

Información importante

Global Medical Insurance ofrece dos áreas de cobertura: todo el mundo o todo el mundo sin incluir a los Estados Unidos, Canadá, China, Hong Kong, Japón, Macau, Singapur y Taiwán. Cualquiera de estas áreas ofrece cobertura las 24 horas del día y tiene la libertad de elegir a cualquier médico u hospital para recibir tratamiento. Tenga en cuenta que ni la Empresa ni IMG tienen intención ni desean que se considere a los riesgos y las personas del seguro según este plan como residentes, que se encuentran o que se ejecutan en una jurisdicción en particular. Además, se aplican requisitos de elegibilidad especiales.

Aviso importante sobre la Ley de protección del paciente y cuidado de atención asequible (PPACA) Global Medical Insurance no está sujeto ni tampoco brinda los beneficios que exige la ley PPACA. La ley PPACA exige que los ciudadanos y determinados residentes de EE. UU. obtengan una cobertura de seguro que cumpla con la ley PPACA, a menos que estén eximidos de cumplir dicha ley. Se pueden imponer sanciones impositivas a los ciudadanos y residentes de EE. UU. que deban mantener una cobertura

que cumpla la ley PPACA, pero no lo hagan. Los requisitos para comprar o renovar este producto, o sus términos y condiciones, podrán modificarse o enmendarse según los cambios en las leyes vigentes, incluida la ley PPACA. Tenga en cuenta que usted es el único responsable de determinar si se le aplica la ley PPACA. Para obtener información sobre si la ley PPACA se aplica a usted, o si usted es elegible para comprar el seguro médico de Global Medical Insurance, consulte las Preguntas frecuentes de IMG en imglobal.com/faq.

Además, este seguro no está sujeto a determinados requisitos de portabilidad, acceso, renovación o de otra índole de la Ley de responsabilidad y portabilidad de los seguros médicos de 1996. Lea y revise todos los requisitos de elegibilidad, condiciones de la cobertura y exclusiones por afecciones preexistentes detenidamente antes de adquirir la cobertura. A pedido, se encuentran disponibles folletos comerciales y los términos del certificado que contienen todos los términos de la cobertura. Comuníquese con IMG o con su productor de seguros independiente para conocer más detalles.

NO FACILITAR INFORMACIÓN COMPLETA Y LEGIBLE PUEDE RETRASAR EL PROCESAMIENTO DE SU SOLICITUD.

SECCIÓN 1. Complete para todos los miembros de la familia que soliciten cobertura						
NOMBRE Ingrese a continuación su nombre en imprenta		ESTATURA	PESO	FECHA DE NAC. (DD/MM/AAAA)	PAÍS DE CIUDADANÍA	N.º DE ID EMITIDA POR EL GOBIERNO
A. Solicitante (nombre completo)		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		__/__/__		
B. Cónyuge (nombre completo)		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		__/__/__		
C. Primer hijo (menor de 19 años, nombre completo)		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		__/__/__		
D. Segundo hijo (menor de 19 años, nombre completo)		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		__/__/__		
E. Tercer hijo (menor de 19 años, nombre completo)		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		__/__/__		
Dirección de residencia (después de que este seguro esté vigente)						
Dirección:						
Ciudad:		Estado:		País:		Código postal:
Teléfono:				Correo electrónico:		
Fax:		¿La duración de su residencia fuera de EE. UU. se espera que sea de al menos 6 de los próximos 12 meses? (Si es ciudadano de EE. UU. y respondió "no", no es elegible para la cobertura)				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ciudadanos de EE.UU./Ciudadanos de EE. UU. naturalizados:						
Fecha en que partió (o partirá) de EE. UU.: __/__/__ (DD/MM/AAAA)						
Ciudadanos no estadounidenses:						
Si usted no es ciudadano estadounidense, ¿usted o algún otro solicitante tiene Green Card o una visa de EE. UU.? Si responde "sí", complete lo siguiente:					Tarjeta verde <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
a. Tipo de visa _____		b. Fecha de emisión __/__/__ (DD/MM/AAAA)		U.S. Visa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
c. Fecha de vencimiento __/__/__ (DD/MM/AAAA)		d. Fecha de llegada a EE. UU. __/__/__ (DD/MM/AAAA)				
Dirección postal (si es distinta a la anterior)						
Dirección:						
Ciudad:		Estado:		País:		Código postal:
Teléfono:				Correo electrónico:		
Fax:		Si alguna de las direcciones anteriores es de Florida, ¿el solicitante actualmente se encuentra en Florida? (Determina el impuesto vigente sobre la prima y no afectará la cobertura)				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Acepto el procesamiento de mi información personal para prestar los servicios que contraté, incluida la administración de reclamos, y para recibir comunicaciones de los miembros según la Política de privacidad de IMG.						
<input type="checkbox"/> Acepto recibir información importante y demás comunicaciones de parte de IMG sobre las coberturas de seguro y las opciones del servicio. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.						

SECCIÓN 2a. Responda todas las preguntas para el solicitante y para cada miembro de la familia que solicite cobertura.

