

# Patriot Exchange Program<sup>SM</sup> Solicitud grupal



Envíe mediante uno de los siguientes métodos seguros:  
 Centro de mensajes seguros: [www.imglobal.com/secure-message-center](http://www.imglobal.com/secure-message-center)  
 Correo electrónico: [insurance@imglobal.com](mailto:insurance@imglobal.com) Fax: +1.317.655.4505

Correo postal: International Medical Group, Inc., 2960 North Meridian St.  
 Ste 300, Indianapolis, IN 46208-0509 USA  
 Para otras consultas, llame al: +1.317.655.4500

(Adjunte hojas adicionales, si es necesario)

1	NOMBRE DEL MIEMBRO DEL GRUPO		Fecha de nacimiento (día/mes/año)	Número de identificación emitido por el gobierno	Fecha de entrada en vigor solicitada por el miembro del grupo (día/mes/año)	Fecha de vencimiento solicitada por el miembro del grupo (día/mes/año)	Fecha de salida del miembro, si es diferente de la del grupo (día/mes/año)	Tarifa mensual	Tarifa diaria (N.º de días adicionales a los meses enteros)	Tipo de visa
	País de ciudadanía	País de residencia								
<input type="checkbox"/> 1										
<input type="checkbox"/> 2										
<input type="checkbox"/> 3										
<input type="checkbox"/> 4										
<input type="checkbox"/> 5										
Marque la casilla que se encuentra frente al nombre del solicitante para identificar al acompañante/líder del profesorado. (si se selecciona la <b>Cláusula del acompañante</b> ) (adjunte hojas adicionales, si es necesario) Tenga en cuenta que: Si el solicitante es titular de una visa J2, él/ella solo es elegible para este plan si el titular de la visa J1 está asegurado por un plan a través de su programa.								SUBTOTAL: A _____ B _____		

- SOY UN REPRESENTANTE AUTORIZADO DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO Y LOS MIEMBROS DEL GRUPO ACEPTAN EL TRATAMIENTO DE SU INFORMACIÓN PERSONAL PARA PROPORCIONAR LOS SERVICIOS QUE HAN COMPRADO, INCLUSO PARA ADMINISTRAR RECLAMOS, Y RECIBIR COMUNICACIONES PARA MIEMBROS, DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD DE IMG.
- SOY UN REPRESENTANTE AUTORIZADO DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO Y LOS MIEMBROS DEL GRUPO ACEPTAN RECIBIR INFORMACIÓN RELEVANTE Y OTRAS COMUNICACIONES DE IMG SOBRE COBERTURAS DE SEGUROS Y OPCIONES DE SERVICIO. LOS MIEMBROS DEL GRUPO ENTIENDEN QUE PUEDEN RETIRAR EL CONSENTIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO.

<b>2 PRIMA</b>
Subtotal A (del subtotal A arriba) _____ x N.º de meses _____ = Total A _____
Subtotal B (del subtotal B arriba) _____ x N.º de días adicionales a los meses enteros _____ = Total B _____

<b>3 SELECCIONE EL PLAN DE COBERTURA Y LAS OPCIONES DE PLAN:</b> (Marque un plan y un límite máximo por opción de enfermedad/lesión)
Seleccione el área de cobertura y las opciones de plan:
<input type="checkbox"/> La cobertura incluye a los EE. UU. <input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$100,000 <input type="checkbox"/> \$250,000 <input type="checkbox"/> \$500,000
<input type="checkbox"/> La cobertura excluye a los EE. UU. <input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$100,000 <input type="checkbox"/> \$250,000 <input type="checkbox"/> \$500,000
<input type="checkbox"/> Marque aquí si desea el plan adicional opcional.

<b>4 OPCIÓN DE DEDUCIBLE:</b>				
<b>SELECCIONE UNO :</b> Seleccione un deducible marcándolo, y a continuación ingrese el monto del factor de la tarifa aplicable en el cuadro de cálculo de la prima en la Sección 5.				
Deducible	\$0	\$100	\$250	\$500
Factor de la tarifa	1.20	1.00	0.90	0.80

**Nota:** Si los participantes del grupo desean designar a un beneficiario, utilice el formulario de designación de beneficiarios.

