

Global Medical Insurance é subscrito por Sirius International Insurance Corporation (publ) (“Companhia”). O plano é distribuído, gerenciado e administrado por International Medical Group®, Inc. (“IMG®”), como agente, e em nome da Companhia.

### Informações Importantes

Global Medical Insurance oferece duas opções: cobertura mundial, e cobertura mundial excluindo os EUA, Canadá, China, Hong Kong, Japão, Macau, Singapura e Taiwan. Ambas as opções oferecem cobertura 24 horas ao dia, e você tem a liberdade de escolher qualquer médico ou hospital para tratamento. Por favor, note que os riscos e os assuntos de seguros no âmbito deste plano não se destinam nem são considerados pela Companhia ou IMG ser residentes, estar localizado ou realizados em qualquer Estado em particular dos Estados Unidos, e requisitos especiais de elegibilidade

são aplicados. Além disso, este seguro não está sujeito ao “U.S. Patient Protection and Affordable Care Act” e certas portabilidades, acesso, renovação, ou outros requisitos do “Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996.” Por favor, leia e analise com atenção todos os requisitos de elegibilidade, as condições de cobertura e condições de pré-existência e exclusões, antes de comprar a cobertura. Folhetos de marketing e certificado de seguro contendo termos completos da cobertura estão disponíveis mediante solicitação. Entre em contato com IMG ou com o corretor independente de seguros/agente para maiores detalhes.

### Instruções para Preenchimento da Aplicação

#### [Deixar de fornecer informações legíveis e completas poderá atrasar o processamento da sua Aplicação.]

1. Na seção 1, imprima ou escreva seu nome e os nomes de todos os outros membros de sua família que estão aplicando com você, os quais deseja que apareçam no seu cartão de identificação. A seguir, por favor, forneça o endereço completo de sua residência; e outro endereço para encaminhamento de correspondências.
2. Todas as aplicações devem estar completamente preenchidas, assinadas e datadas para serem consideradas. A aplicação deve ser assinada pelo proponente, tutor ou pelo representante. Um tutor ou representante deve ser legalmente autorizado a assinar em nome de um proponente, em especial um menor. Um tutor incluiria pai/mãe. A assinatura do tutor é exigida para todo o proponente com idade inferior a 16 (dezesseis) anos. Um representante é uma pessoa autorizada pelo proponente para atuar em seu nome.  
O tutor ou representante que assina garante sua autoridade e capacidade para assinar e inscrever o proponente. Aceitando a cobertura e/ou submetendo uma solicitação de reembolso por benefícios, o proponente ratifica a autoridade do tutor ou representante para assinar pelo mesmo e inscrevê-lo.
3. Se alguma pergunta for respondida “SIM” na Seção 2, você deve identificar os membros da família a quem a resposta “Sim” se aplica, e incluir o nome, endereço e número de telefone do(s) médico(s) atendente(s), diagnóstico, de todas as datas de tratamento, tipos de tratamento, prognósticos, e curso atual do tratamento. (Use, por

favor, os espaços fornecidos na Seção 3, intitulado “*Informação Médica*,” para prestar esta informação. (Se necessário, por favor, anexe páginas adicionais).

4. **Cidadãos dos EUA:** Se você ou algum membro da família aplicando para cobertura encontra-se nos EUA na data desta aplicação, a data de vigência deste seguro, se emitido, será a mais tarde que ocorrer entre as seguintes: **a)** Data de vigência solicitada na aplicação; **b)** Data em que o segurado parte dos EUA; ou **c)** Data em que a aplicação for aceita pela IMG e o certificado de seguro for emitido.  
**Cidadãos Não dos EUA:** Se você ou algum membro da família aplicando para a cobertura está localizado nos EUA na data desta aplicação e não planeja se afastar dos EUA, uma Declaração de Elegibilidade (Affidavit of Eligibility) deve também ser completada. Seu agente de seguros/corretor pode ajudá-lo a esse respeito. Uma nova declaração de elegibilidade será exigida a cada renovação.
5. Prêmios anuais podem ser pagos através de cheque, ordem de pagamento (Money Order), transferência eletrônica bancária ou eCheck (disponível online), ou Cartão de Crédito Visa, MasterCard, American Express, Discover ou JCB. Com exceção de Global Group, IMG não aceitará cheques, ordens de pagamento ou transferências bancárias para os modos de pagamento semestral, trimestral ou mensal. Estes modos alternativos de pagamento só são aceitos com pré-autorização de débito no seu cartão de crédito na data do vencimento de sua parcela do prêmio futuro, e resulta em pagamentos totais de 110%, 112% e 120%, respectivamente, do prêmio anual. Uma taxa opcional de \$25 poderá ser adicionada ao prêmio para ter o seu certificado de seguro enviado por correio expresso, após aprovação.

