

Información importante

Global Medical Insurance ofrece dos áreas de cobertura: o cobertura mundial, excluyendo EE. UU., Canadá, China, Hong Kong, Japón, Macao, Singapur y Taiwán. Cualquiera de las áreas brindan cobertura las 24 horas del día, y usted tiene la libertad de elegir cualquier médico u hospital para recibir tratamiento. Tenga en cuenta que la Compañía o IMG no tienen la intención ni consideran que los riesgos y los sujetos del seguro bajo este plan sean residentes, ubicados o que se realicen en ninguna jurisdicción en particular y se aplican requisitos especiales de elegibilidad.

Aviso importante sobre la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA) Global Medical Insurance no está sujeto ni proporciona los beneficios requeridos por PPACA. La ley requiere que los ciudadanos estadounidenses y ciertos residentes de EE. UU. obtengan una cobertura de seguro que cumpla con la misma a menos que estén exentos de ella. Se pueden imponer sanciones tributarias a los ciudadanos y residentes de los EE. UU. a quienes

se les exige mantener una cobertura que cumpla con PPACA, pero no lo hacen. La elegibilidad para comprar o renovar este producto, o sus términos y condiciones, puede modificarse o editarse en función de los cambios a la ley aplicable, incluida PPACA. Tenga en cuenta que es su exclusiva responsabilidad determinar si PPACA se aplica a usted. Para obtener información sobre si le aplica o si es elegible para comprar Global Medical Insurance, consulte las Preguntas frecuentes de IMG en imglobal.com/faq.

Además, este seguro no está sujeto a ciertos requisitos de portabilidad, acceso, renovación u otros requisitos de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996. Lea y revise todos los requisitos de elegibilidad, condiciones de cobertura y exclusiones de condiciones preexistentes cuidadosamente antes de comprar cobertura. Los folletos de mercadeo y la redacción de certificados que contienen los términos completos de cobertura están disponibles a solicitud. Comuníquese con IMG o con su proveedor de seguros independiente para obtener más detalles.

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

SECCIÓN 1. Complete para todos los miembros de la familia que solicitan cobertura						
NOMBRE Escriba su nombre en letra de imprenta		ALTURA	PESO	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)	PAÍS DE NACIONALIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN EMITIDA POR EL GOBIERNO
A. Solicitante (apellido, primer nombre, segundo nombre)				__/__/__		
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				
B. Cónyuge (apellido, primer nombre, segundo nombre)				__/__/__		
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				
C. Primer hijo (menor de 19 años - apellido, primer nombre, segundo nombre)				__/__/__		
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				
D. Segundo hijo (menor de 19 años - apellido, primer nombre, segundo nombre)				__/__/__		
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				
E. Tercer hijo (menor de 19 años - apellido, primer nombre, segundo nombre)				__/__/__		
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				
Dirección de domicilio (luego de que el seguro entre en vigencia)						
Calle:						
Ciudad:		Estado:		País:		Código Postal:
Teléfono:			Correo electrónico:			
Fax:		¿Prevé residir fuera de los EE. UU. al menos 6 de los próximos 12 meses? (Si es un ciudadano estadounidense y respondió "No", no es elegible para la cobertura).				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ciudadanos estadounidenses / nacionales estadounidenses:						
Fecha en que salió (o saldrá) de los EE. UU.: __/__/__ (DD/MM/AAAA)						
Ciudadanos no estadounidenses:						
Si no es ciudadano de EE. UU., ¿tiene usted o cualquier otro Solicitante una Green Card o una visa? En caso afirmativo, complete lo siguiente:					¿Green Card?	
a. Tipo de visa _____		b. Fecha de emisión __/__/__ (DD/MM/AAAA)		<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)		Visa estadounidense <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dirección de correo (si es distinta a la ya suministrada)						
Calle:						
Ciudad:		Estado:		País:		Código Postal:
Teléfono:			Correo electrónico:			
Fax:		Si cualquiera de las direcciones anteriores está en Florida, ¿el Solicitante se encuentra actualmente en Florida? (Determina el impuesto a la prima aplicable y no afectará la cobertura)				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo con el procesamiento de mi información personal para proporcionar los servicios que he comprado, incluso para administrar reclamos y recibir comunicaciones para los miembros, de acuerdo con la Política de Privacidad de IMG.						
<input type="checkbox"/> Acepto recibir información relevante y otras comunicaciones de IMG sobre coberturas de seguros y opciones de 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.