<b>5 PRIMA DEL PLAN</b>	
<b>PLAN BASE</b>	
(A) Total de la prima mensual (del Total A en la sección 2)	_____
(B) Total de la prima diaria (del Total B en la sección 2)	+ _____
<b>A + B =</b>	= _____
Factor de la tarifa del deducible (consulte la sección 4)	x _____
<b>(C) Prima base</b>	= _____
<b>OPCIONES DE COBERTURA ADICIONALES</b>	
<b>Cláusula para deportes de aventura</b> (ingrese .20 si aplica)	_____
<b>Cláusula del acompañante</b> (ingrese .10 si aplica)	_____
<b>(D) Factor(es) total(es) de la cláusula</b>	= _____
<b>PRIMA TOTAL</b>	
Ingrese la cantidad de (C)	_____
Ingrese la cantidad de (D)	x 1. _____
a la derecha de 1.	= _____
\$20 correo urgente opcional	+ _____
<b>IMPORTE TOTAL ADEUDADO</b>	= _____

**6 CONTACTO DEL GRUPO U ORGANIZACIÓN PATROCINADORA (si corresponde):**

Dirección postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Nombre de contacto del funcionario responsable:		Número de identificación emitido por el gobierno:	
Envíe la confirmación de la cobertura y las comunicaciones al siguiente correo electrónico:			Número de teléfono:
<input type="checkbox"/> <b>Opción de correo postal:</b> No tengo inconveniente con las demoras relacionadas con el envío de la comunicación inicial por correo postal. Prefiero recibir una copia impresa de la carta de verificación de cobertura y del contrato.			
Si la dirección proporcionada se encuentra en Florida, ¿el grupo se encuentra actualmente en Florida? (Determina el impuesto aplicable a las líneas excedentes y no afectará la cobertura) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Fecha de entrada en vigor solicitada: ___/___/___ (DD/MMM/AAAA)	Fecha de salida más temprana: ___/___/___ (DD/MMM/AAAA)		
	Fecha de vencimiento solicitada: ___/___/___ (DD/MMM/AAAA)		
Propósito del viaje y del programa:			
Destinos:			

**7 MÉTODO DE PAGO:**

Visa  MasterCard  Discover  American Express  JBC  Transferencia  Cheque (a IMG)  Giro postal (a IMG)  cheque electrónico (ACH) (disponible a pedido)

*Al suministrar los datos de mi cuenta, deseo pagar la prima mediante tarjeta de crédito o la cuenta designada para cada Solicitante que solicite la cobertura. Si la solicitud se acepta, la prima se cobrará de la tarjeta de crédito o la cuenta designada, según el modo de pago que se haya seleccionado. Al firmar y enviar este formulario, el Solicitante declara y garantiza que tiene la tarjeta o la autorización del titular de la cuenta para usar la cuenta y de no ser así, se hará completamente responsable del pago y de todos los cargos derivados. Al enviar la solicitud firmada, acepto pagar con mi tarjeta de crédito o cuenta correspondiente el monto de la prima adeudada y haber leído todos los términos, condiciones y otras declaraciones de esta solicitud. Por la presente autorizo a IMG a debitar mi tipo de pago por 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. 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 Entiendo que se me avisará con anticipación de las primas de renovación y que pueden variar cada año. Este documento solo debe transmitirse a IMG a través de medios seguros*

N.º de tarjeta:	Fecha de vencimiento: ___/___/___ (MM/AA)	Nombre del titular de la tarjeta:
Firma: (Requerido)	N.º telefónico durante el día del titular de la tarjeta:	Correo electrónico:
Dirección de facturación del titular de la tarjeta:		

*El pago debe realizarse por la cantidad total de meses para la que desea cobertura. Todos los pagos deben efectuarse en dólares estadounidenses y girarse en bancos estadounidenses.*