## SEÇÃO 1. Por favor, preencha com todos os membros da família que estão aplicando para cobertura

<b>NOME</b> Favor escrever seu nome abaixo	<b>ALTURA</b>	<b>PESO</b>	<b>DATA NASC.</b> MÊS/DIA/ ANO	<b>PAÍS DE CIDADANIA</b>	<b># DE DOCUMENTO OFICIAL</b>
<b>A. PROPONENTE (SOBRENOME COMPLETO, NOME)</b>  <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO					
<b>B. CÔNJUGE (SOBRENOME COMPLETO, NOME)</b>  <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO					
<b>C. PRIMEIRO FILHO (MENOR DE 19 ANOS -SOBRENOME COMPLETO, NOME)</b>  <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO					
<b>D. SEGUNDO FILHO (MENOR DE 19 ANOS - SOBRENOME COMPLETO, NOME)</b>  <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO					
<b>E. TERCEIRO FILHO (MENOR DE 19 ANOS -SOBRENOME COMPLETO, NOME)</b>  <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO					

### ENDEREÇO RESIDENCIAL

RUA	
CIDADE	ESTADO, PAIS, CEP
TELEFONE	FAX
EMAIL	

**DENTRO DOS PRÓXIMOS 12 MESES VOCÊ ESPERA PASSAR PELO MENOS 6 MESES FORA DOS ESTADOS UNIDOS?**  SIM  NÃO

**CIDADÃOS DOS EUA. - DATA EM QUE VOCÊ PARTIU OU PARTIRÁ DOS ESTADOS UNIDOS (MÊS/DIA/ANO)**

**CIDADÃOS NÃO AMERICANOS - SE O SEU ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA É NOS EUA E VOCÊ RESPONDEU "NÃO" A PERGUNTA ACIMA, OU O SEU ENDEREÇO RESIDENCIAL NÃO ESTIVER COMPLETO, UMA DECLARAÇÃO DE ELIGIBILIDADE DEVE TAMBÉM SER PREENCHIDA.**

### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA (SE DIFERENTE DO ACIMA)

RUA	
CIDADE	ESTADO, PAIS, CEP
TELEFONE	FAX
EMAIL	

SE QUALQUER ENDEREÇO ACIMA INFORMADO É NA FLORIDA, ESTÁ O PROPONENTE ACIMA LOCALIZADO NA FLORIDA NESTE MOMENTO?  SIM  NÃO  
(DETERMINA IMPOSTOS APLICÁVEIS SOBRE LINHAS EXCEDENTES E NÃO AFETARÁ A COBERTURA)

## SEÇÃO 2. Por favor, responda a todas as perguntas para o proponente e para cada Membro da Família aplicando para a cobertura

	SE SIM, INDIQUE A LETRA QUE CORRESPONDE AO MEMBRO DA FAMÍLIA DA SEÇÃO 1	
1. Você ou qualquer outro membro da família encontra-se incapacitado, ou incapaz de realizar atividades normais?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
2. Você ou qualquer outro membro da família atualmente está hospitalizado, previsto para, ou precisa hospitalização para cirurgia?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
3. Você ou qualquer outro membro da família foi diagnosticado, tratado ou testado "positivo" para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), Complexo relacionado a AIDS (ARC), Síndrome de Linfadenopatia, Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ou qualquer outro distúrbio do sistema imunológico?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
4. Você ou qualquer outro membro da família já teve, foi recomendado a ter, ou está atualmente na lista de espera para receber qualquer transplante de órgãos (exceto córnea)?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
5. Você participa de esportes profissionais?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

**Se qualquer indivíduo respondeu SIM a qualquer uma das cinco perguntas acima, essa pessoa não se qualifica para este seguro. Obrigado pelo seu interesse.**

6. Você ou qualquer outro membro da família foi diagnosticado ou tratado por qualquer tipo de câncer ou condição pré-cancerosa durante os últimos 5 (cinco) anos? Se sim, explique na Seção 3.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
7. Se não é um Cidadão Americano, você ou qualquer outro membro da família tem um visto dos EUA, ou Green Card? Se sim, por favor, preencha o seguinte: <b>a.</b> Tipo de visto _____ <b>b.</b> Data de emissão _____ <b>c.</b> Data de Expiração _____ <b>d.</b> Data de chegada aos EUA _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
8. Se não é um cidadão dos EUA, você ou qualquer outro membro da família residiu nos EUA nos últimos 5 (cinco) anos contínuos?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
9. Alguma pessoa da família, aqui aplicando, encontra-se atualmente grávida? Se "sim" qual a data do parto? _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

**Se qualquer indivíduo respondeu "SIM" para qualquer uma das quatro questões acima, é possível que essa pessoa não seja qualificada para este seguro.**

**Perguntas 10-31, abaixo devem ser respondidas para o proponente e para cada membro da família incluídos nesta aplicação. Para qualquer questão respondida "SIM", por favor, identifique o membro da família a quem a resposta se aplica (use a letra que corresponde ao membro da família da Seção 1) e forneça detalhes completos da condição médica em questão no espaço previsto na Seção 3 desta aplicação, incluindo o nome, endereço e telefone de todos os médicos assistentes, diagnósticos, todas as datas do tratamento, tipos de tratamento, prognósticos e curso atual do tratamento. A IMG e a Companhia se reservam ao direito de solicitar informações médicas adicionais.**

**Você ou algum membro da família aplicando para cobertura JÁ experimentou manifestação ou sintomas de, sofreu, procurou consulta, exame, teste ou foi tratado por, ou foi diagnosticado com qualquer doença, condição, enfermidade, problema de saúde, distúrbio, doença ou outros problemas decorrentes de, ou envolvendo, ou relativas a qualquer um dos seguintes:**

10. Coração, cardíaco, doenças cardiovasculares e / ou circulatórias, incluindo, mas não limitados a: insuficiência cardíaca congestiva, infarto, angina, dor no peito, arteriosclerose, aterosclerose, hipertensão arterial, hipertensão, inchaço dos pés / tornozelos, trombose, flebite, febre reumática, ou sopro cardíaco? Se "sim" e em adição a Seção 3, complete os seguintes: <b>a)</b> Qual a data da mais recente leitura da pressão arterial? _____; <b>b)</b> Mais recente leitura de pressão do sangue: _____ AS / _____ DS <b>c)</b> Medicamentos tomados (Tipos e Dosagem): _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
11. Sangue, os vasos sanguíneos, o baço, artérias, veias ou distúrbios do sangue, incluindo, mas não limitados a: anemia, hemofilia, leucemia, hepatite, gânglios linfáticos, ou colesterol alto?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
12. Diabetes, hiperglicemia ou hipoglicemia? Se "sim" para a diabetes, por favor preencha os seguintes, em adição a Seção 3: <b>a)</b> Tipo da Diabete: I _____ ou II _____; <b>b)</b> Data do diagnóstico: _____ <b>c)</b> Controlada somente pela dieta? Sim _____ Não _____ <b>d)</b> Medicamentos (Tipos e Dosagem) _____ <b>e)</b> Data do Teste de HbA1c mais recente? _____ <b>f)</b> Resultados do Teste de HbA1c (1-10) _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
13. Asma ou alergias? Se sim, em adição a Seção 3, por favor especificar preenchendo os seguintes abaixo: <b>a)</b> Data do diagnóstico: _____ <b>b)</b> Foi necessário hospitalização ou tratamento em sala de emergência? Se sim, descreva e mencione as datas: _____ <b>c)</b> Por favor, mencionar todos os agentes alérgicos conhecidos: _____ <b>d)</b> Medicamentos (Tipos e Dosagem): _____ <b>e)</b> Frequência dos ataques: _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
14. Câncer, tumor, cisto, pólipos, melanoma, do sarcoma de Kaposi, desordens associadas as células, herpes, massa, calcificação, ou desenvolvimento de qualquer tipo?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
15. Fígado, pâncreas vesícula biliar, ou desordens endócrinas, incluindo mas não limitados a: tireoide, hipófise ou distúrbios metabólicos, ou a obesidade?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
16. Rim, funções do trato urinário, pedras nos rins ou na bexiga ou infecções?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
17. Sistema respiratório, incluindo mas não limitados a: tuberculose, doenças de pulmão, enfisema, tosse crônica, bronquite, asma brônquica, pneumonia pleurisia?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
18. Doenças do sistema mental e nervoso, incluindo mas não limitados a: psicose, mentais ou distúrbios comportamentais, ADD ou ADHD, abusos ou dependência a químicos ou drogas alcoolismo, aconselhamento psiquiátrico e / ou grupos de apoio, depressão, ansiedade, fadiga crônica, ou distúrbios da alimentação ou do sono?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

## SEÇÃO 2. (continuação)

	SE SIM INDIQUE A LETRA QUE CORRESPONDE AO MEMBRO DA FAMÍLIA (SEÇÃO 1)	
19. Doenças neurológicas, incluindo mas não limitadas a: esclerose múltipla (MS), distrofia muscular, doença de Lou Gehrig (ALS), doença de Parkinson, paralisia, epilepsia, convulsões, crises convulsivas, enxaqueca, dores de cabeça crônicas, derrame cerebral, ou ataque cerebral isquêmico transitório?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
20. Muscular, coluna, esqueleto, ossos ou articulações, incluindo mas não limitados a: escoliose, desordem ou doença do disco, vértebras, degeneração, ou qualquer outra condição nas costas ou pescoço, reumatismo, artrite, gota, tendinites, osteoporose ou inflamação?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
21. Para proponentes do sexo feminino, Perda, gravidez ou parto complicado, ou consulta por infertilidade, aconselhamento, diagnóstico ou tratamento, e desordens dos sistemas reprodutivos, incluindo mas não limitados a: sangramento vaginal, fibroides, nódulos ou quistos do seio, tubos de Falópio, ovário ou útero, e terapia de reposições hormonais?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
22. Para proponentes do sexo masculino, desordens dos sistemas reprodutivos, incluindo mas não limitado a: próstata ou nível elevado da PSA, ou deficiência orgânica erétil?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
23. Congênito, genético, hereditário, ou outra condição de nascimento ou defeito, incluindo mas não limitados a: retardo mental, Síndrome de Down, ou outra desordem do cromossoma, desordem física, deformidade ou defeito?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
24. Sistema digestivo, estômago, ou intestinos, incluindo mas não limitado a: Regurgitação esofágica, gastrite, úlceras, cólon, ou desordens do reto?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
25. Olhos, ouvidos, nariz, boca, garganta ou maxilar, incluindo, mas não limitados a: catarata, glaucoma, desvio de septo nasal, sinusite crônica, ou TMJ?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
26. Qualquer outra doença, problema médico, lesão, doença ou condição de qualquer tipo não listado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
27. Você ou algum membro da família aplicando para cobertura atualmente usa ou durante os últimos cinco anos usou tabaco ou qualquer tipo?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
28. Você ou algum membro da família aplicando para cobertura alguma vez já pediu ou adquiriu seguro através da IMG? Se sim, favor fornecer o número do certificado, se houver, e detalhes.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
29. Durante os últimos doze (12) meses, você ou qualquer membro da família aplicando para cobertura experimentou manifestação ou sintomas de, foi diagnosticado com, ou recebeu qualquer consulta, exame, teste ou tratamento (inclusive medicamentos) por quaisquer condições médicas de saúde mental, física ou nervosa? Se sim, por favor explique na Seção 3.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
30. Você ou algum membro da família aplicando para cobertura já foi rejeitado, cancelado, desclassificado ou declinado para cobertura sob qualquer apólice de seguro de vida, saúde ou deficiência física? Se sim, por favor explique na Seção 3.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
31. Durante os últimos doze (12) meses, você ou qualquer membro da sua família, aplicando para cobertura, esteve coberto por algum plano de saúde ou seguro de saúde, incluindo um plano de saúde do Governo? Se sim, por favor indique o nome e a localização da companhia de seguros, o número da apólice/plano, e as datas de cobertura aplicáveis.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

**SEÇÃO 2a.** Por favor, liste todos os medicamentos prescritos e de livre consumo, e qualquer cirurgia relativa ao proponente e a cada membro da família a quem se aplica (use a letra(s) correspondente a cada membro - ver Seção 1). Por favor, anexe páginas adicionais se necessário.

Membros da Família (use letra correspondente Seção 1)	Medicamentos e Dosagens	Condições	Data(s) do Tratamento
Membros da Família (use letra correspondente Seção 1)	Cirurgias		Data(s) do Tratamento

### Detalhes do Médico de Família - Complete com as seguintes informações

Nome do Médico:	Telefone:
Endereço:	
País:	CEP:
Data da última visita:	Motivo:

### SEÇÃO 3. Informação Médica / Seguro Prévio

Para qualquer questão respondida "SIM" na Seção 2, por favor, identifique cada membro da família para quem a resposta se aplica (com a letra correspondente da Seção 1), e forneça detalhes completos da condição médica em questão, incluindo o nome, endereço e número de telefone do médico assistente, hospital, clínica e todos os outros profissionais de saúde envolvidos, diagnóstico, datas de todos os tratamentos, tipo de tratamento, prognóstico e curso atual do tratamento. **Por favor, anexe páginas adicionais se necessário.** IMG e a Companhia se reservam ao direito de solicitar informação médica adicional antes da aceitação da Aplicação.

Membros da Família (use letra correspondente Seção 1)	Condição, Diagnóstico, Prognóstico, Curso passado e presente do(s) Tratamento(s)	Médico/Hospital/Provedor de Cuidados de Saúde Nome, Endereço e Telefone	Data(s) do(s) Tratamento(s)

**Se algum membro da família aplicando para cobertura já foi rejeitado, cancelado, desclassificado ou declinado para cobertura sob qualquer apólice de seguro de vida, saúde ou deficiência física, (veja Questão 30), por favor explique abaixo:**

**SUBSCRIÇÃO** Eu (nós), por este solicito (solicitamos) aplicação para Global Medical Services Group Insurance Trust, a/c MutualWealth Management Group, Carmel, IN, ou seu sucessor, para Global Medical Insurance®, como oferecido pela Companhia na data da recepção do mesmo. Eu (nós) entendo (entendemos) e concordo (concordamos) que: (i) nenhuma cobertura estará vigente até que esta aplicação tenha sido devidamente aceita por escrito pela Companhia, (ii) nenhuma modificação ou renúncia relativa a esta aplicação ou cobertura solicitada comprometerá a Companhia ou IMG, a menos que aprovado por escrito por um oficial da Companhia ou IMG, (iii) IMG e a Companhia irão contar com a precisão e integridade das informações contidas neste documento, (iv) qualquer engano ou omissão aqui contidos anulará o certificado de seguro e toda e qualquer solicitação de reembolso e respectivos benefícios serão anulados, confiscados, (v) pela submissão desta Aplicação e/ou qualquer alegação futura de benefícios I (nós) propositadamente iniciarei (iniciaremos) e aproveitarei (aproveitaremos) o privilégio de conduzir negócios com a Companhia em Indiana, através da IMG como seu agente selecionado e administrador, e invocar os benefícios e proteções de suas leis, e (vi) O contrato de seguro representado pela Apólice Mestra e evidenciada pelo Certificado de Seguro será considerado emitido e feito em Indianapolis, IN competente para decidir, como único e exclusivo foro para qualquer ação judicial ou processo administrativo relativo a este seguro que continuará em Marion County, Indiana, para os quais o(s) requerente(s) aqui consente(m). Eu (nós) concordo (concordamos) em usar a lei de Indiana para todos os direitos e reivindicações decorrentes do presente seguro.

**RECONHECIMENTO** Eu (nós) entendo (entendemos) e concordo (concordamos) que: (i) folhetos de marketing e Certificado de Seguro (Wording Certificate) estão disponíveis antes da aplicação, a pedido, (ii) o agente de seguros, corretores, website ou outro produtor, se houver, envolvidos no que diz respeito à solicitação desta aplicação atua exclusivamente como meu agente e representante legal e representa os meus interesses pessoais, e que essa pessoa não tem autoridade para ligar ou falar em nome de, e não age como agente ou representante legal da Companhia ou IMG, (iii) qualquer lesão, doença, enfermidades, ou outra condição física, médica, mental ou nervosa, distúrbio ou doença que, com certeza médica razoável, existia em ou a qualquer momento antes da data de vigência da cobertura, incluindo quaisquer complicações crônicas posteriores ou recorrentes ou consequências conexas ou decorrentes, ou não previamente manifestadas ou sintomáticas, diagnosticadas ou tratadas antes da data de vigência ou aqui divulgadas (a "condição pré-existente"), e em certas opções do plano, serão excluídos da cobertura por dois anos a partir da data de vigência, e, posteriormente, serão limitadas a 50.000 dólares de cobertura vitalícia, por pessoa, com um máximo de 5.000 dólares por pessoa, por período de cobertura anual, (iv) qualquer condição/diagnóstico/doença existente que não tenha sido mencionada na minha aplicação nunca deveria ser coberta

sob este certificado ou renovação, (v) os termos de seguro aplicados não são entendidos ou considerados pelo proponente (s), Companhia ou IMG para ser residente, localizado, ou para ser realizada em qualquer estado particular dos Estados Unidos, e (vi) a Companhia, como portador e subscritor do plano, é o único responsável pelas coberturas e benefícios concedidos neste título, e IMG atua apenas como agente para a Companhia e não tem responsabilidade direta ou independente no âmbito da Apólice Mestra ou qualquer Certificado de Seguro.

**CERTIFICAÇÃO** Eu (nós) por este certifico (certificamos), represento (representamos) e garanto (garantimos) a IMG e a Companhia que: (i) Eu (nós) li (lemos) as perguntas contidas neste documento ou elas foram lidas para mim (nós), e eu (nós) as entendi (entendemos), (ii) Minhas (nossas) respostas às perguntas são verdadeiras, exatas e completas em todos os aspectos a partir da presente data, e que eu (nós) irei (iremos) completar essas respostas antes da data vigente solicitada em caso de qualquer alteração ou adição decorrente, (iii) Eu estou (nós estamos) atualmente em boa saúde e, exceto para as condições e outras informações aqui divulgadas, eu (nós) não tenho (temos) sido diagnosticado (s) com, procurado consulta ou tratado(s) por, e não tenho (temos) tido manifestação ou sintomas e não sofro (sofremos) de alguma condição pré-existente que podem necessitar de tratamento no futuro ou para a qual eu (nós) tenciono (tencionamos) solicitar reembolso ao abrigo deste seguro, e (iv) se esta Aplicação é assinada como tutor ou procurador do proponente, o assinante garante sua autoridade e capacidade para agir e vincular o proponente. Pela aceitação de cobertura e/ou apresentação de qualquer solicitação de reembolso por benefícios, o proponente ratifica a autoridade do signatário para agir e vincular o proponente.

**AUTORIZAÇÃO MÉDICA** eu (nós) autorizo (autorizamos) qualquer médico, praticante de artes da cura, hospital, clínica, unidade de saúde relacionados, farmácia, agência governamental, agência de seguros, companhia de seguros, seguros em grupo, funcionário ou administrador de benefícios do plano ter informações quanto ao meu (nossos) cuidados, conselhos, diagnóstico, tratamento ou prognóstico de qualquer condição física ou mental, e/ou situação de emprego, para fornecer essas informações a IMG e/ou à Companhia e ao meu produtor/corretor envolvido na aquisição desta aplicação e/ou cobertura de seguro.

**GARANTIA DE SATISFAÇÃO/PERÍODO REVISÃO** - Entende-se que eu (nós) terei (teremos) 15 dias a partir da data vigente para rever o certificado de seguro e todos os benefícios, prazos, condições, limitações e exclusões de cobertura. Se não completamente satisfeito, eu (nós) poderei (poderemos) cancelar este seguro mediante solicitação por escrito retroativo à data de vigência e receber um reembolso total do prêmio.

**Assinatura do Proponente, Tutor ou Representante\*** (Relação com proponente se assinado por Tutor ou Representante) **Data (Mês/Dia/Ano)**

**Assinatura do Cônjuge:** **Data (Mês/Dia/Ano)**

\*A assinatura do Tutor é requerida para qualquer proponente com menos de dezesseis (16) anos. Ver Instruções para Preenchimento da Aplicação, Pagina 1, numero 2, referente assinatura do Tutor ou Representante.

**GLOBAL TERM LIFE INSURANCE<sup>SM</sup>**

(SEGURO GLOBAL DE VIDA A TERMO)

**GLOBAL DAILY INDEMNITY<sup>SM</sup>**

(INDENIZAÇÃO GLOBAL DE DIÁRIA DE INTERNAMENTO HOSPITALAR)

Subscrito por International Medical Insurance Company<sup>SM</sup>, Inc. (IMIC<sup>SM</sup>).  
É distribuído, gerenciado e administrado, como agente IMIC, por  
International Medical Group®, Inc. ("IMG®"). Global Term Life Insurance  
(Seguro Global de Vida a Termo) e Global Daily Indemnity (Indenização  
Global de Diária de Internamento Hospitalar) somente estarão disponíveis  
no momento da aplicação e com a compra do Global Medical Insurance®.

**SEÇÃO 4****Por favor, indique o nome de cada membro da família aplicando para estes planos opcionais**

NOME	SEGURO DE VIDA A TERMO UNIDADE UM	SEGURO DE VIDA A TERMO UNIDADE DOIS	INDENIZAÇÃO UNIDADE UM	INDENIZAÇÃO UNIDADE DOIS
A. PROPONENTE	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
B. CÔNJUGE	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
C. PRIMEIRO FILHO(A)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<b>NÃO DISPONÍVEL</b>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
D. SEGUNDO FILHO(A)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
E. TERCEIRO FILHO(A)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

PARA CADA INDIVÍDUO APLICANDO PARA SEGURO DE VIDA, POR FAVOR INDIQUE:		% BENEFÍCIO POR MORTE
<b>PROPONENTE A</b> NOME DO PRIMEIRO BENEFICIÁRIO	PARENTESCO	%
NOME DO BENEFICIÁRIO CONTINGENTE	PARENTESCO	
<b>PROPONENTE B</b> NOME DO PRIMEIRO BENEFICIÁRIO	PARENTESCO	%
NOME DO BENEFICIÁRIO CONTINGENTE	PARENTESCO	
<b>PROPONENTE C</b> NOME DO PRIMEIRO BENEFICIÁRIO	PARENTESCO	%
NOME DO BENEFICIÁRIO CONTINGENTE	PARENTESCO	
<b>PROPONENTE D</b> NOME DO PRIMEIRO BENEFICIÁRIO	PARENTESCO	%
NOME DO BENEFICIÁRIO CONTINGENTE	PARENTESCO	
<b>PROPONENTE E</b> NOME DO PRIMEIRO BENEFICIÁRIO	PARENTESCO	%
NOME DO BENEFICIÁRIO CONTINGENTE	PARENTESCO	

**Se cidadão dos EUA, eu (nós) entendo (entendemos) que a cobertura do Global Term Life Insurance (Seguro Global de Vida a Termo) não estará vigente antes da data da minha (nossa) partida dos EUA.**

x \_\_\_\_\_ (inicial aqui)                      x \_\_\_\_\_ (inicial aqui)                      x \_\_\_\_\_ (inicial aqui)  
Proponente    Cônjuge    Para crianças cobertas

Se aceito(s) para o plano Global Medical Insurance, eu (nós) entendo (entendemos) que posso (podemos) qualificar para Global Term Life Insurance (Seguro Global de Vida a Termo) e/ou Global Daily Indemnity (Indenização Global de Diária de Internamento Hospitalar) subscrito por International Medical Insurance Company. Eu (nós) por meio deste aplico (aplicamos) para Global Life Insurance Services Insurance Group Trust, Bank of Bermuda, Hamilton, Bermuda, para Global Term Life Insurance (Seguro Global de Vida a Termo) e/ou Global Daily Indemnity (Indenização Global de Diária de Internamento Hospitalar), como indicado acima. Eu (nós), pelo presente incorporo (incorporamos) as certificações, declarações, entendimentos, acordos, reconhecimentos, autorizações e garantias a aplicação acima ao Global Medical Insurance, e entendo (entendemos) e concordo (concordamos) que os termos, condições, restrições e penalidades dos mesmos

são igualmente aplicáveis ao presente. Se eu (nós) tiver (tivermos) aplicado para o opcional Global Daily Indemnity (Indenização Global de Diária de Internamento Hospitalar), eu (nós) entendo (entendemos) que somente pernoites elegíveis no hospital são cobertos sob o meu (nosso) plano Global Medical Insurance, excluindo gravidez. Eu (nós) também entendo (entendemos): (i) que existe um prêmio adicional para a Global Daily Indemnity (Indenização Global de Diária de Internamento Hospitalar), (ii) que, no caso IMG não aceitar esta aplicação, sua única obrigação é retornar o prêmio para mim (nós), (iii) que o benefício por morte será determinado pela minha (nossa) idade no momento da minha (nossa) morte, e (iv) que a Apólice Mestre para Global Term Life Insurance (Seguro Global de Vida a Termo) e Global Daily Indemnity (Indenização Global de Diária de Internamento Hospitalar) é emitida em Bermudas e é regida pelas suas leis.

<b>Assinatura do Proponente, Tutor ou Representante</b>	<b>Data: Mês/Dia/Ano</b>	<b>Assinatura do Cônjuge</b>	<b>Data: Mês/Dia/Ano</b>
---	--------------------------	------------------------------	--------------------------

## SEÇÃO 5.

**Escolha da Franquia e Cálculo do Prêmio. Nota: Opção de Plano, Escolha de Franquia, Modo de Pagamento e Área de Cobertura devem ser os mesmos para todos os membros da família.**



**Selecione uma Opção de Plano:**  Silver  Gold  Gold Plus  Platinum

**Marque uma Franquia:**  \$100 (Platinum somente)  \$250  \$500  \$1.000  \$2.500  \$5.000  \$10.000

**Selecione Modo de Pagamento:**  Anual = 1.00  Semestral = 0.55  Trimestral = 0.28  Mensal = 0.10

**Selecione Área de Cobertura:**  Mundial  Mundial excluindo EUA, Canadá, China, Hong Kong, Japão, Macau, Singapura e Taiwan

**CÁLCULO DO PRÊMIO (Aplicações sem pagamento do prêmio não serão aprovadas)** Prêmios anuais podem ser pagos através de cheque, transferência eletrônica bancária, ordem de pagamento (money order), eCheck (disponível online), ou por cartões de crédito Visa, MasterCard, American Express, Discover ou JCB. Com exceção de Global Group, IMG não aceitará cheques, ordens de pagamento (money order), ou transferências bancárias para os modos de pagamento semestral, trimestral ou mensal. **Estes modos alternativos de pagamento só serão aceitos com prévia autorização de débito em seu cartão de crédito, na data do vencimento da parcela relativa ao futuro prêmio.** Opcionalmente, uma taxa de \$25, será cobrada em adição ao prêmio, para ter o seu certificado de seguro enviado a você via correio expresso, após a aprovação.

Introduzir o prêmio **anual** de Global Medical Insurance para cada Membro da Família correspondente à idade, sexo e franquia.

**Aplicação não poderá ser processada a menos que esta seção esteja totalmente preenchida.**

Primeiro Proponente \$ \_\_\_\_\_  
 Cônjuge \$ \_\_\_\_\_  
 Primeiro Filho(a) \$ \_\_\_\_\_  
 Segundo Filho(a) \$ \_\_\_\_\_  
 Terceiro Filho(a) \$ \_\_\_\_\_  
**GMI Subtotal \$ \_\_\_\_\_**

### Benefícios Opcionais

Anexo de Terrorismo -  **X 1.**  
(Plano Platinum somente. Marque o quadro e insira .25 à direita do 1, se aplicável)

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

Seguro de Vida a Termo Unid. Um \$240 X \_\_\_\_\_ = **B \$ \_\_\_\_\_**  
# de adultos aplicando

Seguro de Vida a Termo Unid. Dois \$180 X \_\_\_\_\_ = **C \$ \_\_\_\_\_**  
# de adultos aplicando

Seguro de Vida a Termo Unid. Um-Criança \$100 X \_\_\_\_\_ = **D \$ \_\_\_\_\_**  
# de crianças aplicando

Indenização Diária-Unid. Um \$100 X \_\_\_\_\_ = **E \$ \_\_\_\_\_**  
# de membros da família aplicando

Indenização Diária-Unid. Dois \$100 X \_\_\_\_\_ = **F \$ \_\_\_\_\_**  
# de membros da família aplicando

Anexo Opcional Maternidade. Insira \$4,000 aqui = **G \$ \_\_\_\_\_**  
(Aplica-se apenas às opções Silver, Gold e Gold Plus)

Anexo Opcional de Esportes \$250 X \_\_\_\_\_ = **H \$ \_\_\_\_\_**  
(Aplica-se apenas às opções Gold Plus e Platinum) # de membros da família aplicando

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

### Prêmio total devido

\$ \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ + \$ \_\_\_\_\_ = **J \$ \_\_\_\_\_**  
Subtotal I Fator Modal Correio Expresso Opcional\*

**Fatores Modais: Anual = 1,00 Semestral =0,55 Trimestral =0,28 Mensal =0,10**

Nota: Escolhendo a opção de pagamento semestral (fatores modais de pagamento 0,55) resulta em pagamentos totais de 110% do prêmio anual; escolhendo a opção de pagamento trimestral (fatores modais de pagamento 0,28) resulta em pagamentos totais de 112% do prêmio anual; e escolhendo a opção de pagamento mensal (fatores modais de pagamento 0,10) resulta em pagamentos totais de 120% do prêmio anual. \*Opcional \$25 correio expresso- Os documentos do Certificado serão enviados a você por correio expresso, após a aprovação

**SE ESCOLHER CORREIO EXPRESSO - Por favor, indique o endereço no qual você gostaria de receber o seu Certificado via correio expresso (conforme mencionado na Seção 1)**

Endereço de Residência  Endereço para Correspondência  
 Outros (Caixa Postal não é aceita) \_\_\_\_\_

**EU PREFERIRIA RECEBER UM CERTIFICADO ELETRONICO**

Email \_\_\_\_\_

### FORMA OU MODO DE PAGAMENTO

Cheque (anual apenas)  Ordem de Pagamento/Money Order (anual apenas)  Transferência Bancária (Anual apenas)  MasterCard  Visa  American Express  Discover  JCB eCheck (ACH) disponível online  Global Group (Preencha o Formulário Administrativo Global Group) Nome do Grupo \_\_\_\_\_

(Assinatura autorizada requerida para pagamentos com cartão de crédito.)

Cheques e ordens de pagamento/Money Order devem ser nominais à International Medical Group, Inc. (IMG). Para obter informações de transferência bancária, entre em contato com IMG. Todos os pagamentos devem ser feitos em dólares dos EUA e através de um banco nos EUA no momento em que a aplicação para cobertura é submetida. Se pagando com cartão de crédito, eu autorizo a IMG a debitar minha conta de cartão de crédito Visa/MasterCard/American Express/Discover/JCB, pelo montante total devido. No caso de eu ter escolhido um fator modal semestral, trimestral ou mensal, **por este eu pré-autorizo futuros débitos em meu cartão de crédito, para pagamento das parcelas correspondentes ao saldo do período anual de cobertura (12 meses a partir da Data de Vigência), e solicito e autorizo IMG a debitar meu cartão de crédito periodicamente, no vencimento, como pagamento das parcelas devidas pelo prêmio. Esta autorização permanecerá em vigor por 12 meses, a menos que previamente revogada por mim, por escrito e IMG tenha de fato recebido a notificação de revogação, ou então a cobertura contínua poderá ser afetada.** Cobertura comprada por cartão de crédito está sujeita a validação e aceitação pela empresa do cartão de crédito.

Número do Cartão de Crédito: \_\_\_\_\_

Data de vencimento: \_\_\_\_\_ (Não pode ser anterior a data de vencimento da última parcela)

Assinatura Autorizada X \_\_\_\_\_

Nome como que aparece no cartão: \_\_\_\_\_

# Telefone durante o dia (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Endereço para Cobrança do Cartão: \_\_\_\_\_

**DATE DA VIGÊNCIA SOLICITADA:** \_\_\_\_\_  
 (Deve ser dentro de 30 dias da sua assinatura. Em nenhum caso a cobertura será vigente antes da aprovação.)

## SEÇÃO 6. Informação de Contato para Renovação

Favor indicar a melhor maneira para contatá-lo(a) por ocasião das renovações:

Correio (Forneça o endereço) \_\_\_\_\_

Fax (Forneça número de fax) \_\_\_\_\_

Email (Forneça o endereço de e-mail) \_\_\_\_\_

## SEÇÃO 7. Para Uso somente do Agente/Corretor de Seguros

# do Agente/Corretor IMG	Nome Agent/Corretor
Nome da Empresa	
Endereço	
Cidade, Estado, CEP	Telefone
Fax	Email
Website	
Assinatura do Agente/Corretor X	GA #

**Por favor, envie esta aplicação para:  
International Medical Group, Inc.  
P.O. Box 88509  
Indianapolis, IN 46208-0509 USA**

**Telefone direto 1-317-655-4500  
Ligação gratuita (nos EUA) 1-800-628-4664  
Fax 1-317-655-4505  
www.imglobal.com**

**Mudanças de Endereço ou informação de contato adicional também devem ser enviadas a IMG.**

*This Portuguese 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.*

*Esta tradução em português da aplicação Global Medical Insurance é fornecida como acomodação e conveniência somente e está sujeita, em sua totalidade, à versão em inglês. A versão em inglês terá precedência sobre todos os assuntos.*