi solicitud o que esté sujeto a exclusión especial incluida en el Anexo de mi Certificado de Seguro, (iv) Si IMG acepta mi solicitud SIN Cobertura Acreditada, Global Medical Insurance define a los "problemas de salud preexistentes" como: toda enfermedad, Lesión, trastorno, afección u otra insuficiencia física, médica, mental 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, ya sea 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, y la cobertura por un problema de salud preexistente varía según la opción de plan (Deberé considerar mi opción de plan para verificar la cobertura) (v) toda afección, Enfermedad, Lesión o problema de salud no informado en mi solicitud no será cubierto nunca conforme al presente certificado o renovación, (vi) ni los solicitantes, ni la Compañía ni IMG consideran que los sujetos del seguro solicitado son residentes, están ubicados ni que se prestarán expresamente en alguna jurisdicción en particular y (vii) 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 de la Compañía y no tendrá responsabilidad ni directa ni

independiente conforme a la Póliza Maestra, a un Certificado 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, a los nacidos en territorio estadounidense y a ciertos residentes de los EE. UU. que contraten una cobertura de seguro que cumpla con la PPACA, a menos que estén exentos de esta. Las personas que tengan obligación de mantener una cobertura en virtud de la PPACA, pero no lo hagan, serán pasibles de sanciones impositivas. La aptitud para contratar, extender 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. 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 de seguro que cumpla con la PPACA. 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 [imglobal.com/faq](http://imglobal.com/faq).

**CERTIFICACIÓN** Por la presente certifico/certificamos, declaro/declaramos y garantizo/garantizamos a IMG y a la Compañía que: (i) he/hemos leído las preguntas incluidas en la presente Solicitud o bien me/nos han sido leídas, y que las 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 complementaré/complementaremos esas respuestas con anterioridad a la fecha de entrada en vigencia en caso de cambio o adición en estas, (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 pretenda/prendamos reclamar conforme al presente seguro y (iv) si la presente Solicitud es firmada en calidad de tutor o apoderado del 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, el solicitante ratifica la facultad del firmante para actuar de ese modo y obligar al solicitante.

**AUTORIZACIÓN MÉDICA** Autorizo/Autorizamos a todo médico, practicante 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 cuidado, atención, tratamiento, diagnóstico o pronóstico de cualquier 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 que cuente con esta solicitud o cobertura de seguro.

**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 está asegurada por Sirius International Insurance Corporation (sociedad abierta) según corresponda (la "Compañía"). Distribuido, administrado y gestionado como representante de la Compañía por International Medical Group®, Inc. ("IMG®").*

<p><b>X</b> _____</p>	
<p><b>Firma del solicitante, tutor o apoderado</b> (Relación con el Solicitante si firma como tutor o apoderado)</p>	<p>Fecha: ___/___/___ (DD/MM/AAAA)</p>

<p><b>X</b> _____</p>	
<p><b>Firma del cónyuge</b></p>	<p>Fecha: ___/___/___ (DD/MM/AAAA)</p>

*\*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.*



Asegurado por Sirius Bermuda Insurance Company Ltd. Distribuido, administrado y gestionado como representante de Sirius Bermuda Insurance Company Ltd., by International Medical Group®, Inc. ("IMG®"). El Seguro de Vida a Término (Global Term Life Insurance) solo se encuentra disponible en el momento de la solicitud y la contratación de Global Medical Insurance®.

## SECCIÓN 4. Indique el nombre de cada miembro de la familia que solicita Seguro de Vida a Término.

NOMBRE	SEGURO DE VIDA A TÉRMINO UNIDAD UNO	SEGURO DE VIDA A TÉRMINO UNIDAD UNO
A. Solicitante (apellido, primer nombre, segundo nombre)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
B. Cónyuge (apellido, primer nombre, segundo nombre)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
C. Cónyuge (apellido, primer nombre, segundo nombre)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	NO DISPONIBLE
D. Segundo hijo (menor de 19 años - apellido, primer nombre, segundo nombre)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
E. Tercer hijo (menor de 19 años - apellido, primer nombre, segundo nombre)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