**Suscripción.** El abajo firmante, en nombre del Patrocinador u Organización y de las personas arriba mencionadas (colectivamente "solicitantes"), declara y garantiza que es el agente autorizado de los solicitantes y, por la presente, solicita y suscribe, para y en nombre de cada individuo indicado en el formulario de solicitud, al Global Medical Services Group Insurance Trust, a/a MutualWealth Management Group, Carmel, IN, o su sucesor, para la cobertura de seguro solicitada anteriormente y según lo suscrito y ofrecido por Sirius Specialty Insurance Corporation (publ) (la compañía) en la fecha de su recepción del presente, y según lo administra el representante autorizado de la compañía y el administrador del plan, International Medical Group, Inc. (IMG). Los solicitantes entienden y aceptan que: (I) el seguro solicitado no es un plan de beneficios de bienestar para empleados, un producto de salud y accidentes, un seguro médico, un plan médico mayor ni un plan de salud sujeto a, o que cumple con, las leyes de EE. UU., sino que está destinado a ser utilizado como cobertura de viaje en caso de un accidente repentino y enfermedad o lesión inesperada para la que pueda estar disponible una cobertura elegible, (II) los Solicitantes deben pagar las primas de todo el período de cobertura por adelantado, y ninguna cobertura entrará en vigor hasta que se haya pagado la prima requerida y la compañía haya aceptado esta solicitud por escrito, (III) ninguna modificación o renuncia relacionada con esta solicitud o la cobertura solicitada será vinculante para la compañía o IMG a menos que sea aprobada por escrito por un funcionario de la compañía o IMG, y (IV) la compañía confía en la exactitud, veracidad e integridad de la información proporcionada en este documento y cualquier tergiversación u omisión contenida en el mismo anulará el contrato de seguro y cada uno de los reclamos y beneficios derivados del mismo se perderán y renunciarán, (V) mediante la presentación de esta solicitud o cualquier reclamo futuro de beneficios, los Solicitantes inician intencionalmente y aprovechan el privilegio de realizar negocios con la compañía en Indiana, a través de IMG como su asegurador general y administrador del plan, el contrato de seguro representado por la Póliza Maestra y evidenciado por el(los) Certificado(s) de Seguro se considerará emitido y realizado en Indianapolis, IN, y la jurisdicción única y exclusiva para cualquier procedimiento legal relacionado con el seguro será en el Condado de Marion, Indiana, para lo cual los Solicitantes dan su consentimiento. Los Solicitantes consienten y acuerdan que la ley de líneas excedentes de Indiana regirá todos los derechos y reclamos planteados en virtud del contrato de seguro. **Reconocimiento.** Los solicitantes entienden y aceptan que: (i) el productor/agente/corredor de seguros que solicita, asigna o ayuda con esta solicitud es el agente y representante de los solicitantes e IMG actúa en cumplimiento de sus obligaciones contractuales con la compañía y en nombre de la compañía, (ii) el seguro no proporciona beneficios por ninguna lesión, enfermedad, dolencia ni ningún otro trastorno físico, médico, mental o nervioso, condición o dolencia que, con razonable certeza médica, existía en el momento de la solicitud o en cualquier momento durante los tres (3) años anteriores a la fecha de vigor de este seguro, ya sea que se haya manifestado o no previamente, sintomática o conocida, diagnóstica, tratada o divulgada a la compañía antes de la fecha de vigor, e incluidas todas y cada una de las complicaciones o consecuencias subsiguientes crónicas o recurrentes relacionadas con las mismas o que resulten o surjan de ellas (una "condición preexistente"), y que todos los cargos o reclamos incurridos por condiciones preexistentes se excluirán de la cobertura del seguro, (iii) los elementos sujetos del seguro solicitado no están destinados o considerados por los solicitantes, la Compañía o IMG para residir, ubicarse, o expresamente realizarse en ninguna jurisdicción particular, y (IV) la compañía como proveedora y aseguradora del plan de seguros, es la única responsable de las coberturas y beneficios que se proporcionarán bajo el contrato de seguro e IMG no tiene ninguna responsabilidad directa o independiente bajo ningún contrato de seguro. **Autorización para la divulgación de información.** Los Solicitantes autorizan a cualquier plan de salud, proveedor de atención médica, profesional de atención médica, MIB, agencia gubernamental federal, estatal o local, compañía de seguros o reaseguros, agencia de información al consumidor, empleador, plan de beneficios o cualquier otra organización o persona que les haya brindado atención, asesoramiento, diagnóstico, pago, tratamiento o servicios a ellos o en su nombre, tenga algún registro o conocimiento de su salud, tenga información disponible en cuanto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico con respecto a cualquier condición física o mental o tratamiento de los mismos, y cualquier información no médica sobre ellos, para divulgar su expediente médico completo, archivo, historial, medicamentos y cualquier otra información que les concierna y para dar toda esa información a su agente de registro y a los representantes autorizados de la compañía, IMG y sus afiliados y subsidiarios. **Certificación.** Los Solicitantes por la presente certifican, declaran y garantizan que: (i) han leído las declaraciones anteriores y cualquier material de mercado y contrato de seguro de muestra que se puso a su disposición a pedido y antes de la solicitud o que se los han leído, y los Solicitantes los entienden, (ii) son elegibles para participar en el programa de seguro solicitado

