

# Student Health Advantage<sup>SM</sup> 团体申请表

(五人或五人以上团体)



请通过以下任意一种安全方式寄送:

安全讯息中心: [www.imglobal.com/secure-message-center](http://www.imglobal.com/secure-message-center)

电子邮箱: [insurance@imglobal.com](mailto:insurance@imglobal.com) 传真: +1.317.655.4505

邮寄地址: International Medical Group, Inc., 2960 North Meridian St.

Ste 300, Indianapolis, IN 46208-0509 USA

如有其他疑问, 请致电: +1.317.655.4500

1	团体成员姓名		出生日期 (年/月/日)	政府签发的 身份证号码	团体成员要 求的生效 日期 (年/月/日)	团体成员要 求的截止 日期 (年/月/日)	团体成员出 发日期(如与 团队不同) (年/月/日)	每月费用*	每日费用*	签证 类型
	国籍	居住国								
1										
2										
3										
4										
5										
(如需要, 请另附页)							小计 A	B		

\*如果您有至少五个主要受保人, 请使用团体费率表; 否则, 请使用个人费率表。

- 本人为该团体之成员的授权代表。该团体之成员同意根据 IMG 隐私政策 (可在 [www.imglobal.com/legal/privacy-policy](http://www.imglobal.com/legal/privacy-policy) 查询) 处理其个人信息, 以提供其所购买的服务, 包括管理索赔, 并接受成员通信。
- 本人为该团体之成员的授权代表。该团体之成员同意从 IMG 处接收关于保险承保范围和服务选项的相关信息及其他通信。该团体之成员理解他们可以随时撤销同意。

## 2 保费

小计 A (上述所得小计 A) ×  $\frac{\quad}{\text{月份数}}$  = 总计 A

小计 B (上述所得小计 B) ×  $\frac{\quad}{\text{其余天数 除整月外}}$  = 总计 B

分期月付 (请先在申请书第 4 部分计算您的总保费)

总保费 ÷ 月份数 = 月保费 × 1.04 = \$ 定期付款 (最低初始付款有要求)

## 3 选择保险计划和计划选项: (勾选一项保障地区, 最多勾选一个计划选项)

选择承保地区及计划选项:

<input type="checkbox"/> 承保范围 (不含美国)	<input type="checkbox"/> 标准
<input type="checkbox"/> 承保范围 (含美国)	<input type="checkbox"/> 白金

请注意: 如果团体中有参保人希望指定受益人, 请使用受益人指定表。

## 4 计划保费

**基本计划**

(A) 月保费合计 (第 2 部分合计 A)	_____
(B) 日保费合计 (第 2 部分合计 B)	+ _____
A + B =	= _____
(C) 基本保费	= _____

**其他保险选项**

**Adventure Sports Rider (冒险运动附加险)**  
(如适用, 请输入 .20) \_\_\_\_\_

(D) 总附加险系数 = \_\_\_\_\_

**总保费**

输入金额 (C)	_____	
输入金额 (D)	x 1. _____	
至 1. 的右侧。	= _____	
\$20 可选递进费用	+ _____	
<b>应付总金额</b>	= _____	

**5 团体联系人和/或赞助机构 (如适用):**

赞助机构名称 (如适用):

邮寄地址:	城市:	州:	邮政编码:
责任联系人姓名:	政府签发的身份证号码:		
将保险确认书及相关通信发送至电子邮箱:			电话号码:

**邮寄选项:** 我不介意通过平邮寄送所造成的初始通信接收延误。我更倾向接收纸质承保范围确认书和保险合同。

如果所提供的地址位于佛罗里达州, 申请团体是否现居住于佛罗里达州? (用于确定适用的盈余线税 (Surplus Line Tax), 不会影响承保范围)  是  否

要求的生效日期: ___/___/___ (年/月/日)	最早出发日期: ___/___/___ (年/月/日)
	要求的截止日期: ___/___/___ (年/月/日)

旅行和项目目的:

目的地:

**6 付款方式:**

Visa 卡  万事达卡  Discover 卡  美国运通卡  JBC 国际信用卡  电汇  支票 (付给 IMG)  汇票 (付给 IMG)  电子支票 (ACH) (可按要求提供)

通过提供我的账户信息, 我希望用信用卡或指定账户为每位申请保险的申请人支付保险费。本申请表一经批准, 将按照选定的付款模式向信用卡持卡人或指定账户发送保费账单。通过签署并提交此表, 申请人声明并保证其已获得该卡或账户持有人的授权, 得以使用该账户, 如未获得授权, 将对付款及由此产生的任何费用承担全部责任。通过提交此经签署的表格, 我同意通过我的信用卡或适用账户支付所欠保费, 且我已阅读并同意本申请表中的所有条款、条件及其他陈述。我特此授权 IMG 按照我的付款类型扣除应付总额。如果我选择每半年、每季度或每月支付保费, 我特此选择预先授权信用卡预分期付款, 用于保单期的结算和续保, 并特此请求并授权 IMG 在保费和续保费的分期付款到期时定期从我的信用卡中扣除该等费用。该授权一直有效, 直至我以书面形式对其进行撤销且 IMG 确实收到我的撤销通知。通过信用卡支付须经由信用卡公司核实和接受。我理解保费可能每年变换, 如有更新保费, 我将事先收到通知。该文件仅允许通过安全方式送至 IMG。

卡号 #:	有效期: ___/___ (年/月)	持卡人姓名:
签名: (必填)	持卡人日间电话:	电子邮箱:

持卡人账单地址:

您须付清承保月份的所有款项。所有款项应以美元支付, 自动清算银行须为美国的银行。

**投保。** 签字人代表担保人或组织及上述所有个人 (统称为“申请人”) 声明并保证其是全体申请人的授权代理人, 并特此代表申请表上列出的每个人向 Global Medical Services Group Insurance Trust (由位于印第安纳州卡梅尔的 MutualWealth Management Group 转交) 或其继承人申请并投保上述所选保险。此保险由 Sirius Specialty Insurance Corporation (publ) (以下简称为“公司”) 在收到此申请表的日期起承保和提供, 并由公司的授权代表和计划管理者 International Medical Group, Inc. (IMG) 负责管理。申请人理解并同意: (i) 所申请保险不是雇员福利项目、意外和健康险、普通健康保险、重大疾病险、或遵循美国法律的保险, 而是为了在发生可能适用于符合保险条件的突然和意外 疾病或伤害时, 作为申请人的旅行医疗保险; (ii) 申请人必须提前支付整个保险期间的保费, 在申请人支付全部保费且公司以书面形式接受此申请前, 任何该保险下的保 障都不会生效; (iii) 在公司或 IMG 的官员以书面形式批准申请之前, 与此申请或所申请保险相关的任何修改或对权责的放弃都不具有约束力; (iv) 公司依赖于申请表中所 提供信息的准确性、真实性和完整性, 表格中的任何错误信息或不完整信息都会导致保险合同失效以及一切赔付和福利项目的收回和取消; (v) 通过提交此申请和/或任 何未来的索赔申请, 申请人即有目的地启动并利用通过由 IMG 作为承保管理者和计划管理者与公司在印第安纳州开展业务的特权, 由总保 单代表且由保险凭证证明的保 险合同将被视为在印第安纳州印第安纳波利斯制定和颁发, 与此保险有关的任何法律程序的唯一和专属管辖区域和审判地将是印第安纳州马里 恩县, 对此申请人表示 明确同意。印第安纳州溢额法将监管保险凭证下的所有权利和索 赔。**确认。** 申请人理解并同意: (i) 销售该保险或协助此申请的保险业务员/代理人/经纪人, 或被指 定的保险业务员/代理人/经纪人即是申请人的代理人及代表; (ii) 本保险不为任何具有合理的医学确定性的, 在申请时或在保险生效日期前三年内即已存在的任何伤害、 疾病或其他身体、医学、心理和神经紊乱的状况或疾病提供赔付, 无论这些状况或疾病之前是否已表现出来、有症状或已知, 是否已被诊断、治疗或在生效日期之前 向公司披露, 包括任何和全部后续、慢性或反复并发症或这些状况或疾病有关或因其而造成的后果。 (即“预先存在的状况”), 而所有因预先存在的状况而产生 的费用和/或索赔都将不在此保险的保障范围之内; (iii) 所申请保险的主体不是为了, 也不会被申请人、公司或 IMG 认为是定居、位于, 或专门在任意特定的司法和裁 定权辖区内履行; (iv) 公司作为保险计划的运营者及保险公司, 将全权负责保险合同中提供的保障和赔付项目, 并且 IMG 不承担任何 保险合同下的直接或间接责任。**授权信息披露。** 担保人代表各申请人, 授权任何健康计划、医疗服务提供者、医疗保健专业人士、MIB、联邦、州或地方政府机构、保险或再保险公司、消费者信用报 告机构、雇主、赔付计划或任何向申请人或代表申请人提供护理、建议、 诊断、付款、治疗或服务, 拥有申请人的健康记录或知晓申请人的健康状况, 拥有任何可用 于诊断、治疗和预后任何身体或心理状况和/或申请人的治疗的信息, 以及任何将披露 申请人的完整医疗记录、档案、病历、药物的非医疗信息和关于申请人的任何 其他信息的组织或个人, 并授权上述各方将任何和全部信息交与申请人的备案的代理人以及公司、 IMG 及其关联公司和子公司的授权代表。**声明。** 担保人代表自己和 申请人特此证明、声明并保证, 申请人已阅读上述声明以及任何在提出要求和在在申请前提供的营销材料和样本保险合同, 申请人理解上述声明; (ii) 申请人作为不符 合购买美国国内保险的旅行

和访问者, 有资格申请该保险; (iii) 所有申请人目前的健康状况良好, 没有收到诊断、接受 会诊或治疗, 没有任何异常表现或症状, 且 没有任何预先存在的或预见将在此保险期间 接受治疗或意图寻求此保险赔偿的其他医疗状况; (iv) 所有申请人目前没有住院、残疾, 或者 感染或携带人体免疫缺陷病毒 (HIV) (v) 作为担保人及申请人的法定代表, 签字人应保 证其具有如此行事及约束担保人和各申请人的权力和能力。通过接受保险和/或提交任何 赔付索赔, 申请人者认 可签字人和担保人具有如此行事及约束申请人的权力。**申请人声明并保证,** 在向申请人提供的保险下, 申请人参与该保险计划是完全自愿的; 在申请、订立 和履行保险 合同的过程中, 担保人的职责不是拥护和支持该项目, 而是允许保险人向申 请人宣传该项目, 收取保费并转交给保险人; 并且担保人不得因该保险而收取现金或任何其 它形式的报酬。担保人知晓并同意其必须且将会向申请人、受益人和其他特定的个人透 露相关材料, 包括报告、声明、通知以及其它文件, 包括但不限于当收到申请 人或受益人 要求时向他们提供相关材料; 并且在合理的时间和场合向申请人和受益人提供相关材料 以用于检查核对。担保人声明并保证其将采取合理的措施以保证申 请人、受益人和其他 特定的个人实际、及时地收到所要求的材料。**患者保护与平价医疗法案 (PPACA)** 担保人已 通知所有申请人, 他们和任何陪同的配偶和家属可 能还会受到《平价医疗法案》要求的限 制。申请人理解并同意: (i) 本保险不受 PPACA 制约, 也不提供其要求的赔付项目; (ii) 2014 年 1 月 1 日, PPACA 要求美国公民、美国 国民和外籍居民购买符合 PPACA 要求的保险, 除非他们 得到 PPACA 的豁免 (持有 F、J、M 和 Q 签证的国际学生 (以及学生的部分家庭成员) 在他们 在美国的最初 5 年内不受 此强制保险限制。所有 J 类签证持有人 (教师、实习人员、工作和旅 游项目参与者、互惠生、高中生) 持有者可在过去六年中的两年内不受此强制保险限制); (iii) 被要求 购买符合 ACA 要求的保险的美国公民和美国居民, 如果没有按要求做, 则可能 受到处罚; (iv) 购买或续保本产品的资格性或产品条款和条件可能会根据适用法律 (包括 PPACA) 的变更而被修改或修订。请注意, 决定 PPACA 是否对申请人适用, 这完全是申请人的 责任。对于申请人可能受到的任何因未持有符合 PPACA 要求的保险而导致的 惩处, 本公司 和 IMG 不承担任何责任。担保人特此安排将保险提供给申请人, 申请人已通过书面形式 自愿授权批准此行为, 并且申请人已被提供其它购买保险的途径 和机会。这些授权已由 担保人备案, 并会根据要求向公司提供。**电子通信授权。** 担保人代表自己和申请人表示希 望以电子方式接收信息和通讯, 且与常规信件相比, 更倾向于使用电子邮件。担保人代表 自己和申请人同意 IMG 可以向担保人和申请人提供任何电子版通讯, 而不需要寄送纸质 通讯和资料, 直至担保人或申请人撤销此同意。担保人和申 请人明确地向欧盟成员国 以外国家的实体传递私人信息。该授权为自愿授予, 专用于管理保险保障和赔付项目, 并且申请人知晓该授权表达其真实意愿。申请人 知晓并理解这种信息传递是因履约、回 应申请人的要求, 以及为了订立和履行为了申请人的利益而订立的保险合同所必需的。担 保人和申请人还同意, 申请人有责任 向 IMG 提供真实、准确且完整的电子邮件地址、合同 和其他与保险有关的信息, 以及维护并及时更新此信息中的任何变更。任何故意提供虚假 或欺诈性的索赔信息以弥 补支付损失或福利或者故意在保险申请中提供虚假信息的人 都是违法的, 并可能被依法处以罚款或监禁。

负责人签名 <b>X</b>	日期: ___/___/___ (年/月/日)		
<b>仅供 IMG 保险代理人使用</b>			
代理人编号:	姓名:		
电子邮箱:	电话号码:		
地址:	城市:	州:	邮政编码:

如果您有至少两名主要受保人和至少五名受保人, 请使用团体费率表; 否则, 请使用个人费率表。