	En caso afirmativo, muestre a un miembro de la familia usando las letras de la Sección 1.	
1. ¿Está usted u otro Solicitante actualmente discapacitado o no puede realizar ninguna actividad de la vida diaria?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Está usted u otro Solicitante actualmente hospitalizado, programado para estarlo, necesita estarlo o le han informado que debe ser hospitalizado u operado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Alguna vez usted o algún otro Solicitante dio positivo, le diagnosticaron o le trataron el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el Complejo relacionado con el SIDA (AIDS Related Complex, ARC), el síndrome de linfadenopatía, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o cualquier otro trastorno del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. ¿Alguna vez se le recomendó a usted u otro Solicitante, o se encuentran actualmente en una lista de espera para cualquier trasplante de órganos (que no sea corneal)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. ¿Practica algún deporte a nivel profesional o es piloto comercial?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si respondió SÍ en alguna de las cinco preguntas, la persona no califica para este seguro. Gracias por su interés.		
6. ¿Usted o alguno de los miembros su familia que solicitan cobertura han solicitado o comprado algún seguro a través de IMG? (En caso afirmativo: proporcione el número de certificado, si existe, y los detalles.) Al marcar sí, acepta lo siguiente: ¿Reconoce que está solicitando un certificado de cobertura completamente nuevo y no una renovación o restablecimiento de ningún certificado anterior de Global Medical Insurance® que haya comprado a través de IMG en el pasado, y que, si IMG acepta su nueva solicitud, comenzaría un nuevo período de cobertura bajo los términos, condiciones y disposiciones del nuevo certificado de seguro (incluidos, entre otros, todos los requisitos de elegibilidad, exclusiones por condiciones preexistentes y otras, períodos de espera y límites y sublímites de beneficios del plan) y su nueva cobertura no calificará para ningún beneficio de cobertura continua en función de su cobertura vencida anterior? Número de certificado:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7. ¿Usted o algún otro Solicitante ha sido diagnosticado o tratado por algún tipo de cáncer o condición precancerosa durante los últimos cinco (5) años? En caso afirmativo, explíquelo en la Sección 3.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
8. ¿Usted o algún otro Solicitante está embarazada? En caso afirmativo, indique la fecha estimada de parto: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Para las preguntas 9 a la 29: ¿Alguna vez, usted o cualquier miembro de su familia que solicita cobertura, experimentó alguna manifestación o síntoma de, sufrió, solicitó consulta, examen, prueba o recibió tratamiento o le diagnosticaron alguna enfermedad, condición, afección, problema médico, trastorno, malestar u otro problema que surja, implique o se relacione con cualquiera de los siguientes?:		
9. ¿Corazón, cardíaco, cardiovascular o circulatorio, que incluyen, entre otros: insuficiencia cardíaca congestiva, ataque cardíaco, angina, dolor de pecho, arteriosclerosis, aterosclerosis, presión arterial elevada, hipertensión, hinchazón de pies / tobillos, trombosis, flebitis, fiebre reumática o soplo cardíaco? En caso afirmativo, además de la sección 3, complete lo siguiente: a) Fecha de la última lectura de presión arterial ___/___/___ (DD/MM/AAAA) a) Última lectura de presión arterial: ___AS/___DS c) Medicamentos que toma (tipos y dosis) _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10. ¿Sangre, vasos sanguíneos, bazo, arterias, venas o trastornos de la sangre, que incluyen, entre otros: anemia, hemofilia, leucemia, hepatitis, glándulas linfáticas o colesterol alto?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
11. ¿Diabetes, hiperglicemia, hipoglicemia? Si respondió sí a diabetes, además de la sección 3, complete lo siguiente: a) Tipo: I ___ o II ___ b) Fecha de diagnóstico: ___/___/___ (DD/MM/AAAA) c) ¿Solo regulado por dieta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No d) Medicamentos (tipos y dosis) _____ e) Fecha del último examen HbA1c ___/___/___ (DD/MM/AAAA) f) Resultados de prueba HbA1c (1 - 10) _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
12. ¿Asma o alergias? En caso afirmativo, además de brindar su explicación en la sección 3, especifique cuál y complete lo siguiente: a) Fecha de diagnóstico: ___/___/___ (DD/MM/AAAA) b) ¿Se ha requerido hospitalización o tratamiento en la sala de emergencias? En caso afirmativo, describalo y enumere la(s) fecha(s): ___/___/___ (DD/MM/AAAA) c) Enumere los detonantes conocidos: _____ d) Medicamentos (tipos y dosis): _____ e) Frecuencia de los ataques: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
13. ¿Cáncer, tumor, quiste, pólipo, melanoma, sarcoma de Kaposi, trastorno celular, herpes zóster, bulto, calcificación o crecimiento de cualquier tipo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
14. ¿Trastornos del hígado, el páncreas, la vesícula biliar o el sistema endocrino, que incluyen, entre otros: trastornos de la hipófisis, la tiroides o el metabolismo, u obesidad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
15. ¿Riñón, funciones del tracto urinario, cálculos renales o vesicales, o infecciones?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
16. ¿Sistema respiratorio que incluye, entre otros: tuberculosis, trastornos pulmonares, enfisema, tos crónica, bronquitis, asma bronquial, neumonía pleural?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
17. ¿Trastornos mentales, emocionales o del sistema nervioso que incluyen, entre otros: psicosis, trastornos mentales o conductuales, trastorno por déficit de atención (attention deficit disorder, ADD) o trastorno por déficit de atención con hiperactividad (attention-deficit/hyperactivity disorder, ADHD), abuso o dependencia de sustancias químicas o drogas, alcoholismo, asesoramiento psiquiátrico o grupos de apoyo, depresión, ansiedad, fatiga crónica, o trastornos alimenticios o del sueño?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