como viajero para el que no se dispone de cobertura sanitaria nacional e EE. UU., (iii) actualmente gozan de buena salud y no se les ha diagnosticado, ni han acudido a consulta, ni han recibido tratamiento, ni han experimentado manifestaciones o síntomas de ninguna condición médica preexistente o de otro tipo que los Solicitantes prevean que pueda requerir tratamiento durante el seguro o por la que los Solicitantes pretendan reclamar en virtud del seguro, y (iv) ninguno de los Solicitantes está hospitalizado, discapacitado ni es VIH +. Si firma como representante legal del Solicitante, el firmante garantiza su autoridad y capacidad para actuar así y vincular a cada Solicitante. Al aceptar la cobertura o presentar cualquier reclamo de beneficios, cada Solicitante ratifica la autoridad del firmante para actuar y obligar a ese Solicitante. **Los Solicitantes** declaran y garantizan que, según el seguro ofrecido a los Solicitantes, la participación en el programa es completamente voluntaria; las únicas funciones del Patrocinador con respecto al seguro son, sin avalar el programa, permitir que la aseguradora dé a conocer el programa a los Solicitantes, cobrar primas y remitirlas al asegurador; y el Patrocinador no recibe ninguna contraprestación en forma de dinero en efectivo o de otro tipo en relación con el seguro. El Patrocinador reconoce que debe y acepta que divulgará cierto material, incluidos informes, declaraciones, avisos y otros documentos, a los Solicitantes, beneficiarios y otras personas específicas, incluido entre otros, la entrega de determinados materiales a todos los Solicitantes cubiertos y a los beneficiarios que reciben beneficios en virtud del contrato de seguro en momentos establecidos o si ocurren ciertos eventos; proporcionar cierto material a los Solicitantes y beneficiarios cuando lo soliciten; y poner cierto material a disposición de los solicitantes y beneficiarios para su inspección en momentos y lugares razonables. El Patrocinador declara y garantiza que utilizará medidas razonablemente calculadas para asegurar la recepción real y rápida del material por parte de los Solicitantes, beneficiarios y otras personas específicas. **Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA)** El patrocinador ha informado a todos los participantes que ellos, y cualquier cónyuge y dependiente(s) acompañantes, también pueden estar sujetos a los requisitos de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. Los Solicitantes entienden y aceptan que: (i) este seguro no está sujeto a la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA) ni proporciona las prestaciones exigidas por la misma, (ii) desde el 1.º de enero de 2014, la PPACA requiere que los ciudadanos estadounidenses, los nacionales estadounidenses y los extranjeros residentes obtengan una cobertura de seguro que cumpla con la PPACA a menos que estén exentos de la misma, y se pueden imponer sanciones a las personas que deben mantener una cobertura que cumpla con la PPACA pero no lo hacen, (iii) la elegibilidad para comprar, extender o renovar este producto, o sus términos y condiciones, pueden ser modificarse o enmendarse con base en los cambios de la ley aplicable, incluida la PPACA, y (iv) los Solicitantes entienden que es su responsabilidad exclusiva determinar si la PPACA les es aplicable, y la compañía y su Administrador no tendrán responsabilidad alguna, incluso por las sanciones en las que los Solicitantes puedan incurrir, por no obtener la cobertura requerida por cualquier ley aplicable que incluye, entre otros, la PPACA. Por la presente, el Patrocinador dispone que se ofrezca un seguro a los Solicitantes, los Solicitantes han autorizado voluntariamente esta acción por escrito, y los Solicitantes también tuvieron la oportunidad de hacer otros arreglos para obtener un seguro. Estas autorizaciones se mantienen en las expedientes del Patrocinador y se pondrán a disposición de la compañía cuando las solicite. **E-Consent.** Los Solicitantes desean recibir información y comunicarse electrónicamente, y prefieren utilizar el correo electrónico en lugar del correo ordinario. Los Solicitantes acuerdan que IMG, sus afiliadas y subsidiarias pueden proporcionar al destinatario cualquier comunicación en formato electrónico, y que no se requieren comunicaciones en papel, a menos que y hasta que el Solicitante retire este consentimiento. Los Solicitantes dan su consentimiento inequívoco para la transferencia de datos personales a entidades establecidas en un país fuera de los Estados miembros de la Unión Europea. Este consentimiento se otorga libremente, es específico para la administración de la cobertura y los beneficios, y es una indicación informada de los deseos de los Solicitantes. Los Solicitantes reconocen y entienden que la transferencia es necesaria para la ejecución de un contrato, tomada en respuesta a su solicitud, y necesaria para la celebración o ejecución de un contrato celebrado en su interés. Los Solicitantes también aceptan que es su responsabilidad proporcionar a IMG una dirección de correo electrónico, contacto y otros datos relacionados con la cobertura que sean verdaderos, precisos y completos, y mantener y actualizar de inmediato cualquier cambio en esta información. Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro o una prestación, o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

Firma del funcionario responsable <b>X</b>	Fecha: ___/___/___ (DD/MMM/AAAA)		
<b>SOLO PARA USO DEL PRODUCTOR DE IMG</b>			
Número del productor:	Nombre:		
Correo electrónico:	Número de teléfono:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal: