

# GEO<sup>SM</sup> Group (The Global Employer's Option<sup>SM</sup>)

## Solicitud de Propuesta



GEO Group es un producto de líneas excedentes asegurado por Sirius International Insurance Corporation (publ) (la Compañía). Es distribuido, manejado y administrado, como agente para y de parte de la Compañía, por International Medical Group®, Inc. ("IMG®")

PARTE 1.			
Grupo / Nombre de la Organización:		Persona de Contacto:	
Teléfono:	Fax:	Correo Electrónico:	
Dirección Postal:			Ciudad:
Estado / Provincia:	País:	Código Postal:	Fecha de Vigencia Solicitada (Día/Mes/Año):
Naturaleza del negocio:		Tipo de Trabajo que los Empleados Realizan:	
Número total de empleados internacionales:	Número total de empleados internacionales elegibles:	De la población de empleados internacionales, el número total de ciudadanos estadounidenses:	Número total de nacionales locales solicitando cobertura:
¿Es la compañía/organización una subsidiaria o división de una corporación de los EE.UU o Canadá? Si es afirmativo, ¿de EE.UU. o Canadá?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Hay empleados/dependientes residiendo actualmente en los EE.UU. o Canadá? Si es afirmativo, por favor suministre detalles en la sección del censo.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Espera usted que varíe el número de empleados en los próximos 12 meses? Si es afirmativo, por favor suministre detalles.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene la compañía seguro médico colectivo actualmente? Si es afirmativo, por favor provea el nombre de la aseguradora, las tarifas actuales y de renovación, la tabla de beneficios e historial de reclamaciones.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se ha reusado alguna compañía a emitir una cotización para este grupo? Si es afirmativo, por favor provea detalles.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Hay empleados o dependientes cubiertos por el plan "COBRA"? Si es afirmativo, por favor indique esos empleados en el censo.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si nacionales locales están solicitando cobertura, ¿van a estar ellos viajando fuera de sus país de residencia? Si es afirmativo, ¿con qué frecuencia y por cuánto tiempo?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

PARTE 2. PLAN DE BENEFICIOS SOLICITADO	
Deducible:	<input type="checkbox"/> \$0 <input type="checkbox"/> \$100 <input type="checkbox"/> \$250 <input type="checkbox"/> \$500 <input type="checkbox"/> \$750 <input type="checkbox"/> \$1,000 <input type="checkbox"/> \$2,500 <input type="checkbox"/> \$5,000 <input type="checkbox"/> \$10,000 <input type="checkbox"/> Otro: \$ _____
Plan de Cobertura:	<input type="checkbox"/> Plan 1 <input type="checkbox"/> Plan 2 <input type="checkbox"/> Plan 3 <input type="checkbox"/> Plan 4 <input type="checkbox"/> Deducible Máximo: <input type="checkbox"/> 2 por familia <input type="checkbox"/> 3 por familia
Área de Cobertura (favor de seleccionar una opción):	<input type="checkbox"/> Mundial <input type="checkbox"/> Plan personalizado – por favor indique los países de cobertura: _____ <input type="checkbox"/> Cobertura Mundial Excluyendo* EE.UU., Canadá, China, Hong Kong, Japón, Macao, Singapur y Taiwán <small>*Excepto 30 días para emergencias/accidentes</small>
Beneficios Adicionales A petición:	<input type="checkbox"/> Adventure Sports Rider <input type="checkbox"/> Anexo de Beneficio GEO Platinum USA (Sólo en Plan 1) <input type="checkbox"/> Targeta de Medicamentos Recetados (Sólo para farmacias en EE.UU.) <input type="checkbox"/> Anexo de Continuación <input type="checkbox"/> Incapacidad de Largo Plazo (Por favor complete el Cuestionario de Incapacidad) <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Indemnización Diaria <input type="checkbox"/> Otro: _____ <small>Los productos de Incapacidad son administrados y asegurados por Zurich American Life Insurance Company.</small>
Máximo de por Vida:	<input type="checkbox"/> \$1,000,000 <input type="checkbox"/> \$5,000,000 <input type="checkbox"/> \$8,000,000 <input type="checkbox"/> Otro: \$ _____
Beneficio de Seguro de Vida*:	<input type="checkbox"/> \$10,000 <input type="checkbox"/> \$25,000 <input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> 1 x Sueldo hasta un máximo de \$ _____ <input type="checkbox"/> 2 x Sueldo hasta un máximo de \$ _____ <input type="checkbox"/> 3 x Sueldo hasta un máximo de \$ _____ <input type="checkbox"/> Otro \$ _____ <small>* (2-10 vidas, un mínimo requerido de \$10,000) El máximo disponible sin evaluación de riesgo es \$100,000</small>



**PARTE 5. AUTORIZACIÓN**

International Medical Group®, Inc. es el director de emisión y el administrador del plan para la empresa aseguradora, Sirius International Insurance Corporation (publ) (la Compañía).

El suscrito representante para el Grupo nombrado en la presente certifica, representa y garantiza por medio de la presente que toda la información proporcionada en esta Petición de Propuesta, incluyendo cualquier anexo, es verdadera, precisa y completa en todos los aspectos, y yo reconozco que dicha información tiene el propósito de proporcionar a International Medical Group, Inc. con la información necesaria para evaluar este Grupo y proporcionar al Grupo con indicaciones de la prima y la cobertura. La cobertura y las tarifas finales se basarán en la inscripción propia, incluyendo evidencia de asegurabilidad, en su caso. Ningún seguro entrará en vigor a menos que y hasta que el Grupo sea notificado por escrito por la Compañía. Gracias por su interés en GEO<sup>SM</sup> Group.

Firma del Solicitante:	Fecha (Día/Mes/Año):
Nombre en Letra Imprenta:	Título:
Firma del Productor:	Fecha (Día/Mes/Año):
¿Es usted actualmente el productor para este grupo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Agencia: ROMA FINANCIAL PARTNERS, LLC	Nombre del Productor: ROMA FINANCIAL PARTNERS, LLC
Numero de Productor con IMG: 321195	¿No está usted contratado con IMG?
Teléfono: 954-850-0314	Fax:
	Correo Electrónico: possesrod@gmail.com