18. ¿Trastornos neurológicos, que incluyen, entre otros: esclerosis múltiple (multiple sclerosis, MS), distrofia muscular, enfermedad de Lou Gehrig (esclerosis lateral amiotrófica [amyotrophic lateral sclerosis, ALS]), enfermedad de Parkinson, parálisis, epilepsia, convulsiones, ataques, migrañas, dolores de cabeza crónicos, derrames cerebrales o ataques isquémicos cerebrales transitorios?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
19. ¿Muscular, esquelético, espinal, óseo o articular, que incluye, entre otros: escoliosis, enfermedad o trastorno del disco, vértebras, degeneración o cualquier otra afección de la espalda o el cuello, reumatismo, artritis, gota, tendinitis, osteoporosis o inflamación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
20. Para mujeres postulantes, ¿aborto espontáneo, embarazo o parto complicados, o consulta de infertilidad, consejos o trastornos del sistema reproductivo o de la menstruación, que incluyen, entre otros: sangrado vaginal, fibromas, nódulos o quistes mamarios, trompas de Falopio, ovarios o útero y terapia de reemplazo hormonal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
21. Para los solicitantes masculinos, ¿trastornos del sistema reproductivo, que incluyen, entre otros: próstata o nivel elevado de antígeno prostático específico (prostate-specific antigen, PSA), o disfunción eréctil?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
22. ¿Condición o defecto congénito, genético, hereditario o de otro tipo que incluye, entre otros: retraso mental, síndrome de Down u otro trastorno cromosómico, trastorno físico, deformidad o defecto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
23. ¿Sistema digestivo, estómago, colon, recto o intestinos, que incluyen, entre otros: regurgitación esofágica, gastritis, úlceras, enfermedad de Crohn o diverticulitis?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
24. ¿Ojos, oídos, nariz, boca, garganta o mandíbula, que incluyen, entre otros: cataratas, glaucoma, desviación del tabique nasal, sinusitis crónica o trastorno de la articulación temporomandibular (ATM)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
25. ¿Usted o algún miembro de la familia que solicita la cobertura en la actualidad o durante los últimos cinco años han consumido tabaco de alguna forma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
26. ¿Alguna otra enfermedad, problema médico, afección, lesión o condición de cualquier tipo que no esté en la lista anterior?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
27. Durante los últimos doce (12) meses, ¿usted o algún miembro familiar que solicita cobertura experimentó síntomas o manifestación de, le diagnosticaron o recibió alguna consulta, examen, prueba o tratamiento (incluidos medicamentos) para cualquier consulta médica, de salud o mental, condición física o nerviosa? En caso afirmativo, explíquelo en la Sección 3.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
28. ¿Alguna vez, usted o algún miembro de su familia que solicita cobertura ha sido rechazado, cancelado, calificado o denegado para cobertura bajo alguna póliza de seguro de salud, vida o discapacidad? En caso afirmativo, explíquelo en la Sección 3.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
29. Durante los últimos seis (6) meses, ¿ha tenido cobertura médica integral? En caso afirmativo, presente campos adicionales para recopilar información: * Número de identificación, póliza o certificado: _____ * Nombre del plan gubernamental o seguro privado: _____ * Aseguradora o entidad gubernamental que proporciona el plan: _____ * Fecha de inicio de cobertura: __/__/__ (DD/MM/AAAA) * Fecha de fin de cobertura: __/__/__ (DD/MM/AAAA) * Incluya documentos de evidencia de la cobertura: Documentos aceptables: * Formularios 1095 * Explicación de beneficios o cartas de pago del asegurador anterior o entidad gubernamental * Declaración de cobertura del asegurador anterior o entidad gubernamental * Recibos de nómina que reflejen las deducciones del seguro de salud * Registros de anticipos del crédito de impuesto de la prima	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

SECCIÓN 2b. Enumere todos los medicamentos recetados y de venta libre, y cualquier tratamiento médico en los últimos doce meses para el Solicitante y para cada Miembro familiar por quien se aplica (use las letras correspondientes de la Sección 1). Incluya páginas adicionales si es necesario.

Miembro familiar (use las letras de la Sección 1)	Medicamentos y dosis	Condiciones	Fecha del tratamiento (DD/MM/AAAA)
			__/__/__
			__/__/__
			__/__/__
Miembro familiar (use las letras de la Sección 1)	Cirugías		Fecha del tratamiento (DD/MM/AAAA)
			__/__/__
			__/__/__
			__/__/__

Detalles del médico de cabecera. Se debe completar la siguiente información	
Nombre del médico:	Teléfono:
Dirección:	
País:	Código Postal:
Última consulta:	Motivo:

SECCIÓN 3. Información médica

Para cualquier pregunta que haya respondido "SÍ" en la Sección 2, identifique a cada miembro de la familia a quien corresponde la respuesta (utilizando la[s] letra[s] correspondiente[s] de la Sección 1) y proporcione detalles completos de la afección médica en cuestión, incluido el nombre, la dirección y el número de teléfono del (de los) médico(s) tratante(s), hospital(es), clínica(s) y todos los demás proveedores de atención médica involucrados, diagnóstico, todas las fechas de tratamiento, tipo(s) de tratamiento, pronóstico y curso actual de tratamiento. **Incluya páginas adicionales si es necesario.** IMG y la Compañía se reservan el derecho de solicitar información médica adicional antes de aceptar la solicitud.

Miembro familiar (use las letras de la Sección 1)	Condición/ diagnóstico, pronóstico, Curso pasado y presente de tratamiento(s)	Nombre(s), dirección y teléfono del médico / hospital / clínica / proveedor de atención médica	Fecha del tratamiento (DD/MM/AAAA)
			__/__/__
			__/__/__
			__/__/__
			__/__/__

Si algún miembro de la familia que solicita cobertura alguna vez ha sido rechazado, cancelado, calificado o denegado para cobertura bajo alguna póliza de seguro de salud, vida o discapacidad (vea la Pregunta 28), explique a continuación.

SUSCRIPCIÓN (Bajo la cobertura emitida por Sirius Specialty Insurance Corporation): Por la presente me suscribo y solicito convertirnos en beneficiarios de Global Medical Services Group Insurance Trust, c / o MutualWealth Management Group, Carmel, Indiana, o su sucesor, para Global Medical Insurance ® ofrecido por la Compañía en la fecha de su recepción del presente. Yo (nosotros), por el presente solicito (solicitamos) a Global Medical Services Group Insurance Trust, c/o MutualWealth Management Group, Carmel, Indiana, o su sucesor, para Global Medical Insurance® según lo ofrecido por la Compañía en la fecha de su recepción. Yo (nosotros) entiendo (entendemos) y acepto (aceptamos) que: (i) ninguna cobertura será efectiva hasta que esta Solicitud haya sido debidamente aceptada por escrito por la Compañía, (ii) ninguna modificación o renuncia relacionada con esta Solicitud o la cobertura solicitada será vinculante a la Compañía o IMG, a menos que lo apruebe por escrito un funcionario de la Compañía o IMG, (iii) IMG y la Compañía se basarán en la precisión e integridad de la información aquí provista, (iv) cualquier tergiversación u omisión contenida en este documento anulará el certificado del seguro , y todos y cada uno de los reclamos y beneficios a continuación se perderán y descartarán, (v) mediante el envío de esta Solicitud o cualquier reclamo futuro de beneficios que yo (nosotros) inicie (iniciemos) y me aproveche (nos aprovechemos) del privilegio de realizar negocios con la Compañía en Indiana, a través de IMG como su agente y administrador seleccionado, e invocar los beneficios y protecciones de sus leyes, y (vi) el contrato de seguro representado por la Póliza Maestra y evidenciado por el Certificado de seguro de fideicomiso se considerará emitido y realizado en Indianápolis, IN, y la jurisdicción y lugar únicos y exclusivos para cualquier acción judicial o procedimiento administrativo relacionado con este seguro será en el condado de Marion, Indiana, para lo cual el Solicitante (los solicitantes) acepta(n). Yo (nosotros) estoy (estamos) de acuerdo que la ley de líneas de excedentes de Indiana regirá todos los derechos y reclamos que surjan de este seguro, y el juicio de cualquier disputa será por el tribunal como investigador, sin jurado.

RECONOCIMIENTO Yo (nosotros) entiendo (entendemos) y acepto (aceptamos) que: (A)(i) los folletos de comercialización y la redacción de

certificados están disponibles a pedido antes de la solicitud; (ii) a excepción de IMG, cualquier agente de seguros, corredor u otro productor (o su sitio web), si hay alguno, involucrado con respecto a esta solicitud, actúa únicamente como mi agente legal y representa mis intereses personales, y esa persona no tiene autoridad para obligar o hablar, y no actúa como el agente legal o representante de la Compañía o IMG; (iii) si IMG acepta mi solicitud CON Cobertura Acreditada, Global Medical Insurance define "condiciones preexistentes" como: cualquier enfermedad, lesión o condición médica, o síntomas relacionados con dicha enfermedad, lesión o condición médica para la cual se ha buscado, recomendado o recibido asesoramiento médico, diagnósticos o tratamiento, incluido el autotratamiento, o que sabía o debería haber sabido razonablemente que existía, ya sea que buscara o no consejo médico, diagnóstico o tratamiento, y los cubra a menos que la condición preexistente no se haya revelado en mi solicitud o sea objeto de una exclusión especial proporcionada en un Anexo al Certificado de Seguro; (iv) si IMG acepta mi solicitud SIN Cobertura Acreditada, entonces Global Medical Insurance define "condiciones preexistentes" como: cualquier enfermedad, lesión u otro trastorno físico, médico, mental o nervioso, afección o dolencia que, con una certeza médica razonable, existía en el momento de la Solicitud o en cualquier momento antes de la fecha de vigencia de este seguro, ya sea que se haya manifestado previamente, sintomático o conocido, diagnosticado, tratado o revelado a la Compañía o IMG antes de la fecha de vigencia, e incluye todas y cada una de las complicaciones o consecuencias crónicas, subsiguientes o recurrentes relacionadas con las mismas o que resulten o surjan de ellas, y la cobertura de preexistencia de las condiciones varían según la opción del plan (debo consultar la opción de mi plan para verificar la cobertura); (v) cualquier enfermedad, lesión o condición médica que no se divulgue en mi solicitud nunca estará cubierta por este certificado o renovación; (vi) los solicitantes de seguro, la Compañía o IMG no tienen la intención de considerar ni consideran que los sujetos de seguro solicitados sean residentes, ubicados o se desempeñen en ninguna jurisdicción en particular; yand (vii) Los Solicitantes también aceptan que es su responsabilidad

proporcionar a IMG una dirección de correo electrónico, contacto u otra información verdadera, precisa y completa relacionada con la cobertura, y mantener y actualizar de inmediato cualquier cambio en esta información. Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o beneficio, o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento. (B) Este seguro médico no está sujeto ni proporciona los beneficios requeridos por PPACA. Desde el 1º de enero de 2014, la ley requiere que los ciudadanos estadounidenses y ciertos residentes de EE. UU. obtengan una cobertura de seguro que cumpla con PPACA a menos que estén exentos de ella. Se pueden imponer sanciones tributarias a los ciudadanos y residentes de los EE. UU. a quienes se les exige mantener una cobertura que cumpla con PPACA, pero no lo hacen. La elegibilidad para comprar o renovar este producto, o sus términos y condiciones, puede modificarse o editarse en función de los cambios a la ley aplicable, incluida PPACA. Es responsabilidad única y exclusiva de la persona asegurada determinar si PPACA es aplicable a ellos, y la Compañía e IMG no tendrán responsabilidad ante ninguna persona por su incumplimiento en obtener o mantener la cobertura de seguro conforme a la ley. Para obtener información sobre si le aplica o si es elegible para comprar Global Medical Insurance, consulte las Preguntas frecuentes de IMG en imglobal.com/faq.

CERTIFICACIÓN Yo (nosotros) certifico (certificamos), declaro (declaramos) y garantizo (garantizamos) a IMG y a la Compañía que: (i) he (hemos) leído las preguntas contenidas en esta Solicitud o me han sido leídas (a nosotros), y las entiendo (entendemos); (ii) mis (nuestras) respuestas a las preguntas son verdaderas, precisas y completas en todos los aspectos a la fecha del presente, y que yo (nosotros) complementaré (mos) dichas respuestas

antes de la fecha de vigencia solicitada en el caso de cualquier cambio o adición al mismo; (iii) actualmente estoy (estamos) en buen estado de salud y, a excepción de las condiciones y otra información divulgada en este documento, no he (mos) sido diagnosticado(s), consultado(s) o tratado(s), y no he (mos) experimentado manifestación o síntomas de, y no sufro (sufrimos) de ninguna condición preexistente que preveo (prevemos) que podría requerir tratamiento en el futuro o para la cual pretendo (pretendemos) reclamar bajo este seguro; y (iv) si esta solicitud se firma como tutor o apoderado del Solicitante, el firmante 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 obligar al Solicitante.

DIVULGACIÓN MÉDICA Yo (nosotros) autorizo (autorizamos) a cualquier médico, profesional de las artes curativas, hospital, clínica, centro de atención médica, farmacia, agencia gubernamental, agencia de seguros, compañía de seguros, titular de póliza grupal, empleado o administrador del plan de beneficios que tenga información sobre mi (nuestro) cuidado, asesoramiento, tratamiento, diagnóstico o pronóstico de cualquier condición física o mental o estado laboral, para proporcionar dicha información a IMG o la Compañía y mi productor/corredor involucrado en la adquisición de esta aplicación o cobertura del seguro.

GARANTÍA DE SATISFACCIÓN / PERÍODO DE REVISIÓN Se entiende que yo (nosotros) tendré (mos) 15 días a partir de la fecha de vigencia para revisar el Certificado de Seguro y todos los beneficios, términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de cobertura. Si no estoy (estamos) completamente satisfecho(s), yo (nosotros) puedo (podemos) cancelar este seguro mediante una solicitud por escrito retroactiva a la fecha de vigencia y recibir un reembolso completo de la prima.

Global Medical Insurance está suscrito por Sirius Specialty Insurance Corporation (publ) según corresponda (la "Compañía"). International Medical Group®, Inc. ("IMG®") lo distribuye y administra, como agente para y en nombre de la Compañía.

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

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

** Se requiere la firma de un tutor para cualquier Solicitante menor de dieciséis (16) años. Consulte las instrucciones para completar la solicitud, página 1, número 2, con respecto a las firmas del Tutor o Apoderado.*



Global Term Life InsuranceSM

Suscrito por by International Medical Insurance Group a través de Alstead Re distribuye y administra como agente de Sirius Bermuda Insurance Company Ltd., por International Medical Group®, Inc. ("IMG®"). Global Term Life Insurance solo está disponible al momento de la solicitud y con la compra de Global Medical Insurance®.

SECCIÓN 4. Indique el nombre de cada miembro de la familia que solicita Global Term Life Insurance.

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

Por cada persona que solicita un seguro de vida, indique:

SOLICITANTE	NOMBRES DEL BENEFICIARIO PRINCIPAL Y DE LOS BENEFICIARIOS CONTINGENTES	RELACIÓN	% DE BENEFICIO POR MUERTE
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) ciudadano(s) de EE. UU., entiendo (entendemos) que la cobertura del Global Term Life Insurance no será efectiva antes de la fecha de mi (nuestra) salida de EE. UU.

X _____ (Coloque las iniciales)	X _____ (Coloque las iniciales)	X _____ (Coloque las iniciales)
Solicitante	Cónyuge	Hijos con cobertura

Si se acepta para el plan Global Medical Insurance, entiendo que podemos calificar para Global Term Life Insurance suscrito por Sirius Bermuda Insurance Company Ltd. Por la presente, solicito el Fideicomiso de seguro grupal de Global Life Insurance Services, Bank of Bermuda, Hamilton, Bermuda, como se indicó anteriormente. Yo (nosotros) por la presente anexo (anexamos) las certificaciones, representaciones, entendimientos, acuerdos, reconocimientos, autorizaciones y garantías de la Solicitud anterior para Global Medical Insurance, y entiendo (entendemos) y acepto

(aceptamos) que los términos, condiciones, restricciones y sanciones de los mismos se aplicarán a la misma. Yo (nosotros) también entiendo (entendemos) que: (i) en el caso de que IMG no acepte esta Solicitud, su única obligación es devolverme (devolvernos) la prima; (ii) el beneficio por fallecimiento será determinado por mi (nuestra) edad al momento de mi (nuestra) muerte; y (iii) la póliza maestra para Global Term Life Insurance se emite en Bermudas y se rige 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 del deducible y cálculo de primas.

Nota: La opción de plan, la selección del deducible, el modo de pago y el área de cobertura deben ser los mismos para todos los miembros de la familia.

Seleccione una opción de plan: Bronze Silver Gold Platinum

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

Seleccione un modo de pago: Anual = 1.00 Semestral = 0.55 Trimestral = 0.28 Mensual = .10

Seleccione un área de cobertura: Mundial Mundial, excluyendo EE. UU., Canadá, China, Hong Kong, Japón, Macao, Singapur y Taiwán.

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

A excepción de Global Group, IMG no aceptará transferencias para modos de pagos semestrales, trimestrales o mensuales. Los modos de pago alternativos solo se aceptan con autorización previa para debitar su tarjeta de crédito en la(s) fecha(s) de vencimiento de sus futuras cuotas. Las primas anuales pueden pagarse mediante transferencia bancaria, eCheck (disponible en línea) o con tarjeta de crédito. El certificado de seguro puede enviarse por correo urgente por una tarifa opcional de \$25.

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

La solicitud no se puede procesar a menos que se complete esta sección.

Solicitante principal	\$ _____
Cónyuge	\$ _____
Primer hijo	\$ _____
Segundo hijo	\$ _____
Tercer hijo	\$ _____
Subtotal GMI	\$ _____

Beneficios opcionales:

Anexo de terrorismo **X** _____
(Solo para el plan Platinum. Marque la casilla e ingrese 1.25 si corresponde)

Subtotal GMI = **A\$** _____

Término de Vida Unidad Uno \$240 **X** _____ = **B\$** _____
N.º de adultos que solicitan

Término de Vida Unidad Dos \$180 **X** _____ = **C\$** _____
N.º de adultos que solicitan

Término de Vida Unidad Uno - Hijo \$100 **X** _____ = **D\$** _____
N.º de menores que solicitan

Anexo de Visión y odontología:

\$570 (mundial) o \$460 (mundial con exclusiones) **X** _____ = **E\$** _____
(Es válido para todos los planes a excepción del Platinum) miembros familiares que solicitan

Anexo para deportes opcional:

\$250 **X** _____ = **F\$** _____
(Solo disponible para las opciones de plan Gold y Platinum) miembros familiares que solicitan

