

Global Medical Insurance es un producto suscrito por Sirius International Insurance Corporation (publ) (la "Compañía"). Es distribuido, manejado y administrado, como agente para y en nombre de la Compañía, por International Medical Group®, Inc. ("IMG®").

Información importante

Global Medical Insurance ofrece dos opciones: Cobertura mundial o cobertura mundial excluyendo EE.UU., Canadá, China, Hong Kong, Japón, Macao, Singapur y Taiwán. Ambas opciones proporcionan cobertura las 24 horas del día y le brindan la libertad de elegir cualquier médico u hospital para obtener tratamiento. Por favor tome nota que los riesgos y sujetos bajo este plan no son destinados ni considerados por la Compañía o IMG ser residentes, estar localizados o ser realizados en cualquier Estado en particular de los Estados Unidos y se aplicarán requisitos especiales de elegibilidad.

Además, este seguro no está sujeto al U.S. Patient Protection and Affordable Care Act y a ciertos requisitos de acceso, portabilidad o renovación u otros de la ley Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996. Sírvase leer y revisar cuidadosamente todos los requerimientos de elegibilidad, condiciones de cobertura y exclusiones de condiciones preexistentes antes de comprar la cobertura. Los folletos de mercadeo y los términos del certificado conteniendo los términos completos de cobertura están disponibles cuando usted los solicite. Por favor contacte a IMG o a su agente/corredor independiente de seguros para más detalles.

Instrucciones para completar la solicitud

[La falta de información o información incompleta puede demorar el proceso de esta solicitud.]

1. En la Sección 1, escriba en letra imprenta o a máquina su nombre y los nombres de sus familiares solicitando cobertura, tal y como usted quiera que aparezcan en la(s) tarjeta(s) de identificación. Además, por favor dé la dirección completa de su domicilio así como cualquier dirección de correo de correspondencia.
2. Para ser consideradas, todas las solicitudes deberán estar debidamente diligenciadas, firmadas y fechadas. La solicitud deberá ser firmada por el solicitante, apoderado, o representante legal. El apoderado deberá estar legalmente autorizado para firmar por parte del solicitante, especialmente un menor de edad. Un apoderado incluiría a los padres. La firma del apoderado se requiere para cualquier solicitante menor de dieciséis (16) años. Un representante legal es una persona autorizada por el solicitante para actuar de su parte.
Un apoderado o representante legal que firme la solicitud garantiza su autoridad y capacidad de firmar y representar al solicitante. Al aceptar la cobertura y/o someter una reclamación de beneficios, el solicitante rectifica la autoridad del apoderado o representante para firmar y hacer responsable al solicitante.
3. Si alguna pregunta se responde "Sí" en la Sección 2, debe identificarse el miembro al cual corresponde la respuesta "Sí" e incluya el nombre, dirección y teléfono de (los) médico(s) tratante, diagnósticos, todas las fechas de tratamiento, tipo(s) de tratamiento, pronóstico y estado actual del tratamiento. (Favor de utilizar el

espacio designado en la Sección 3 llamado "Información Médica" para proporcionar esta información. Por favor añadir páginas adicionales si es necesario).

4. **Ciudadanos Estadounidenses:** Si usted o algún familiar solicitando cobertura se encuentra en los EE.UU. en la fecha de esta solicitud, la fecha efectiva de este seguro, si emitida, será la fecha que ocurra más tarde de las siguientes: **a)** La fecha de vigencia solicitada en esta solicitud; **b)** La fecha en la que el solicitante abandone los Estados Unidos; o **c)** El día en que el solicitante sea aprobado por IMG y se emita un certificado de seguros.
Ciudadanos No-Estadounidenses: Si usted o algún familiar incluido en el plan se encuentran en los Estados Unidos en la fecha de esta solicitud y no planea salir de los Estados Unidos, una declaración de elegibilidad deberá ser completada. Su agente/corredor le podrá asistir al respecto. Una nueva declaración de elegibilidad será requerida en cada renovación.
5. Las primas anuales pueden pagarse con cheque, giro postal o transferencia bancaria o eCheck (disponible en línea); o por las tarjetas de crédito Visa, MasterCard, American Express, Discover o JCB. A excepción de Global Group, IMG no aceptará cheques, giros postales o transferencias bancarias para los modos de pagos semestrales, trimestrales o mensuales. Estos modos de pagos alternativos serán aceptados con previa autorización de cobro de su tarjeta de crédito en las fechas de vencimiento de las futuras cuotas y resultarán en pagos totales del 110%, 112% y 120% respectivamente de la prima anual. Hay un cobro opcional de \$25 para enviar su certificado de seguro vía correo expreso una vez sea aprobado.