### Por cada solicitante de seguro de vida, indique:

SOLICITANTE #	NOMBRE DEL BENEFICIARIO PRINCIPAL Y DEL BENEFICIARIO SECUNDARIO	RELACIÓN	% DE BENEFICIO POR MUERTE
A.	Nombre del beneficiario principal:		%
	Nombre del beneficiario secundario:		
B.	Nombre del beneficiario principal:		%
	Nombre del beneficiario secundario:		
C.	Nombre del beneficiario principal:		%
	Nombre del beneficiario secundario:		
D.	Nombre del beneficiario principal:		%
	Nombre del beneficiario secundario:		
E.	Nombre del beneficiario principal:		%
	Nombre del beneficiario secundario:		

Entiendo/Entendemos que, al ser ciudadano de los EE. UU., la cobertura del Seguro de Vida a Término no entrará en vigencia antes de la fecha de mi/nuestra partida de los EE. UU.

<b>X</b> _____ (Inicial aquí)	<b>X</b> _____ (Inicial aquí)	<b>X</b> _____ (Inicial aquí)
Solicitante	Cónyuge	Por hijos cubiertos

De ser aceptado para el plan de Global Medical Insurance, entiendo/entendemos que yo/nosotros resulto/resultamos aptos para un Seguro de Vida a Término, ofrecido por Sirius Bermuda Insurance Company Ltd. Le solicito/solicitamos a Global Life Insurance Services Group Insurance Trust, Bank of Bermuda, Hamilton, Bermuda, el Seguro de Vida a Término mencionado anteriormente. Incorporo/Incorporamos al presente las certificaciones, declaraciones, entendimientos, contratos, reconocimientos, autorizaciones y garantías de la Solicitud de Seguro de

Vida a Término anterior 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 del Seguro de Vida a Término se emite en Bermuda y se rige por sus leyes.

<b>X</b> _____		<b>X</b> _____	
Firma del solicitante, tutor o apoderado	Fecha: ___/___/___ (DD/MM/AAAA)	Firma del cónyuge	Fecha: ___/___/___ (DD/MM/AAAA)

## SECCIÓN 5. Selección del deducible y cálculo de la prima

**Nota:** La opción de plan, selección del deducible, forma 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  Platinum

Marque un Deducible:  \$100 (Platinum solamente)  \$250  \$500  \$1,000  \$2,500  \$5,000  \$10,000  \$25,000 (Gold and Platinum solamente)

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 aprobarán solicitudes sin pago de prima)

Excepto en el caso de Global Group, IMG no aceptará giros de dinero 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 prima. Las primas anuales pueden ser abonadas por transferencia bancaria, eCheck (disponible por Internet), o tarjeta de crédito. El certificado de seguro puede enviarse por correo exprés por una tarifa opcional de \$25.

Ingrese la prima **anual** para cada miembro de la familia que corresponda conforme a su edad, el género y el deducible.

**La solicitud no podrá procesarse hasta que complete esta sección.**

Solicitante principal	\$ _____
Cónyuge	\$ _____
1er hijo	\$ _____
2do hijo	\$ _____
3er hijo	\$ _____
<b>Subtotal de GMI</b>	<b>\$ _____</b>

#### Beneficios opcionales:

Anexo sobre terrorismo  (Plan Platinum solamente. Marque el casillero e ingrese .25 a la derecha del 1., de corresponder) **X** \_\_\_\_\_

Subtotal de GMI = **A\$** \_\_\_\_\_

Seguro de vida a plazo Unidad Uno \$240 X \_\_\_\_\_ = **B\$** \_\_\_\_\_  
cantidad de adultos solicitantes

Seguro de vida a plazo Unidad Dos \$180 X \_\_\_\_\_ = **C\$** \_\_\_\_\_  
cantidad de adultos solicitantes

Seguro de vida a plazo Unidad Uno - Hijo \$100 X \_\_\_\_\_ = **D\$** \_\_\_\_\_  
cantidad de hijos solicitantes

#### Anexo de Odontología y Oftalmología:

\$570 (mundial) o \$460 (mundial con exclusiones) X \_\_\_\_\_ = **E\$** \_\_\_\_\_  
(Se aplica a todos los planes, excepto Platinum) cantidad de miembros de la familia solicitantes

#### Anexo opcional sobre deportes:

\$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\$** \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ + \$ \_\_\_\_\_ = **H\$** \_\_\_\_\_  
Subtotal G Factor Modal Correo urgente opcional \*

Factor modal: 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 pagos totales del 120% la prima anual.

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

SI ELIGE CORREO EXPRES: Seleccione el domicilio al que desea que se le envíe su Certificado por correo exprés (como se indica en la Sección 1)

Domicilio de residencia  Domicilio postal

Otro (no casillas de correo)

**PREFIERO RECIBIR UN CERTIFICADO ELECTRÓNICO**

Correo electrónico:

### MÉTODO DE PAGO

<input type="checkbox"/> Transferencia bancaria (anual solamente)	<input type="checkbox"/> MasterCard	<input type="checkbox"/> Visa
<input type="checkbox"/> American Express	<input type="checkbox"/> Discover	<input type="checkbox"/> JCB
<input type="checkbox"/> Global Group (complete el inserto adicional)		
Nombre del grupo: _____		

Cheque electrónico (ACH) disponible en Internet  
(Los pagos con tarjeta de crédito requieren firma autorizada).

Para solicitar la información sobre transferencias, contáctese con IMG. Todos los pagos deben realizarse en dólares estadounidenses en un banco estadounidense con la fecha de solicitud de la cobertura. Si pago con tarjeta de crédito, autorizo a IMG a debitar de mi tarjeta de crédito el monto total a pagar. En caso de optar por abonar primas en forma semestral, trimestral o mensual, **decido preautorizar las futuras cuotas de pago de la tarjeta de crédito por el resto del período de la póliza y renovaciones y, por lo tanto, solicito y autorizo a IMG a cobrarlas de mi tarjeta de crédito periódicamente a medida que las cuotas por las primas y por la renovación se tornen exigibles, LO QUE INCLUYE LO QUE SE DESCRIBE A CONTINUACIÓN ACERCA DE LAS RENOVACIONES AUTOMÁTICAS. La presente autorización tendrá una vigencia hasta que la revoque en forma escrita y hasta que IMG reciba efectivamente la notificación de revocación.** La cobertura contratada con tarjeta de crédito quedará sujeta a validación y aceptación por parte de la empresa de la tarjeta de crédito. Usted entiende que el monto que cobramos por la prima podría ser mayor que el indicado en la planilla de tarifas sobre la base de su historia clínica y el proceso de suscripción y usted autoriza ese importe de pago.

Tarjeta de crédito No.	
Fecha de vencimiento: ____/____/____ (DD/MM/AAAA)	(No puede ser anterior a la fecha de vencimiento de la última cuota de la prima)
Firma autorizada: <b>X</b> _____	
Nombre como aparece en la tarjeta:	
No. de teléfono de contacto durante el día:	
Domicilio de facturación:	
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA SOLICITADA: ____/____/____ (DD/MM/AAAA)	

(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 (indique el domicilio)

Fax (indique el número de fax)

Correo electrónico (indique la dirección de correo electrónico)

### Notificación de renovación automática

Para su comodidad, le notificaremos acerca de su prima de renovación antes de su fecha de renovación y renovaremos automáticamente su plan, con el fin de evitar de este modo, incumplimientos accidentales en la cobertura al momento de la renovación, a menos, por supuesto, que usted ya no resulte apto o que recibamos su negativa antes de la renovación.

## SECCIÓN 7. Para uso exclusivo del productor de seguros

Número del productor de seguros de IMG:		Nombre del productor:	
Nombre de la compañía:			
Domicilio:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Teléfono:		Fax:	
Correo electrónico:		Sitio web:	
Firma del productor: <b>X</b> _____		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: +1.317.655.9799  
Línea gratuita (en los EE. UU.): +1.866.368.3724  
Fax: +1.317.655.4505  
Web: [imglobal.com](http://imglobal.com)

La información sobre cambios en el domicilio o la información de contacto adicional debe enviarse también a IMG.

