

Student Health Advantage – 团体申请

1.	参与者申请承保	国籍国与原居国	出生日期	政府颁发的 身份证件 号码	参与者要求的生效日期 和失效日期 如果与团体日期不同	# 承保月 份数	保险费率	# 月份数乘以 费率
□1	申请人姓名与电子邮箱: 配偶: 子女: 子女:	CC: CR:			EF: EX:			
□2	申请人姓名与电子邮箱: 配偶: 子女: 子女:	CC: CR:			EF: EX:			
□3	申请人姓名与电子邮箱: 配偶: 子女: 子女:	CC: CR:			EF: EX:			
□4	申请人姓名与电子邮箱: 配偶: 子女: 子女:	CC: CR:			EF: EX:			
□5	申请人姓名与电子邮箱: 配偶: 子女: 子女:	CC: CR:			EF: EX:			

(如有需要请另附页)

小计 A: _____

2. 可选保险项目

填写 .20
以选择冒险运动追加条款

填写 .70
以选择六个月原有疾病追加条款

+ _____

(B) 合计 = _____
追加条款保费 (B)
系数

在第3节填写这一数值。

3. 保费计算

$$\frac{\text{小计 A}}{\text{小计 A}} \times 1. \frac{\text{(B)}}{\text{追加条款}} + \frac{\$20}{\text{快递费}} = \frac{\text{应缴}}{\text{总额}}$$

追加条款 快递费
保费系数 如有要求

如果要求采用按月支付选项, 必须随同本申请表缴纳一个月的保费。每月发票将随后寄送。

选择计划选项: Standard Platinum

仅限IMG保险业务员使用

保险业务员号# _____

总代理号# _____

姓名 _____

地址 _____

市, 州, 邮编 _____

电话: _____

电子邮箱: _____

注意: 如果该团体中的参与者想要指定一名受益人, 请使用受益人指定表格。

全球性心灵的平安 (Global Peace of Mind®)

www.imglobal.com | 1.800.628.4664



0115

注册

1. 填写申请表的所有部分并签名
2. 如果通过支票或汇票支付, 请将抬头填写为IMG, 并随同已签名的申请表一起装入信封
3. 邮寄、传真或发送电子邮件至:
International Medical Group, Inc., P.O. Box 88509, Indianapolis, IN 46208-0509 USA
传真 1.317.655.4505
电子邮箱: insurance@imglobal.com

主办方或机构 _____

邮寄地址 _____
市/州/邮编 _____
电话 _____ 传真 _____
政府颁发的身份证号码 _____
授权代表姓名 _____
将保险范围和通信地址的确认发送到以下电子邮箱:

如果上述地址在佛罗里达州, 该团体目前是否位于佛罗里达州?

(用于决定适用的超额保险费, 不影响保险范围)

是 否

邮寄选项: 我不介意通过普通邮件接收原始通信而导致的延迟, 并且也倾向于收到保险项目验证信和保险合同的纸质副本。

要求的保险生效日期 _____
出发的最早日期 _____
要求的保险失效日期 _____
旅行和计划的目的 _____
目的地 _____

付款方式 支票 (开始IMG) 电汇 汇票 (开始IMG) JCB
 MasterCard Visa American Express Discover
电子支票 (ACH) 可在线操作

在此提供我的账户信息, 主办方希望通过信用卡或者为每位要求承保的申请人指定账户支付保费。如果申请被接受, 信用卡或指定账户将根据所选择的付款方式支付保费。通过签署并提交此申请表, 主办方代表并保证, 使用该账户已得到该卡或账户持有人的授权, 否则, 主办方将对支付和累计费用承担全部责任。通过提交签名的申请表, 主办方同意通过我的信用卡或可用账号支付拖欠的保费金额, 已经阅读并同意所有条款、条件和此申请表中的其他声明。任何人在保险申请中, 故意提出支付损失或赔付的虚假或欺诈性的索赔, 都是犯罪, 可能会受到罚款和监禁的处罚。