SECCIÓN 1. Favor completar las preguntas para todos los miembros de la familia solicitando cobertura

NOMBRE Favor de escribir los nombres	ESTATURA	PESO	FECHA DE NACIMIENTO MM/DD/AÑO	PAÍS DE CIUDADANIA	Nº DE DOCUMENTO 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. 1ER HIJO (MENOR DE 19 AÑOS) (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE) <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO					
D. 2DO HIJO (MENOR DE 19 AÑOS) (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE) <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO					
E. 3ER HIJO (MENOR DE 19 AÑOS) (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE) <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO					

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	
CALLE	
CIUDAD	ESTADO, PAÍS Y CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO	FAX
CORREO ELECTRÓNICO	
¿ESPERA PASAR POR LO MENOS 6 DE LOS PRÓXIMOS 12 MESES FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
CIUDADANOS ESTADOUNIDENSES- FECHA CUANDO SALIÓ (O SALDRÁ) DE LOS ESTADOS UNIDOS (MES/DÍA/AÑO)	CIUDADANOS NO ESTADOUNIDENSES - SI SU DIRECCIÓN DE RESIDENCIA ESTÁ EN EE.UU. Y USTED CONTESTÓ "NO" A LA PREGUNTA ANTERIOR O SI LA DIRECCIÓN DE RESIDENCIA NO ESTÁ ENUNCIADA, SERÁ SUJETO A UNA DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD.
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA (SI DIFIERE DE LA ANTERIOR)	
CALLE	
CIUDAD	ESTADO, PAÍS Y CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO	FAX
CORREO ELECTRÓNICO	
SI ALGUNA DE LAS DOS DIRECCIONES ANTERIORES ESTÁ EN EL ESTADO DE FLORIDA, ¿ESTÁ EL SOLICITANTE ACTUALMENTE LOCALIZADO EN FLORIDA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO (DETERMINA IMPUESTOS APLICABLES SOBRE LÍNEAS EXCEDENTES Y NO AFECTARÁ LA COBERTURA)	

SECCIÓN 2. Por favor responda a las preguntas para el solicitante y para todos los miembros de la familia solicitando cobertura

	EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE EL FAMILIAR UTILIZANDO LAS LETRAS DE LA SECCIÓN 1	
1. ¿Se encuentra usted o algún otro solicitante actualmente incapacitado, o incapaz de realizar actividades normales?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
2. ¿Se encuentra usted o algún otro solicitante actualmente hospitalizado, o con necesidad de ser hospitalizado o de tener cirugía?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
3. ¿Ha sido usted o cualquier otro solicitante diagnosticado, tratado o dado positivo en una prueba para detectar el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), complejo relacionado con el SIDA, síndrome de linfadenopatía, virus de inmunodeficiencia humana o cualquier otro trastorno del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
4. ¿Usted o algún otro solicitante ha recibido o ha sido recomendado o está en lista de espera para un trasplante de órgano (excepto un trasplante de la córnea)?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
5. ¿Participa en deportes profesionales?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Si algún solicitante contestó "Sí" a alguna de las cinco preguntas anteriores, no es elegible para este seguro. Gracias por su interés.		
6. ¿Ha sido usted o cualquier otro de los solicitantes tratado por cualquier tipo de cáncer o condición precancerosa durante los últimos 5 años? En caso afirmativo, por favor explique en la Sección 3.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
7. Si no es ciudadano estadounidense, ¿Usted u otro solicitante tiene visa de EE.UU.? En caso afirmativo, por favor complete la siguiente información: a. tipo de visa _____ b. fecha emitida _____ c. fecha de vencimiento _____ d. fecha de llegada a EE.UU. _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
8. Si usted no es ciudadano estadounidense, ¿ha vivido usted continuamente dentro de los Estados Unidos durante los últimos cinco (5) años?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
9. ¿Está usted o alguna otra solicitante actualmente embarazada? En caso afirmativo, por favor indique la fecha del parto: _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Si algún individuo contestó "Sí" a alguna de las cuatro preguntas anteriores, puede que no sea elegible para este seguro.		
Las preguntas 10-31 a continuación deben ser contestadas por el solicitante y cada miembro de la familia incluido en la solicitud. Para cada pregunta que sea contestada con un "Sí" por favor informe a qué miembro se refiere (utilizando la letra que le corresponde en la Sección 1), informe los detalles completos sobre la condición médica incluyendo la fecha de tratamiento, nombre, dirección y teléfono del médico que le atendió, diagnóstico, pronóstico y el estado actual del tratamiento en el espacio proporcionado en la Sección 3 de esta solicitud. IMG y la Compañía se reservan el derecho de pedir información médica adicional.		
Usted o algún familiar, quien está solicitando cobertura ¿alguna vez ha sufrido de una manifestación o síntomas de, sufrido de, tratado, examinado, diagnosticado con cualquier dolencia, condición, enfermedad, problemas médicos, trastornos o problemas que surjan de, involucrado o relacionado a cualquiera de los siguientes?:		
10. ¿Corazón, cardíaco, cardiovascular o dolencia circulatoria incluyendo pero no limitado a: insuficiencia cardíaca por congestión venosa, ataque al corazón, angina, dolores en el pecho, arteriosclerosis, aterosclerosis, presión arterial alta, hipertensión, tobillos/pies hinchados, trombosis, flebitis, fiebre reumática o soplo en el corazón? En caso afirmativo, además de la Sección 3, por favor complete lo siguiente: a. La fecha de lectura de la presión arterial más reciente _____ b. Resultado de la lectura de presión más reciente <u>AS/</u> <u>DS</u> c. Las medicinas tomadas (tipos y dosis) _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
11. ¿Sangre, vasos sanguíneos, bazo, venas o trastornos de la sangre, incluyendo pero no limitado a: anemia, hemofilia, leucemia, hepatitis, glándulas linfáticas, o colesterol alto?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
12. ¿Diabetes, hiperglucemia, hipoglucemia? En caso afirmativo a diabetes, además de la sección 3, por favor complete lo siguiente: a) Tipo de diabetes I _____ ó II _____ b) Fecha del diagnóstico _____ c) ¿Es controlada con dieta solamente? Sí _____ NO _____ d) Medicamentos (Tipo y Dosis) _____ e) ¿Fecha de examen HbA1c más reciente? _____ f) ¿Resultados de examen HbA1c (1-10)? _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
13. ¿Sufre de asma o alergias? En caso afirmativo, además de la Sección 3, por favor especifique cuál de los dos y complete la siguiente información: a) Fecha de diagnóstico: _____ b) ¿Ha requerido hospitalización o tratamiento en la sala de emergencias? En caso afirmativo, describa y proporcione la(s) fecha(s): _____ c) Factores desencadenantes conocidos: _____ d) Medicamentos (tipos y dosis): _____ e) Frecuencia de los ataques: _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
14. ¿Cáncer, tumor, quiste, pólipo, melanoma, sarcoma de Kaposi, desorden de célula, herpes, bulto o desarrollo de algún tipo?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
15. ¿Hígado, páncreas, vesícula o trastorno endocrino incluyendo pero no limitado a: trastornos pituitarios, tiroideos, o metabólicos u obesidad?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
16. ¿Riñón, funciones de la vía urinaria, infecciones o cálculos renales o de la vejiga?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
17. ¿Aparato respiratorio incluyendo pero no limitado a: tuberculosis, trastorno pulmonar, enfisema, tos crónica, bronquitis, asma bronquial, neumonía pleuresia?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
18. ¿Trastorno en el sistema mental o nervioso, incluyendo pero no limitado a: psicosis, trastorno mental o de comportamiento, TDA o TDHA, abuso o dependencia química o de drogas, alcoholismo, asesoría psiquiátrica, u otro grupo de apoyo, depresión, ansiedad, fatiga crónica, trastorno alimenticio o al dormir?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

SECCIÓN 2. (continuación)

	EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE EL FAMILIAR UTILIZANDO LAS LETRAS DE LA SECCIÓN 1	
19. ¿Trastorno neurológico, incluyendo pero no limitado a: esclerosis múltiples, (EM), distrofia muscular, enfermedad de Lou Gehrig (ALS), mal de Parkinson, parálisis, epilepsia, convulsión, ataque de apoplejía/migrañas, dolores de cabeza crónicos, derrame cerebral o ataque isquémico cerebral?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
20. ¿Muscular, esquelético, espina dorsal, hueso o articulación incluyendo pero no limitado a: escoliosis, enfermedad o trastorno de los discos, vértebra, degeneración o cualquier otra afección de la espalda o de cuello, reumatismo, artritis, gota, tendinitis, osteoporosis o inflamación?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
21. Para las solicitantes femeninas, ¿aborto espontáneo, embarazo complicado o complicaciones de parto o consulta por infertilidad, consejo, diagnóstico o tratamiento y trastornos del sistema reproductivo incluyendo pero no limitado a: sangrado vaginal, fibromas, nódulos o quistes en los senos, trompas de Falopio, ovarios o útero y terapia para sustitución de hormonas?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
22. Para los solicitantes masculinos, ¿trastornos del sistema reproductivo, incluyendo pero no limitado a: la próstata o nivel de PSA elevado o disfunción eréctil?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
23. ¿Condición o defecto congénito, genético o hereditario u otro defecto o condición del nacimiento incluyendo pero no limitado a: retraso mental, Síndrome de Down, o trastorno de cromosoma, defecto, deformidad, o trastorno?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
24. ¿Sistema digestivo, estómago o intestinos, incluyendo pero no limitado a: regurgitación del esófago, gastritis, úlcera, colon o trastorno del recto?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
25. ¿Ojos, oído, nariz, boca, garganta o mandíbula, incluyendo pero no limitado a: cataratas, glaucoma, desviación nasal de septum, sinusitis crónica, o desorden temporal de la mandíbula articular?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
26. ¿Alguna otra enfermedad, dolencia, problema médico, condición o lesión de cualquier tipo?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
27. ¿Usted o algún familiar quien está requiriendo cobertura consume o alguna vez ha consumido tabaco en alguna forma en los últimos cinco años?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
28. ¿Usted o algún familiar quien está requiriendo cobertura alguna vez ha solicitado o comprado seguros a través de IMG? En caso afirmativo, proporcione el número de certificado (si aplica) y detalles:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
29. Durante los últimos 12 meses, ¿Usted o cualquier miembro de su familia requiriendo cobertura ha experimentado manifestaciones o síntomas de, ha sido diagnosticado con, o recibido cualquier consulta, examinación, o tratamiento (incluyendo medicaciones) para, cualquier condición médica, de salud, mental, física o nerviosa? En caso afirmativo, por favor explique en la Sección 3.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
30. ¿Usted o algún familiar requiriendo cobertura ha sido rechazado, cancelado, clasificado, o declinado por otro seguro de salud, vida o incapacidad? En caso afirmativo, por favor explique en la Sección 3.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
31. Durante los últimos doce (12) meses, ¿usted o algún familiar requiriendo cobertura ha sido cubierto bajo algún plan de seguro médico o de salud, incluyendo un plan de salud patrocinado por el gobierno? En caso afirmativo, por favor indique el nombre y la ubicación de la empresa de seguros, el número del póliza/plan y las fechas de cobertura aplicables.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

SECCIÓN 2a. Por favor indique los medicamentos recetados y de libre consumo y cualquier cirugía para el Solicitante y para cada Miembro de la Familia a quien corresponda (use las letras correspondientes de la Sección 1). Por favor incluya páginas adicionales donde sea necesario.

Miembro de la Familia <small>(use las letras de la Sección 1)</small>	Medicamentos y Dosis	Condiciones	Fecha de Tratamiento
Miembro de la Familia <small>(use las letras de la Sección 1)</small>	Cirugías		Fecha de Tratamiento

Datos del Médico de Cabecera - La siguiente información debe completarse

Nombre del doctor:	Teléfono:
Dirección:	
País:	Código postal:
Fecha de la última visita:	Razón:

SECCIÓN 3. Información Médica/Seguro Previo

Para cualquier pregunta con respuesta afirmativa en la Sección 2, sírvase identificar a cada miembro de la familia para quien corresponda la respuesta (utilizando la(s) letra(s) correspondiente(s) de la sección 1), y proporcione información completa detallada de la condición médica en cuestión, incluyendo el nombre, dirección y número de teléfono del (los) médico(s) tratante, hospital(es), clínica(s) y otras instituciones médicas, diagnóstico, fecha(s) de tratamiento, tipo(s) de tratamiento, pronóstico, curso del tratamiento actual. **Por favor incluya páginas adicionales donde sea necesario.** IMG y La Compañía se reservan el derecho de solicitar información médica adicional previa aprobación de la solicitud.

Miembro de la Familia <small>(use las letras de la Sección 1)</small>	Condición(es)/Diagnóstico, Pronóstico, Curso de los Tratamiento(s) Pasado(s) y Actual(es)	Nombre(s), dirección y número de teléfono del médico/hospital/clínica/proveedor de salud	Fecha de Tratamiento

Si algún familiar quien está requiriendo cobertura ha sido rechazado, cancelado, clasificado, o declinado para cobertura bajo alguna póliza de salud, de vida o incapacidad (ver la pregunta 30) sírvase explicar a continuación:

SUSCRIPCIÓN Yo (Nosotros) por medio de la presente solicito a Global Medical Insurance Trust, a cargo de MutualWealth Management Group, Carmel, IN, o su sucesor, para el plan Global Medical Insurance como es ofrecido por la Compañía en esta fecha del recibo del presente. Yo (Nosotros) entiendo y acepto que: (i) ninguna cobertura será efectiva hasta que esta Solicitud haya sido debidamente aceptada por escrito por la Compañía, (ii) ninguna modificación o exoneración en relación a esta Solicitud o la cobertura solicitada comprometerá a la Compañía o IMG a menos que sea aprobada por escrito por un oficial de la Compañía o IMG, y (iii) IMG y la Compañía contarán con la veracidad y totalidad de la información proporcionada en esta solicitud, (iv) cualquier distorsión u omisión aquí contenida invalidará el certificado de seguro, y cualquiera y cada una de las reclamaciones y beneficios contenidos serán invalidados y excluidos, (v) por la entrega de esta solicitud y/o cualquier futura reclamación para beneficios Yo (nosotros) resueltamente iniciaré y tomaré ventaja del privilegio de conducir una relación de negocio con la Compañía en Indiana, a través de IMG como su agente seleccionado y administrador, e invoco los beneficios y la protección 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 Indianápolis, IN, y la única y exclusiva jurisdicción y lugar para realizar cualquier acción legal o procedimiento administrativo relacionado a este seguro será en el Condado de Marion, Indiana, y por el presente el (los) solicitante(s) está de acuerdo. Estoy/estamos de acuerdo en usar las leyes de Indiana para todos los derechos y reclamaciones que surjan bajo este seguro.

CONOCIMIENTO Yo (nosotros) entiendo y acepto que: (i) los folletos de mercadeo y los términos del certificado están disponibles a solicitud de la parte interesada antes de aplicar para el seguro, (ii) el agente/corredor de seguros, sitio web, u otro productor, si lo hubiese, involucrado con respecto a la subordinación de esta solicitud está actuando solamente como mi agente y representante legal, y está representando mis intereses personales, y que tal persona no tiene ninguna autoridad para responsabilizar a o promulgar en nombre de, y no está actuando como el agente o representante legal de la Compañía o IMG (iii) cualquier lesión, enfermedad, dolencia, u otra condición física, médica, mental o nerviosa, trastorno o dolencia que, con certeza médica razonable existiese en el momento de o en cualquier momento antes de la fecha de vigencia de la cobertura, incluyendo cualquier complicación o consecuencia subsecuente, crónica o recurrente relacionada al mismo surgiendo del mismo, sea que anteriormente haya sido o no manifestada, sintomática, diagnosticada, o tratada antes de la fecha efectiva o presentada aquí (una condición "pre-existente"), y en ciertas opciones del plan, serán excluidas de la cobertura por dos años de la fecha efectiva, y en adelante será limitado a \$50,000 de por vida por una persona, con un máximo de \$5,000 por persona por período de cobertura anual (iv) cualquier condición/diagnóstico/

enfermedad existente que no haya sido revelada en mi solicitud jamás serán cubiertas bajo este certificado o renovación, (v) los temas del seguro al que se ha aplicado no tienen la intención o se consideran por el solicitante(s), la Compañía, o IMG el ser residente, ubicado, o para ser realizado en cualquier Estado en particular de los Estados Unidos, y (vi) la Compañía, como corredor y suscriptor del plan, sólo es responsable por las coberturas y beneficios a proporcionarse en virtud de la misma, e IMG actúa solamente como agente para la Compañía y no tiene ninguna obligación directa o independiente bajo la Póliza Maestra o cualquier certificado de seguro.

CERTIFICACIÓN Yo (Nosotros) certifico, represento y le garantizo a IMG y a la Compañía que: (i) yo (nosotros) he leído las preguntas contenidas en esta solicitud o se me ha leído a mi (nosotros) y yo (nosotros) las entiendo, (ii) mis (nuestras) respuestas a las preguntas son verdaderas, precisas y completas en toda su entereza a partir de la fecha aquí enunciada, y que yo (nosotros) proporcionaré tales respuestas antes de la fecha efectiva solicitada en el evento de que haya algún cambio o adición al presente (iii) yo (nosotros) actualmente gozo de buena salud y, salvo las condiciones y otra información revelada en la presente, yo (nosotros) no he sido diagnosticado con, requerido consulta o recibido tratamiento por y no he tenido una manifestación o síntomas de y no sufro de ninguna condición preexistente que yo (nosotros) prevea poder requerir tratamiento en el futuro o en relación con la cual tengo la intención de presentar una reclamación bajo este seguro, y (iv) si se firma esta Solicitud como apoderado o representante legal del solicitante, el firmante garantiza su autoridad y calidad para actuar y responsabilizar al solicitante.

AUTORIZACIÓN MÉDICA Yo (nosotros) autorizo a cualquier médico, practicante de las artes curativas, hospital, clínica, centro relacionado con el cuidado de la salud, farmacia, agencia gubernamental, agencia de seguros, compañía de seguros, titular de póliza colectiva, empleado o administrador de un plan de beneficios quien tenga información acerca de mi (nuestro) cuidado, consejo, tratamiento, diagnóstico o pronóstico de cualquier condición física o mental y/o estado de empleo a proporcionar tal información a IMG y/o la Compañía a mi productor/corredor involucrado en la obtención de esta solicitud y/o cobertura de seguro.

PERÍODO DE GARANTÍA DE SATISFACCIÓN/ REVISIÓN Yo (nosotros) entiendo que tengo 15 días a partir de la fecha de vigencia del plan para revisar el Certificado de seguro, todos los beneficios, términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la cobertura. Si no estoy completamente satisfecho yo (nosotros) puedo cancelar por escrito este seguro para recibir un reembolso total de la prima pagada desde la fecha en la cual el plan entró en vigencia.

Firma del Solicitante, Apoderado o Representante Legal* (Relación con el Solicitante si firma por parte del Apoderado o Representante Legal) **Fecha (MM/DD/AÑO)**

Firma del Cónyuge **Fecha (MM/DD/AÑO)**

*La firma de un apoderado es requerida para cualquier solicitante menor de dieciséis (16) años. Vea las Instrucciones para Completar la Solicitud, Página 1, número 2, referente a las firmas de un Apoderado o Representante Legal.

SEGURO GLOBAL DE VIDA A TÉRMINO

(GLOBAL TERM LIFE INSURANCESM)

INDEMNIZACION GLOBAL DIARIA

(GLOBAL DAILY INDEMNITYSM)

Suscrito por International Medical Insurance CompanySM, Inc. (IMICSM).
Es distribuido, manejado y administrado, como agente para IMIC,
por International Medical Group®, Inc. ("IMG®") Global Term Life
Insurance (Seguro Global de Vida a Término) y Global Daily Indemnity
(Indemnización Global Diaria) están disponibles sólo al momento de
aplicar por y con la compra de, Global Medical Insurance®.

SECCIÓN 4

Por favor, indique el nombre de cada Miembro de la Familia quien esté solicitando estos planes opcionales

NOMBRE	SEGURO DE VIDA UNIDAD UNO	SEGURO DE VIDA UNIDAD DOS	IDEMNIZACIÓN UNIDAD UNO	IDEMNIZACIÓN UNIDAD DOS
A. SOLICITANTE	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<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	<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 ESTÁ DISPONIBLE	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
D. SEGUNDO HIJO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
E. TERCER HIJO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

PARA CADA INDIVIDUO QUE ESTÉ SOLICITANDO SEGURO DE VIDA, POR FAVOR INDIQUE:		% DE BENEFICIO POR MUERTE
SOLICITANTE A		
NOMBRE DEL BENEFICIARIO PRIMARIO	RELACIÓN	%
NOMBRE DEL BENEFICIARIO SECUNDARIO	RELACIÓN	
SOLICITANTE B		
NOMBRE DEL BENEFICIARIO PRIMARIO	RELACIÓN	%
NOMBRE DEL BENEFICIARIO SECUNDARIO	RELACIÓN	
SOLICITANTE C		
NOMBRE DEL BENEFICIARIO PRIMARIO	RELACIÓN	%
NOMBRE DEL BENEFICIARIO SECUNDARIO	RELACIÓN	
SOLICITANTE D		
NOMBRE DEL BENEFICIARIO PRIMARIO	RELACIÓN	%
NOMBRE DEL BENEFICIARIO SECUNDARIO	RELACIÓN	
SOLICITANTE E		
NOMBRE DEL BENEFICIARIO PRIMARIO	RELACIÓN	%
NOMBRE DEL BENEFICIARIO SECUNDARIO	RELACIÓN	

En caso de ser ciudadano estadounidense, yo (nosotros) entiendo que la cobertura del Global Term Life Insurance (Seguro Global de Vida a Término) no entrará en vigencia antes del día de mi (nuestra) salida de los Estados Unidos.

x _____ (iniciales) x _____ (iniciales) x _____ (iniciales)
Solicitante Cónyuge Para los dependientes cubiertos

Si soy (somos) aceptado para el Global Medical Insurance Yo (nosotros) entiendo que puedo calificar para el seguro Global Term Life (Seguro Global de Vida a Término) y/o Global Daily Indemnity (Indemnización Global Diaria) suscrita por International Medical Insurance Company. Yo (nosotros) por medio de la presente solicito a Global Life Insurance Services Group Insurance Trust a través de: Bank of Bermuda, Hamilton, Bermuda, para Global Term Life Insurance (Seguro Global de Vida a Término) y/o Global Daily Indemnity (Indemnización Global Diaria) como se indica arriba. Yo (nosotros) por la presente incorporo las certificaciones, representaciones, entendimientos, acuerdos, reconocimientos, autorizaciones y garantías de la previa solicitud para el Global Medical Insurance, y entiendo que los términos, condiciones, restricciones y penalidades de los mismos

también serán aplicadas al presente. Si Yo (nosotros) también he solicitado el plan opcional Global Daily Indemnity (Indemnización Global Diaria), entiendo que sólo admisiones al hospital que requieren estadia durante la noche elegibles bajo el plan Global Medical Insurance, excluyendo embarazos, serán cubiertas. Yo (nosotros) además entiendo: (i) que hay una prima adicional por la Indemnización Diaria Global, (ii) en caso de que IMG no aceptara esta solicitud su única obligación es regresar la prima pagada (iii) que el beneficio de muerte será determinado por mi edad en el momento de mi (nuestra) muerte, (iv) que la póliza Maestra de Global Term Life (Seguro Global de Vida a Término) y Global Daily Indemnity (Indemnización Global Diaria) es emitida en Bermuda y gobernada por sus leyes.

Firma del Solicitante, Apoderado, o Representante Legal	Fecha de la Firma (MM/DD/AA)	Firma del Cónyuge	Fecha de la Firma (MM/DD/AA)
--	-------------------------------------	--------------------------	-------------------------------------

SECCIÓN 5.

Elección de deducible y cálculo de prima. Nota: Opción del Plan, la Selección del Deducible, la Forma de Pago, y Área de Cobertura deben ser iguales para todos los miembros de la familia.



Elija una opción del plan: Silver Gold Gold Plus Platinum

Elija un deducible: \$100 (Sólo Platinum) \$250 \$500 \$1,000 \$2,500 \$5,000 \$10,000

Elija una forma de Pago: Anual = 1.00 Semestral = 0.55 Trimestral = 0.28 Mensual = 0.10

Elija Área de Cobertura: Mundial Mundial excluyendo los EE.UU., Canadá, China, Hong Kong, Japón, Macao, Singapur y Taiwán

CÁLCULO DE LA PRIMA (Las solicitudes recibidas sin pago no serán aprobadas) Las primas anuales se podrán pagar con cheque, giro postal o transferencia bancaria o eCheck (disponible en línea); o con tarjetas de crédito Visa, MasterCard, American Express, Discover y JCB. A excepción de Global Group, IMG no aceptará cheques, giros postales o transferencias bancarias para pagos semestrales, trimestrales, o mensuales. **Estas alternativas de forma de pagos sólo son aceptadas con una pre-autorización para debitar su tarjeta de crédito en la(s) fecha(s) de expiración de los pagos a plazos futuros antes de la fecha de expiración.** Hay un cobro opcional de \$25 para enviar su certificado de seguro vía correo expreso tras la aprobación.

Ponga la prima **anual** de Global Medical Insurance para cada uno de los miembros de su familia, de acuerdo a su edad, sexo y deducible.

La solicitud no podrá ser procesada a menos que complete esta sección.

Solicitante Principal \$ _____
 Cónyuge \$ _____
 1er Hijo \$ _____
 2do Hijo \$ _____
 3er Hijo \$ _____
GMI Subtotal \$ _____

Beneficios opcionales

Anexo Adicional De Terrorismo -
(Exclusivamente para la opción Platinum. Marque el recuadro y agregue .25 a la derecha de 1, si aplica) X **1.**

GMI Subtotal A = \$ _____

Seguro De Vida Unidad Uno \$240 X _____ = **B** \$ _____
de adultos solicitando

Seguro De Vida Unidad Dos \$180 X _____ = **C** \$ _____
de adultos solicitando

Seguro De Vida Unidad Uno- Niño \$100 X _____ = **D** \$ _____
de niños solicitando

Indemnización diaria Unidad Uno \$100 X _____ = **E** \$ _____
de miembros de la familia solicitando

Indemnización diaria Unidad Dos \$100 X _____ = **F** \$ _____
de miembros de la familia solicitando

Anexo Opcional de Maternidad Introducir \$4,000 aquí = **G** \$ _____
(Aplica sólo a las opciones del plan Silver, Gold y Gold Plus)

Anexo Opcional De Deportes \$250 X _____ = **H** \$ _____
(Aplica sólo a las opciones de los planes Gold Plus y Platinum) # de miembros de la familia solicitando

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

Prima Total a Pagar

\$ _____ X _____ + \$ _____ = **J \$ _____**
Subtotal I Forma de Pago Courier Opcional*

Formas de pago: Anual = 1.00 Semestral = .55 Trimestral = .28 Mensual = .10

Nota: La elección de la opción de pago semestral (factor de cálculo de pago 0.55), generará un pago total de 110% de la prima anual; la elección de la opción de pago trimestral (factor de cálculo de pago 0.28), generará un pago total de 112% de la prima anual, y la elección de la opción de pago mensual (factor de cálculo de pago 0.10), generará un pago total de 120% de la prima anual. *Cobro opcional de \$25 por correo expreso – los certificados serán enviados por correo expreso después de su aprobación.

Si elige Correo Expreso – Por favor indique la dirección donde quiere recibir sus documentos (como lo indica la Sección 1)

Dirección de residencia Dirección alterna
 Otra (no apartados postales) _____

PREFIERO RECIBIR EL CERTIFICADO POR CORREO ELECTRÓNICO
 Correo Electrónico _____

MÉTODO DE PAGO

Cheque (sólo anualmente) Transferencia bancaria (sólo anualmente) Giro postal Money Order (sólo anualmente)
 MasterCard Visa American Express Discover
 JCB Global Group (Complete el Formulario Administrativo Global Group)
 Nombre del Grupo _____
 eCheck (ACH) disponible en línea

(Se requiere una firma autorizada en caso de elegir pago con tarjeta.)

El cheque o giro postal deberá ser pagado a nombre de International Medical Group Inc. (IMG). Para una transferencia bancaria, por favor contacte a IMG. Todos los pagos deberán ser realizados en dólares de los EE.UU., emitidos en un banco de los EE.UU. al momento de procesar la solicitud. En caso de pagar con tarjeta de crédito, autorizo a IMG para debitar mi cuenta de tarjeta de crédito Visa/MasterCard/American Express/ Discover/JCB el monto total adeudado. En el caso de que yo haya escogido un factor de modo semestral, trimestral, o mensual, **por medio del presente escojo pre-autorizar las cuotas de los pagos futuros a mi tarjeta de crédito por el saldo del período anual de la cobertura (12 meses a partir de la fecha de vigencia), y por ende solicito y autorizo a IMG para que cargue mi tarjeta de crédito de manera periódica el pago de las cuotas de mi prima. Esta autorización permanecerá en vigencia por 12 meses, a menos que la misma sea revocada por escrito por mí y que IMG verdaderamente reciba la notificación de mi revocatoria, con lo cual la continuidad de la cobertura se verá afectada.** La cobertura pagada con tarjeta de crédito estará sujeta a validación y aceptación por parte de la Compañía emisora de la tarjeta de crédito.

El Número de la Tarjeta de Crédito: _____

Fecha de Expiración: _____ (La fecha de expiración no puede ser antes de la última cuota de la póliza)

Firma Autorizada X _____

Nombre como aparece en la tarjeta: _____

de Teléfono Diurno (_____) _____

Dirección de Facturación: _____

FECHA DE VIGENCIA SOLICITADA: _____
 (Deberá ser dentro de los 30 días siguientes a la firma de esta solicitud. La cobertura no entrará en vigencia en ningún caso antes de ser aprobada).

SECCIÓN 6. Información de Contacto para las Renovaciones

Por favor especifique la mejor forma de contactarle para efectos de renovación:

Correo (Por favor proporcionar dirección) _____

Fax (Por favor proporcionar número) _____

Correo electrónico (Por favor proporcionar dirección de correo electrónico) _____

SECCIÓN 7. Para Uso Exclusivo del Agente/Corredor de Seguros

Número de agente/corredor de IMG	Nombre del agente/corredor
Nombre de la Compañía	
Dirección	
Ciudad, Estado, Código Postal	Teléfono
Fax	Correo electrónico
Sitio Web	
Firma del Agente/Corredor X	Número de agente general

**Favor enviar esta solicitud vía correo o fax a:
International Medical Group, Inc.
P.O. Box 88509
Indianapolis, IN 46208-0509 USA**

**Llame directo 1-317-655-4500 o
gratis (en EE.UU.) 1-800-628-4664
Fax (EE.UU.) 1-317-655-4505
www.imglobal.com**

Cambio de dirección o información de contacto adicional también debe ser enviado a IMG.

This Spanish translation of the Global Medical Insurance application is provided as an accommodation and convenience only, and is subject in its entirety to the English version. The English version will take precedence in all matters.

La traducción al español de esta aplicación de Global Medical Insurance se provee solamente para comodidad y conveniencia y está sujeta en su totalidad a la versión en inglés. La versión en inglés tendrá prioridad en todos los temas ante la versión en español.