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

\$ _____ **X** _____ + \$ _____ = **H\$** _____
*Subtotal G Factor modal Correo urgente opcional**

Factores modales: Anual = 1.00 Semestral = .55 Trimestral = .28 Mensual = .10 **Importe de prima adeudado**

Nota: Elegir la opción de pago semestral (factor de pago modal .55) da como resultado pagos totales del 110 % de la prima anual, elegir la opción de pago trimestral (factor de pago modal .28) da como resultado pagos totales del 112 % de la prima anual y elegir la opción de pago mensual (factor de pago modal .10) da como resultado pagos totales del 120 % de la prima anual.

* Correo urgente opcional de \$25: los certificados se le enviarán por correo urgente después de la aprobación

SI ELIGE CORREO URGENTE: Seleccione la dirección donde desea que se envíe su Certificado exprés (como se indica en la Sección 1)

Dirección de domicilio Dirección de correo

Otra (no incluya P.O. box)

PREFERIRÍA RECIBIR UN CERTIFICADO ELECTRÓNICO

Correo electrónico:

MÉTODO DE PAGO

<input type="checkbox"/> Transferencia (solo 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 el inciso adicional)		
Nombre del grupo: _____		

eCheck (ACH) disponible en línea

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

Para obtener información sobre transferencias bancarias, comuníquese con IMG. Todos los pagos deben hacerse en dólares estadounidenses y retirarse en un banco de EE. UU., en el momento en que se realiza la solicitud de cobertura. Si paga con tarjeta de crédito, autorizo a IMG a cargar en mi tarjeta de crédito el monto total adeudado. En el caso de que haya elegido pagar las primas semestral, trimestral o mensualmente, **elijo autorizar de forma previa las futuras cuotas de pago con tarjeta de crédito para el saldo del período de la póliza y para las renovaciones y, por la presente, solicito y autorizo a IMG para que haga cargos a mi tarjeta de crédito periódicamente a medida que vencen las cuotas de pago de las primas y las primas de renovación, INCLUIDAS LAS QUE SE DESCRIBEN A CONTINUACIÓN PARA LAS RENOVACIONES AUTOMÁTICAS. Esta autorización permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito y hasta que IMG reciba el aviso de revocación.** La cobertura comprada con tarjeta de crédito está sujeta a validación y aceptación por parte de la compañía de la tarjeta de crédito. Usted comprende que el monto que cobramos por la prima puede ser mayor que el monto en la hoja de tarifas según su historial médico y el proceso de suscripción, y autoriza dicho monto de pago.

N.º de tarjeta de crédito:

Fecha de Vencimiento: _____ (DD/MM/AAAA)

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

Firma autorizada: **X** _____

Nombre como aparece en la tarjeta:

N.º telefónico durante el día:

Dirección de facturación:

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA SOLICITADA: ____/____/____ (DD/MM/AAAA)

(Debe ser dentro de los 30 días posteriores a la firma. La cobertura no será efectiva en ningún caso hasta que se apruebe).

SECCIÓN 6. Información de contacto de renovación

Especifique la mejor manera de contactarlo al momento de la renovación:

Correo (proporcione una dirección)

Fax (proporcione un número de fax)

Correo electrónico (proporcione un correo electrónico)

Notificación de renovación automática

Para su comodidad, le notificaremos su prima de renovación antes de la fecha y renovaremos automáticamente su plan, evitando así cualquier interrupción accidental en la cobertura durante la renovación, a menos que, por supuesto, ya no sea elegible o nos indique lo contrario antes de la fecha.

SECCIÓN 7. Solo para productores de seguros

Número de productor IMG:

Nombre del productor:

Nombre de la empresa:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Teléfono:

Fax:

Correo electrónico:

Sitio web:

Firma del productor: **X** _____

GA N.º:

Envíe por uno de los siguientes métodos seguros:

Centro de mensajes seguro: www.imglobal.com/secure-message-center

Correo electrónico cifrado: insurance@imglobal.com

Fax: +1.317.655.4505

Correo: International Medical Group®
2960 North Meridian Street, Ste 300,
Indianapolis, IN 46208-0509 USA

Para otras consultas, llame al: +1.317.655.4500