卡号# _____
截止日期 _____
持卡人姓名 _____
授权签名 _____
持卡人电话与电子邮箱 _____
持卡人账单地址 _____

1. 申购。 主办机构 (主办方) 代表并保证, 它是参与者的授权代理机构, 并且在此代表申请表格所列的参与者, 通过MutualWealth Management Group, Carmel, IN, 转呈Global Medical Services Group Insurance Trust或者他们的继任者, 申请并认购Student Health Advantage Program, 此计划在收到此文件之日, 由 Sirius International Insurance Corporation (publ) (本公司) 提供和担保, 并由本公司的授权机构和计划执行者International Medical Group, Inc. (IMG) 执行。主办方代表其本身和参与者, 了解并同意: (i) 所申请的保险不是一般的健康保险, 而是用于参与者在承保范围内的突发意外的疾病或受伤, (ii) 保险计划不可续保, (iii) 主办方必须支付整个承保期间的保险费, 并且在本公司书面接受该申请或者由IMG代表接受该申请之后, 保单才能生效, (iv) 在本公司或IMG的主管书面批准之前, 不能修改或放弃本申请, 保单申请将和本公司或IMG绑定, (v) 通过提交该申请和/或任何未来的赔付索赔, 主办方代表其本身和参与者, 决定接受并利用本公司在印第安纳州开展业务的优势, 通过IMG作为其管理的普通承保人和计划管理人, 通过主保单所代表的保险合同, 保险凭证的凭证将视为由印第安纳州印第安纳波利斯印制及发行, 有关本保险的任何法律程序的唯一和专属管辖权和地点, 都将在印第安纳州马里恩县, 主办方代表其本身和参与者, 特此表示同意。印第安纳州超额保险法将根据保险凭证规范所有权利和索赔。

2. 确认。 主办方代表其本身及参与者, 了解并同意: (i) 请求、指派或协助本申请的保险业务员/代理人/经纪人, 是申请人的代理人 and 代表, (ii) 对于有合理的医疗鉴定、在申请时或保险生效日之前12个月内任意时间已经存在的任何受伤、患病、不适、疾病, 或其它物理、医疗、心理或精神疾病、障碍或疾病, 包括任何后遗症、慢性或反复发生的并发症、与之相关或者由其产生、无论在生效日期之前是否有表现或已知、已诊断、已治疗或已披露的疾病 (称为“原有疾病”) (称为“原有疾病”), 本保险均不提供给付, 在本保险中, 原有疾病的所有费用和/或索赔, 都是不承保项目, (iii) 涉及到保险申请的目的, 主办方、参与者、本公司或IMG没有意图或考虑成为居民、定居或明确表示留在美国某个州, 并且 (iv) 本公司, 作为该计划的营运商和核保人, 根据保险合同的规定, 对承保项目和赔付承担全部责任。

3. 授权信息发布。 主办方代表每一位参与者, 授权任何健康计划、健康护理提供者、健康护理专家、MIB、联邦、州或地方政府机构、保险或再保险公司、消费者报告机构、雇主、福利计划、或任何为参与者或代表参与者利益而提供护理、咨询、诊断、支付、治疗或服务或其他组织或个人, 拥有任何参与者健康记录或内容的其他组织或个人, 拥有任何用于诊断、治疗或预测任何身体或精神疾病的信息, 和/或参与者治疗、以及关于参与者的非医疗信息的其他组织或个人, 可以向参与者的记录代理机构和经授权的本公司代表、IMG及其分支机构和子公司公开参与者的全部医疗记录、文件、病史、用药情况, 以及任何其他关于参与者的信息及所有此类信息。

4. 证明。 主办方代表其本身和所有参与者, 在此证明、声明并保证我们已经阅读过上述声明和营销资料和保险合同样本, 这些资料在申请之前已根据要求提供, 并且了解上述声明的内容。所列的各位参与者: (i) 有资格参与所申请的保险项目, 并且(ii) 当前身体状况良好, 未被确诊过、寻求咨询过或治疗过, 无患病表现或症状、也未忍受过任何原有疾病的病痛, 没有他/她预料到保险期间需要治疗的疾病, 或者他/她打算在此保险中索赔的疾病。如果作为主办方和每位参与者的合法代表签名, 签名者须保证其有权限和能力代表申请者。通过验收承保项目和/或提交任何赔付的索赔, 每位参与者批准签名者和主办方有权代表该参与者。

5. 主办方代表并担保。 在提供给参与者的保险中, 参与该计划是完全自愿的; 主办方对于保险的唯一职责是, 允许保险公司对参与者公布该计划, 收取保费并汇给保险公司, 不必认可该计划; 主办方不用担心会以现金或其它形式与保险产生关联。主办方确认必须且同意向参与者、受益者和其他指定个人公开某些材料, 包括报告、声明、通知和其他文档, 包括但不限于在规定的时间内或某些事件发生时, 提供某些材料给所有根据保险合同受承保的参与者、以及根据保险合同的受益者; 根据要求提供某些材料给参与者和受益者; 在合理的时间和地点, 提供某些材料给参与者和受益者检查。主办方代表并保证, 将会使用合理的措施, 以确保参与者、受益者和其他指定个人及时接收材料。

6. 患者保护与普及医疗法案 (PPACA) 主办方已经通知所有参与者, 他们以及任何随行的配偶和子女, 也可能需要符合普及医疗法案的要求。主办方代表其自身及参与者表示理解并同意: (i) 本保险与PPACA无关, 且不提供其要求的相关福利, (ii) 2014年1月1日, PPACA要求美国公民、美国国民和外籍购买PPACA兼容的保险, 除非他们得到PPACA的豁免。那些被要求购买PPACA兼容保险的美国公民和美国居民, 如果没有购买, 则可能被依法予以处罚。(iii) 我购买、延期、更新本产品或其条款和条件的资格, 根据适用法律的变更, 包括PPACA, 可能被修改或修订。(iv) 我理解, 判定PPACA是否适用于我, 这完全是我自己的责任。本公司和IMG对任何人出于任何原因无法获得要求的或适用的保险项目不负任何责任, 包括任何被保人可能受到的任何处罚。

主办方在此特安排提供给参与者的保险, 参与者自愿书面授权此行为, 参与者也有机会做出其他安排、以获得保险。这些授权将由主办方归档保存, 并可根据要求提供给本公司。

7. 主办方代表其本身和参与者 特此证明、声明并保证, 他们已经阅读或者有人读给他们听, 本申请表上的所有陈述。主办方代表其本身和参与者声明, 回答都是真实、完整和正确的记录; 而且本申请表所列的旅行者在购买计划的日期身体条件允许旅行。主办方代表其本身和参与者了解并同意, 在接受本申请表并支付应付总额的前提下, 承保将于完成申请表且被接受和批准后第二天凌晨12:01开始。主办方代表其本身和参与者了解, 如果因任何原因保费退还未付款, 承保将不再生效。主办方代表其本身和参与者, 确认并理解, 如果收到保险合同后不是完全满意, 被保人可以在保险合同所列的审核期限内, 向公司发送书面申请, 申请撤销保险追溯到生效日期, 从而得到已支付保费的返还。主办方代表其本身和参与者, 希望收到电子信息和通信, 并且倾向于使用电子邮件而不是普通邮件。主办方代表其本身和参与者, 同意IMG可以为接受者提供任何电子方式的沟通, IMG不需要发送纸质通信, 除非直到参与者撤回该许可。主办方代表其本身和参与者, 也同意参与者有责任为IMG提供真实、准确和完整的电子邮箱地址、联系人、和其他与保险有关的信息, 并保持和及时更新信息的任何改变。

_____ 责任官签名

_____ 日期