		Si responde "sí", complete los datos del miembro de la familia con las letras de la Sección 1.
1. ¿Usted o algún otro solicitante tiene actualmente una discapacidad y un impedimento para ejecutar alguna actividad de la vida cotidiana?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2. En la actualidad, ¿algún usted o algún otro solicitante está hospitalizado o tiene programado hacerlo, o bien necesita o se le aconsejó que se hospitalizara o hiciera una cirugía?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3. ¿Usted o algún otro solicitante tuvo un resultado positivo, un diagnóstico o un tratamiento por el Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el complejo relacionado con el SIDA (CDS), el síndrome con linfadenopatía, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o algún otro trastorno del sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. ¿Usted o algún otro solicitante se hizo, se le recomendó que se hiciera o actualmente está en lista de espera para hacerse un trasplante de órganos (que no sea de córnea)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
5. ¿Participa en deportes de manera profesional o es piloto comercial?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si alguien respondió Sí a alguna de las cinco preguntas anteriores, no califica para acceder a este seguro. Gracias por su interés.		
6. ¿Usted o algún miembro de su familia que solicita la cobertura solicitó o adquirió un seguro mediante IMG? (Si responde "sí", informe el número de certificado, si corresponde, y los detalles) Si marca "sí", usted acepta lo siguiente: ¿Reconoce que usted solicita un certificado de cobertura totalmente nuevo y no una renovación ni una restauración de un certificado o certificados anteriores de Global Medical Insurance® que pudiera haber adquirido previamente mediante IMG y que, en caso de que IMG aceptara la nueva solicitud, comenzaría un nuevo periodo de cobertura según los términos, condiciones y disposiciones del nuevo certificado de seguro (entre lo que se incluye todos los requisitos de elegibilidad, las afecciones preexistentes y demás exclusiones, periodos de carencia y límites de beneficios y sublímites del plan), y que la nueva cobertura no calificará para acceder a beneficios de la cobertura continua en función de su anterior cobertura vencida? Número de certificado: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
7. ¿Usted o algún otro solicitante tuvo un diagnóstico o un tratamiento por algún tipo de cáncer o afección previa al cáncer durante los últimos cinco (5) años? Si responde "sí", explique en la Sección 3.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
8. ¿Usted o algún otro solicitante cursa actualmente un embarazo? Si responde "sí", informe la fecha probable de parto: ____/____/____ (DD/MM/AAAA)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
9. ¿Usted o algún otro solicitante tuvo COVID-19/SARS-CoV-2? a) Fecha del diagnóstico: ____/____/____ (DD/MM/AAAA) b) Fecha del último tratamiento: ____/____/____ (DD/MM/AAAA) c) ¿Estuvo hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No d) ¿Estuvo en cuidados intensivos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No e) Nombres, dirección y teléfono del médico, hospital, clínica y proveedores de atención médica: _____ f) Afección, diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento anterior y actual: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
10. ¿Usted o algún otro solicitante tienen el calendario de vacunación completo o se aplicaron el último refuerzo contra el COVID-19/SARS-CoV-2? a) Fecha de vacunación definitiva o del último refuerzo recibido: ____/____/____ (DD/MM/AAAA) b) Marca de la vacuna recibida: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
11. ¿Usted o algún otro solicitante actualmente está afiliado a una organización cómo Mission Sending Organization (MSO)? Si marca "sí", entiende que este seguro está diseñado para personas que vivan fuera de EE. UU. por lo menos 6 de los próximos 12 meses y certifica que el o los solicitantes anteriores están afiliados a una organización cómo Mission Sending Organization (MSO). Estaré o estaremos fuera de los Estados Unidos y tenemos una fecha de salida programada de EE. UU. en el plazo de 30 días de la fecha de vigencia solicitada.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
12. ¿Usted o algún otro solicitante pertenece a una tripulación de marinos profesionales? Si marca "sí", certifica que usted pertenece a un equipo de marinos profesionales que actualmente o en general trabaja en el exterior en una embarcación como miembro de una tripulación marítima de tiempo completo. Usted espera pasar un periodo importante navegando fuera de las aguas de EE. UU. y no califica para una cobertura adecuada en función del plan de seguro interno para EE. UU. Si marca "sí": ¿Vive abordo de la embarcación en donde trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fax de la embarcación (si corresponde): _____ Correo electrónico de la embarcación (si corresponde): _____ Nombre actual o último nombre de la embarcación: _____ País de registro de la embarcación: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Para las preguntas de 13 a 31: ¿Usted o algún otro solicitante que solicitan la cobertura ALGUNA VEZ sintieron manifestación o síntomas, sufrieron, consultaron, se examinaron, se hicieron pruebas o recibieron tratamiento o un diagnóstico de una enfermedad, afección, dolencia, problema médico, trastorno, malestar u otro problema que surja, implique o se relacione con alguna de las siguientes opciones?		
13. ¿Afección del corazón, cardíaca, cardiovascular o circulatoria, entre lo que se incluye insuficiencia cardíaca congestiva, ataque cardíaco, angina, dolor de pecho, arterioesclerosis, aterosclerosis, presión arterial alta, hipertensión, inflamación de pies o tobillos, trombosis, flebitis, fiebre reumática, o soplo en el corazón? Si responde "sí", además de la Sección 3, complete lo siguiente: a) Fecha de la última lectura de la presión sanguínea: ____/____/____ (DD/MM/AAAA) b) Última lectura de la presión sanguínea: ____ AS/ ____ DS c) Medicamentos que toma (tipos y posología): _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
14. ¿Afecciones de la sangre, vasos sanguíneos, bazo, arterias, venas o trastornos de la sangre, lo que incluye anemia, hemofilia, leucemia, hepatitis, glándulas linfáticas o colesterol alto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

<p>15. ¿Diabetes, hiperglucemia o hipoglucemia? Si responde "sí" en diabetes, además de la Sección 3, complete lo siguiente:</p> <p>a) Tipo de diabetes: I ____ o II ____</p> <p>b) Fecha del diagnóstico: __/__/__ (DD/MM/AAAA)</p> <p>c) ¿Lo controla solo con dieta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>d) Medicamentos (tipos y posología): _____</p> <p>e) Fecha del último análisis de HbA1c: __/__/__ (DD/MM/AAAA)</p> <p>f) Resultados del análisis de HbA1c (1-10): _____</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<p>16. ¿Asma o alergias? Si responde "sí", además de dar explicaciones en la Sección 3, especifique qué afección y complete lo siguiente:</p> <p>a) Fecha del diagnóstico: __/__/__ (DD/MM/AAAA)</p> <p>b) ¿Necesitó hospitalización o tratamiento en la sala de emergencia? Si responde "sí", detalle e informe la o las fechas: __/__/__ (DD/MM/AAAA)</p> <p>c) Informe los factores desencadenantes conocidos: _____</p> <p>d) Medicamentos (tipos y posología): _____</p> <p>e) Frecuencia de los ataques: _____</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<p>17. ¿Cáncer, tumor, quiste, pólipo, melanoma, sarcoma de Kaposi, trastorno celular, herpes, bulto, calcificación o crecimiento de cualquier naturaleza?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<p>18. ¿Afección del hígado, páncreas, vesícula o trastornos endocrinos, entre lo que se incluye trastornos metabólicos, de la glándula hipófisis o tiroides, u obesidad?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<p>19. ¿Afecciones de los riñones, funciones del sistema urinario, piedras o infecciones del riñón o la vejiga?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<p>20. ¿Afecciones del sistema respiratorio, entre los que se incluyen tuberculosis, trastornos, enfisema, tos crónica, bronquitis, asma bronquial o pleuresía?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<p>21. ¿Afecciones mentales, emocionales o trastornos del sistema nervioso, entre los que se incluyen psicosis, trastornos mentales o conductuales, TDA o TDAH, dependencia o consumo de medicamentos o drogas, alcoholismo, terapia psiquiátrica o grupos de apoyo, depresión, ansiedad, fatiga crónica, o trastornos alimentarios o del sueño?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<p>22. ¿Trastornos neurológicos entre los que se incluyen esclerosis múltiple (EM), distrofia muscular, esclerosis lateral amiotrófica (ELA), mal de Parkinson, parálisis, epilepsia, convulsiones, ataques, migrañas, jaquecas crónicas, accidente cerebrovascular o accidente isquémico transitorio?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<p>23. ¿Afecciones musculares, esqueléticas, espinales, óseas o articulares, entre los que se incluye escoliosis, enfermedad o trastornos discales, degeneración de las vértebras, o cualquier otra afección de la espalda o el cuello, reumatismo, artritis, gota, tendinitis, osteoporosis o inflamación?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<p>24. Para las solicitantes: ¿aborto espontáneo; complicaciones en el embarazo o parto; consultas, asesoramiento o trastorno por infertilidad del sistema reproductor o por la menstruación, entre lo que se incluye sangrado vaginal, miomas, nódulos o quistes en los senos, trompas de Falopio, ovarios o útero, y terapia de reemplazo hormonal?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<p>25. Para los solicitantes: ¿trastornos del sistema reproductor, entre los que se incluyen afecciones de la próstata o nivel alto del antígeno prostático específico (PSA), o disfunción eréctil?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<p>26. ¿Afecciones congénitas, genéticas, hereditarias u otras afecciones o defectos de nacimiento, entre los que se incluyen retraso mental, síndrome de Down, u otro trastorno cromosómico, trastorno físico, deformidad o defecto?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<p>27. ¿Afecciones del sistema digestivo, estómago, colon, recto o intestinos, entre lo que se incluye regurgitación esofágica, gastritis, úlceras, enfermedad de Crohn o diverticulitis?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<p>28. ¿Afecciones en los ojos, oídos, nariz, boca, garganta o mandíbula, entre lo que se incluye cataratas, glaucoma, desvío del tabique nasal, sinusitis crónica o trastorno de la articulación temporomandibular (TMJ)?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<p>29. ¿Usted o un familiar que solicite la cobertura actualmente consume o ha consumido en los últimos cinco años tabaco en cualquiera de sus formas?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<p>30. ¿Alguna otra enfermedad, problema médico, dolencia, lesión o afección de alguna naturaleza que no se haya mencionado anteriormente?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<p>31. Durante los últimos doce (12) meses, ¿usted o un familiar que solicite la cobertura sintió manifestaciones o síntomas, tuvo un diagnóstico o una consulta, examen, análisis o tratamiento (incluidos los medicamentos) con motivo de alguna afección médica, de salud, mental, física o nerviosa? Si responde "sí", explique en la Sección 3.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<p>32. ¿usted o un familiar que solicite la cobertura alguna vez fue rechazado, tuvo una cancelación, se lo clasificó o se le negó cobertura en virtud de una póliza de seguro médico, de vida o de discapacidad? Si responde "sí", explique en la Sección 3.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<p>33. Durante los últimos seis (6) meses, ¿ha tenido una cobertura médica integral?</p> <p>Si responde "sí", complete los campos adicionales para recopilar información:</p> <p>* Número de ID, póliza o certificado: _____</p> <p>* Nombre del seguro privado o del plan del gobierno: _____</p> <p>* Compañía de seguro o entidad gubernamental que ofrece el plan: _____</p> <p>* Fecha de inicio de la cobertura: __/__/__ (DD/MM/AAAA)</p> <p>* Fecha de finalización de la cobertura: __/__/__ (DD/MM/AAAA)</p> <p>* Incluya comprobantes de la cobertura: Ejemplos de documentos que se aceptan:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Formularios 1095 * Explicación de beneficios o comprobantes de pago de la aseguradora anterior o la entidad gubernamental * Declaraciones de cobertura de la aseguradora anterior o la entidad gubernamental * Declaraciones de nómina en las que figuren las deducciones del seguro médico * Registros de pagos por adelantado del crédito del impuesto a las primas 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

SECCIÓN 2b. Detalle todos los medicamentos recetados y de venta libre y todo tratamiento médico de los últimos doce meses para el solicitante y para cada miembro de la familia que solicite cobertura (utilice las letras correspondientes de la Sección 1). Adjunte más hojas según sea necesario.

Miembro de la familia <i>(utilice las letras de la sección 1)</i>	Medicamentos y posología	Afecciones	Fechas del tratamiento <i>(DD/MM/AAAA)</i>
Miembro de la familia <i>(utilice las letras de la sección 1)</i>	Cirugías		Fechas del tratamiento <i>(DD/MM/AAAA)</i>

Detalles del profesional médico de la familia: se debe completar la siguiente información

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

SECCIÓN 3. Información médica

Para toda pregunta a la que respondió "Sí" en la Sección 2, identifique a cada miembro de su familia para el que se aplica la respuesta (utilice las letras de la Sección 1), e informe detalles completos de la afección médica en cuestión, incluido el nombre, dirección y número de teléfono del o de los médicos tratantes, hospitales, clínicas y el resto de los proveedores de atención médica participantes, diagnóstico, todas las fechas del tratamiento, tipos de tratamiento, pronóstico y plan de tratamiento actual. **Adjunte más hojas según sea necesario.** IMG y la Empresa se reservan el derecho a solicitar más información médica antes de aceptar la solicitud.

Miembro de la familia <i>(utilice las letras de la sección 1)</i>	Afecciones, diagnóstico y pronóstico Planes de tratamiento anteriores y actuales	Médico, hospital, clínica, proveedor de atención médica Nombres, dirección y teléfono	Fechas del tratamiento <i>(DD/MM/AAAA)</i>

Si algún miembro de la familia que solicita la cobertura alguna vez fue rechazado, tuvo una cancelación, se lo clasificó o se le negó cobertura en virtud de una póliza de seguro médico, de vida o de discapacidad (ver la pregunta 30), explique a continuación.

SUSCRIPCIÓN (para la cobertura emitida por SiriusPoint Specialty Insurance Corporation): Por medio del presente documento, suscribo (suscribimos) y solicito (solicitamos) ser beneficiarios de Global Medical Services Group Insurance Trust, con atención a MutualWealth Management Group, Carmel, Indiana, o sus sucesores, para acceder a Global Medical Insurance® según lo ofrece la Empresa en la fecha de recepción de este documento. Entiendo (entendemos) y acepto (aceptamos) lo siguiente: (i) ninguna cobertura quedará vigente hasta que esta Solicitud se haya aceptado debidamente por escrito por la Empresa, (ii) ninguna modificación o renuncia relacionada con esta Solicitud o la cobertura solicitada será vinculante para la Empresa o IMG a menos que la apruebe por escrito un ejecutivo de la Empresa o IMG, (iii) IMG y la Empresa confiarán en la exactitud e integridad de la información contenida en este documento, (iv) toda tergiversación u omisión contenida en este documento anulará el certificado de seguro, así como la totalidad de reclamos y beneficios en virtud del mismo se perderán y se eximirán, (v) por medio de la presentación de esta Solicitud o un reclamo futuro de beneficios inicio (iniciamos) y aprovechamiento (aprovechamos) en forma deliberada el privilegio de realizar negocios con la Empresa en Indiana, a través de IMG como su agente y administrador seleccionado, e invoco (invocamos)

los beneficios y protecciones de sus leyes, y (vi) el contrato de seguro representado por la Póliza principal que se evidencia por el Certificado de seguro se considerará emitido y confeccionado en Indianápolis, Indiana, y la jurisdicción y competencia únicas y exclusivas para toda acción judicial o procedimiento administrativo relacionado con este seguro serán las del Condado de Marion, Indiana, para lo cual el o los Solicitantes dan su consentimiento por el presente documento. Acepto (aceptamos) que la ley sobre líneas de excedentes de Indiana regirán la totalidad de derechos y reclamos que surgen del presente seguro y el juicio de toda demanda será por un tribunal en carácter de encargado de dilucidar los hechos y sin un jurado.

RECONOCIMIENTO Entiendo (entendemos) y acepto (aceptamos) lo siguiente: (A)(i) los folletos de marketing y los términos del certificado están disponibles antes de la solicitud a pedido; (ii) excepto por IMG, todo agente de seguros, corredor u otro productor (o su sitio web), si corresponde, que esté relacionado con la petición de esta solicitud, está desempeñándose únicamente como mi agente y representante legal, y está representando mis intereses personales; tal persona no tiene facultades para obligar ni expresarse, y no está desempeñándose como agente legal ni representante

de la Empresa ni de IMG; (iii) si IMG acepta mi solicitud CON cobertura acreditable, entonces Global Medical Insurance define el término “condiciones preexistentes” como toda enfermedad, dolencia, lesión o afección médica, o síntomas relacionados con dicha enfermedad, dolencia, lesión o afección médica para la cual se buscó, recomendó o recibí asesoramiento médico, diagnóstico o tratamiento, incluido el autotratamiento (o que tenía conocimiento o razonablemente debería haber sabido que existía, independientemente de que haya buscado o no asesoramiento médico, diagnóstico o Tratamiento) y los cubre, a menos que la enfermedad preexistente no se haya informado en mi solicitud o sea objeto de una exclusión especial prevista en una Cláusula adicional del Certificado de seguro; (iv) si IMG acepta mi solicitud SIN cobertura acreditable, en consecuencia Global Medical Insurance define “condiciones preexistentes” como toda enfermedad, lesión, dolencia, u otro trastorno, afección o padecimiento físico, médico, mental o nervioso que, con certeza médica razonable, existía al momento de la Solicitud o en cualquier momento antes de la fecha de vigencia de este seguro, ya sea que se haya manifestado, fuera sintomático o era conocido, diagnosticado, tratado o informado a la Empresa o a IMG antes de la fecha de entrada en vigencia, lo que incluye todas y cada una de las complicaciones o consecuencias crónicas, futuras o recurrentes relacionadas con las mismas, o resultantes o derivadas de las mismas, y la cobertura para enfermedades preexistentes varía según la opción del plan (debo consultar la opción de mi plan para verificar la cobertura); (v) toda enfermedad, dolencia, lesión o afección médica que no se haya informado en mi solicitud nunca tendrá cobertura en virtud de este certificado o renovación, (vi) no se pretende ni se considera a las personas del seguro solicitado por el o los Solicitantes, la Empresa o IMG que sean residentes, se encuentren o se desempeñen en una jurisdicción en particular, y (vii) los Solicitantes también aceptan que es su responsabilidad facilitar a IMG información verdadera, precisa y completa sobre mi dirección de correo electrónico, contacto y otra información relacionada con mi cobertura, además de mantener y actualizar oportunamente los cambios de tal información. Toda persona que presente de manera deliberada un reclamo falso o fraudulento por el pago de un siniestro o beneficio o presente de manera deliberada información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podrá quedar sujeta a multas y privación de su libertad; (viii) la Empresa, en carácter de aseguradora y suscriptora del plan, es la única responsable de las coberturas y beneficios que se prestan en tal documento, e IMG se desempeña únicamente como agente de la Empresa y no tiene responsabilidad directa o indirecta en virtud de la Póliza principal ni de un Certificado de seguro. (B) Este seguro no está sujeto y no brinda los beneficios que exige la ley PPACA. El 1.º de enero de 2014, la ley PPACA exigió que los ciudadanos estadounidenses, los ciudadanos naturalizado y determinados residentes de EE. UU. obtengan una cobertura de seguro que cumpla con la ley PPACA, a menos que estén eximidos de cumplir dicha ley. Se pueden imponer sanciones a las personas que deban mantener una cobertura que cumpla la ley PPACA, pero no lo hagan. Los requisitos para comprar, extender o renovar este producto, o sus términos y condiciones, podrán modificarse o enmendarse según los cambios en las leyes vigentes, incluida la PPACA. El asegurado tiene la única y exclusiva responsabilidad de determinar si la ley PPACA se le aplica, y la Empresa e IMG no tendrá responsabilidad alguna con respecto a ninguna persona por no obtener ni mantener una cobertura de seguro que cumpla con la mencionada ley.

Para obtener información sobre si la ley PPACA se aplica a mi persona, o si soy elegible para comprar el seguro médico de Global Medical Insurance, debo consultar las Preguntas frecuentes de IMG en imglobal.com/faq.

CERTIFICACIÓN Por medio del presente documento, certifico (certificamos), declaro (declaramos) y garantizo (garantizamos) a IMG y a la Empresa lo siguiente: (i) he (hemos) o me (nos) han leído las preguntas contenidas en la presente Solicitud y las entiendo (entendemos), (ii) las respuestas a tales preguntas son verdaderas, exactas y completas en todos los aspectos a la fecha de la presente, y que complementaré (complementaremos) dichas respuestas antes de la fecha de entrada en vigencia solicitada en caso de algún cambio o incorporación a las mismas, (iii) tengo (tenemos) en este momento buena salud y, excepto las afecciones y demás información detallada en la presente, no se me (nos) ha diagnosticado, solicitado consulta o tratamiento ni he (hemos) experimentado manifestaciones o síntomas y tampoco padezco (padecemos) ninguna enfermedad preexistente que prevea (preveamos) que pueda requerir tratamiento a futuro ni por la que pretenda (pretendamos) hacer reclamos en virtud de este seguro, y (iv) si esta Solicitud se firma como tutor o apoderado del Solicitante, el que suscribe garantiza su autoridad y capacidad para actuar y obligar al Solicitante. Al aceptar la cobertura o presentar cualquier reclamo de beneficios, el Solicitante ratifica la autoridad del firmante para actuar y vincular al Solicitante.

ALTA MÉDICA Autorizo (autorizamos) a un médico, profesional en artes curativas, hospital, clínica, centro de atención médica, farmacia, organismo gubernamental, agencia de seguros, compañía de seguros, titulares de pólizas grupales, empleados o administradores del plan de beneficio que tengan información de mi (nuestra) atención, asesoramiento, tratamiento, diagnóstico o pronóstico de una afección física o mental, o del estado laboral, a facilitar tal información a IMG o a la Empresa, y al productor o corredor relacionado con la entrega de esta solicitud o la cobertura de seguro.

GARANTÍA DE SATISFACCIÓN/PERIODO DE REVISIÓN Se entiende que tendré (tendremos) 15 días desde la fecha de vigencia para revisar el Certificado de seguro y todos los beneficios, términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la cobertura. Si la satisfacción no es plena, podré (podremos) cancelar este seguro con una solicitud escrita retroactiva a la fecha de vigencia y recibir un reembolso total de la prima.

CONSENTIMIENTO ELECTRÓNICO Los Solicitantes desean recibir información y comunicarse en forma electrónica y prefieren usar el correo electrónico en lugar del correo postal habitual. Los solicitantes aceptan que IMG, sus filiales y subsidiarias puedan enviar a cada asegurado un comunicado en formato electrónico y que los comunicados impresos no son necesarios, salvo, y hasta, que el Solicitante retire el presente consentimiento. Los Solicitantes prestan consentimiento en forma inequívoca para la transferencia de datos personales a entidades establecidas en un país fuera de los estados miembro de la UE. Este consentimiento se presta de manera libre, es específico para la administración de la cobertura y los beneficios y una indicación fundamentada de los deseos de los Solicitantes. Los Solicitantes reconocen y entienden que la transferencia es necesaria para la ejecución de un contrato, que se toma en respuesta a su solicitud y que es necesaria para la conclusión o la ejecución de un contrato cerrado según sus intereses.

Global Medical Insurance cuenta con la garantía de SiriusPoint Specialty Insurance Corporation (que cotiza en bolsa) según corresponda (en adelante, la “Empresa”). International Medical Group® (en adelante, “IMG®”), en carácter de agente y en nombre de la empresa, la distribuye, gestiona y administra.

X _____	Fecha: ___/___/___ (DD/MM/AAAA)
Firma del solicitante, tutor o apoderado (relación con el solicitante si firma como tutor o apoderado)	

X _____	Fecha: ___/___/___ (DD/MM/AAAA)
Firma del cónyuge	

**Se requiere la firma de un tutor para todo solicitante menor de dieciséis (16) años. Consulte Instrucciones para completar la solicitud, página 1, número 2, en relación con las firmas de los tutores o apoderados.*

Seguro de vida a término individualSM

Suscripto por International Medical Insurance Group mediante Alstead Re, empresa celular diversificada. El seguro de vida a término individual solo está disponible al momento de la solicitud, y con la adquisición, de un seguro de Global Medical Insurance®.

SECCIÓN 4. Indique el nombre de cada miembro de la familia que solicita el seguro de vida a término individual

NOMBRE	SEG. VIDA A TÉRMINO UNIDAD UNO	SEG. VIDA A TÉRMINO UNIDAD DOS
A. Solicitante (nombre completo)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
B. Cónyuge (nombre completo)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
C. Primer hijo (menor de 19 años, nombre completo)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	NO DISPONIBLE
D. Segundo hijo (menor de 19 años, nombre completo)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
E. Tercer hijo (menor de 19 años, nombre completo)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Para cada solicitante que solicite el seguro de vida, indique:

SOLICITANTE	NOMBRE DEL BENEFICIARIO PRINCIPAL Y NOMBRES DE LOS BENEFICIARIOS CONTINGENTES	RELACIÓN	% DEL BENEFICIO POR FALLECIMIENTO
A.	Nombre del beneficiario principal:		%
	Nombre del beneficiario contingente:		
B.	Nombre del beneficiario principal:		%
	Nombre del beneficiario contingente:		
C.	Nombre del beneficiario principal:		%
	Nombre del beneficiario contingente:		
D.	Nombre del beneficiario principal:		%
	Nombre del beneficiario contingente:		
E.	Nombre del beneficiario principal:		%
	Nombre del beneficiario contingente:		

Si soy (somos) ciudadanos de EE. UU., entiendo (entendemos) que la cobertura del Seguro de vida a término individual no estará vigente antes de la fecha de mi (nuestra) partida de EE. UU.

X _____ (Coloque sus iniciales aquí)	X _____ (Coloque sus iniciales aquí)	X _____ (Coloque sus iniciales aquí)
Solicitante	Cónyuge	Para niños con cobertura

Si se acepta para el plan de Global Medical Insurance, entiendo (entendemos) que es posible reunir los requisitos para el Seguro de vida a término individual suscripto por International Medical Insurance Group mediante Alstead Re, empresa celular diversificada. Por medio del presente documento, solicito (solicitamos) a Global Life Insurance Services Group Insurance Trust, Bank of Bermuda, Hamilton, Bermuda, el seguro de vida a término individual como se indica anteriormente. Por medio del presente, se incorporan a este documento los certificados, declaraciones, convenios,

acuerdos, reconocimientos, autorizaciones y garantías de la Solicitud precedente para Global Medical Insurance, y se entiende y acepta que también se aplican al presente documento sus términos, condiciones, restricciones y sanciones. Asimismo, se entiende que: (i) en caso de que IMG no acepte esta Solicitud, su única obligación es devolver la prima, (ii) el beneficio por muerte quedará determinado por la edad al momento del deceso, y (iii) la Póliza principal para el Seguro de vida a término individual se emite en Bermuda y queda regida por sus leyes.

X _____	__/__/__	X _____	__/__/__
Firma del solicitante, tutor o apoderado	Fecha (DD/MM/AAAA)	Firma del cónyuge	Fecha (DD/MM/AAAA)

SECCIÓN 5. Selección de deducibles y cálculo de la prima

Nota: La opción del plan, la selección de deducibles, la forma de pago y el área de cobertura debe ser la misma para todos los miembros de la familia.

Marque una opción del plan: Bronze Silver Gold Platinum

Marque un solo deducible: \$100 (solo Platinum) \$250 \$500 \$1,000 \$2,500 \$5,000 \$10,000 \$25,000 (solo Gold Platinum)

Marque una sola forma de pago: Anual = 1.00 Semestral = 0.55 Trimestral = 0.28 Mensual = 0.10

Marque una sola área de cobertura: Todo el mundo Todo el mundo sin incluir a los Estados Unidos, Canadá, China, Hong Kong, Japón, Macau, Singapur y Taiwán

CÁLCULO DE LA PRIMA (No se aprobarán solicitudes sin el pago de la prima)

Excepto para el grupo global, IMG no aceptará transferencias para las formas de pago semestrales, trimestrales o mensuales. Se aceptan formas de pago alternativas con autorización previa para hacer el débito de su tarjeta de crédito en la o las fechas de vencimiento de los pagos de sus primas a futuro. Se podrán pagar las primas anuales por transferencia bancaria, cheque electrónico (disponible en línea) o tarjeta de crédito. El certificado de seguro puede enviarse por correo expreso por un arancel opcional de \$25.

Ingrese la prima de seguro **anual** de Global Medical Insurance para cada miembro de la familia que corresponda a su edad, género y deducible.

La aplicación no puede procesarse, a menos que se complete esta sección.

Solicitante principal	\$ _____
Cónyuge	\$ _____
1.º hijo	\$ _____
2.º hijo	\$ _____
3.º hijo	\$ _____
Subtotal de GMI	\$ _____

Beneficios opcionales:

Cláusula adicional por terrorismo **X** _____
(Opción solo para plan Platino. Marque el casillero e ingrese 1.25, si corresponde)

Subtotal de GMI = A\$ _____

Clausula adicional para seguro de vida a término
Seguro de vida a término individual, unidad uno \$240 **X** _____ = **B\$ _____**
Cant. de adultos solicitantes

Seguro de vida a término individual, unidad dos \$180 **X** _____ = **C\$ _____**
Cant. de adultos solicitantes

Seguro de vida a término individual, hijo \$100 **X** _____ = **D\$ _____**
Cant. de niños solicitantes

Cláusula adicional para servicios dentales y de la vista:
\$570 (todo el mundo) o \$460 (todo el mundo con exclusiones) **X** _____ = **E\$ _____**
(Se aplica a todos los planes, menos al plan Platinum) Cant. de miembros de la familia solicitantes

Cláusula adicional opcional para deportes:
\$250 **X** _____ = **F\$ _____**
(Se aplica solo a las opciones de planes Gold y Platinum) Cant. de miembros de la familia solicitantes

Clausula adicional para protección de dispositivos móviles:
\$146 **X** _____ = **G\$ _____**
Cant. de miembros de la familia solicitantes

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

\$ _____ **X** _____ + \$ _____ = **I\$ _____**
Subtotal H Factor modal Correo expreso opcional*

Factores Modales: Anual=1.00 Semestral=0.55 Trimestral=0.28 Mensual=0.10 **Monto adeudado de la prima**

Nota: Con la opción de pago semestral (factor de forma de pago de 0.55), se hacen pagos totales del 110 % de su prima anual.

Con la opción de pago trimestral (factor de forma de pago de 0.28), se hacen pagos totales del 112 % de su prima anual.

Con la opción de pago mensual (factor de forma de pago de 0.10), se hacen pagos totales del 120 % de su prima anual.

*Correo expreso opcional \$85: El o los certificados se le enviarán por correo expreso después de su aprobación

SI OPTA POR EL CORREO EXPRESO: Selección la dirección a donde quisiera que se le envíen por correo expreso sus Certificados (como se indicó en la Sección 1).

Dirección de residencia Dirección postal

Otro (no ingrese casillas de correo)

PREFERIRÍA RECIBIR UN CERTIFICADO ELECTRÓNICO

Correo electrónico:

MÉTODO DE PAGO

<input type="checkbox"/> Transferencia bancaria (solo pago anual)	<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 folleto adicional)		
Nombre del grupo: _____		

Cheque electrónico (ACH) disponible en línea

(Se requiere una firma autorizada para los pagos con tarjeta de crédito)

Con respecto a la información de transferencias bancarias, comuníquese con IMG. Todos los pagos deben hacerse en dólares estadounidenses y a un banco de EE. UU. al momento en que se haga la solicitud de la cobertura. Si se paga con tarjeta de crédito, autorizo a IMG a que debite de mi tarjeta de crédito el monto total adeudado. En caso de que haya optado por pagar las primas en forma semestral, trimestral o mensual, **por medio del presente documento decido autorizar con anticipación las cuotas de los pagos futuros con tarjeta de crédito para el saldo del periodo de la póliza y sus renovaciones; además, por medio del presente, solicito y autorizo a IMG a cobrar a mi tarjeta de crédito en forma periódica a medida que se van las cuotas de los pagos de las primas y sus renovaciones LO QUE INCLUYE, COMO SE DETALLA A CONTINUACIÓN, LAS RENOVACIONES AUTOMÁTICAS. Esta autorización tendrá vigencia hasta que la revoque por escrito y hasta que IMG reciba fehacientemente el aviso de revocación.** La cobertura comprada con tarjeta de crédito está 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 puede ser superior que el monto que aparece en la ficha de tarifas en función de su historial médico y el proceso de suscripción, y que usted autoriza el monto de dicho pago.

N.º de tarjeta de crédito:

Vto. Fecha: ___/___/___ (MM/AAAA)

(No puede ser anterior a la última fecha de vencimiento de la cuota de la prima)

Firma autorizada: **X** _____

Nombre tal como aparece en la tarjeta:

N.º de teléfono diurno:

Dirección de facturación:

FECHA DE VIGENCIA SOLICITADA: ___/___/___ (DD/MM/AAAA)

(Debe ser en un plazo de 30 días posteriores a la firma. La cobertura no tendrá vigencia en ningún caso hasta que se apruebe).

SECCIÓN 6. Información de contacto por renovación

Especifique la mejor manera de comunicarnos con usted al momento de la renovación:

Correo postal (informe la dirección):

Fax (informe el número de fax):

Correo electrónico (informe el correo electrónico):

Aviso de renovación automática

Para su comodidad, le avisaremos de la renovación de su prima antes de la fecha de la renovación y automáticamente se renovará su plan, por lo que se evita un incumplimiento accidental de la cobertura al momento de la renovación, a menos que claramente ya no cumpla los requisitos o usted nos informe lo contrario antes de la renovación.

SECCIÓN 7. Uso exclusivo para el productor de seguros

N.º de productor de IMG:		Nombre del productor:	
Nombre de la empresa:			
Dirección:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Teléfono:		Fax:	
Correo electrónico:		Sitio web:	
Firma del productor: X _____		N.º GA:	

Se envía mediante uno de los siguientes métodos seguros:

Centro de mensajería segura:
www.imglobal.com/secure-message-center
Fax: +1.317.655.4505

Para otras consultas, comuníquese con IMG por:

Teléfono: +1.317.655.4500
Correo electrónico:
insurance@imglobal.com

