

Student Health Advantage - Solicitud de Grupo

1.	Participantes que solicitan cobertura	País de Ciudadanía y País de Residencia	Fecha de Nacimiento	Número de Identificación Emitido por el Gobierno	Fecha de entrada en Vigencia solicitada por el participante y Fecha de Vencimiento, en caso de ser distinta al grupo	# de Meses de Cobertura	Tarifa de Prima	# de Meses Multiplicados por Tarifa
<input type="checkbox"/> 1	Nombre y Correo Electrónico del Solicitante: Cónyuge: Hijo(a): Hijo(a):	PC: PR:			VI: VE:			
<input type="checkbox"/> 2	Nombre y Correo Electrónico del Solicitante: Cónyuge: Hijo(a): Hijo(a):	PC: PR:			VI: VE:			
<input type="checkbox"/> 3	Nombre y Correo Electrónico del Solicitante: Cónyuge: Hijo(a): Hijo(a):	PC: PR:			VI: VE:			
<input type="checkbox"/> 4	Nombre y Correo Electrónico del Solicitante: Cónyuge: Hijo(a): Hijo(a):	PC: PR:			VI: VE:			
<input type="checkbox"/> 5	Nombre y Correo Electrónico del Solicitante: Cónyuge: Hijo(a): Hijo(a):	PC: PR:			VI: VE:			

(adjuntar hojas adicionales en caso de ser necesario)

SUBTOTAL A: _____

2. Coberturas Opcionales

Endoso para Deportes de Aventura anotar .20 _____

Endoso para Condición Preexistente de Seis Meses anotar .70 + _____

(B) Total del factor de la prima del endoso = _____ **(B)**

Enter this amount in Section 3.

3. Premium Calculation

$$\text{Subtotal A} \times 1. \frac{\text{(B) Factor de la Prima del Endoso}}{\text{Factor de la Prima del Endoso}} + \frac{\$20 \text{ Correo Urgente Encasodesolicitar}}{\text{Factor de la Prima del Endoso}} = \text{TOTAL MONTO ADEUDADO}$$

En caso de solicitar la opción de pago mensual, debe enviar la prima de un mes junto con la solicitud. Las facturas mensuales se enviarán a partir de entonces.

Seleccionar la Opción de Plan: Standard Platinum

Para Uso Exclusivo del Productor IMG

de Productor _____

GA# _____

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Nota: Si los participantes dentro del grupo desean designar a un Beneficiario, favor de usar el Formulario de Designación de Beneficiario.

Para Inscripción

1. Llenar todas las secciones y firmar la Solicitud
2. En caso de pagar con cheque o giro postal, favor de hacer pagadero a IMG y guardar dentro de un sobre con la Solicitud firmada
3. Correo, fax o correo electrónico a: International Medical Group, Inc., P.O. Box 88509, Indianapolis, IN 46208-0509 USA, Fax 1.317.655.4505
Correo Electrónico: insurance@imglobal.com

Organización Patrocinadora _____
Dirección de Envío _____
Ciudad/Estado/Código Postal _____
Teléfono _____ Fax _____
Número de Identificación Emitido por el Gobierno _____

Nombre de Contacto del Funcionario Responsable _____

Enviar Confirmación de Cobertura y comunicaciones al siguiente Correo Electrónico: _____

Si la dirección indicada arriba se encuentra en Florida, ¿el grupo actualmente se encuentra en Florida? (Determina los impuestos de línea excedentes o extraterritoriales y afectará la cobertura) Sí No

Opción de Correo: *No me molestan los retrasos asociados con la recepción de la comunicación inicial mediante correo normal y prefiero también recibir una copia en papel de la carta de verificación de cobertura y el contrato de seguro*

Fecha de Entrada en Vigencia Solicitada _____

Fecha de Partida Más Próxima _____

Fecha de Vencimiento Solicitada _____

Propósito del Viaje y Programa _____

Destinos _____

Método de Pago Cheque (a IMG) Giro Postal (a IMG) Transferencia

MasterCard Visa American Express Discover JCB
 eCheck (ACH) disponible en línea

Al proporcionar la información de mi cuenta, el Patrocinador desea pagar la prima por medio de la tarjeta de crédito o de la cuenta designada por cada solicitante de cobertura. Si la solicitud es aceptada, la prima se cobrará de la tarjeta de crédito o cuenta designada por el método de pago seleccionado. Al firmar y presentar este formulario, el Patrocinador declara y garantiza que tiene la tarjeta o la autorización del titular de la cuenta para utilizar la cuenta, de lo contrario, será plenamente responsable del pago de todo cargo correspondiente. Al presentar la solicitud firmada, el Patrocinador se compromete a pagar a través de mi tarjeta de crédito o cuenta aplicable el monto de la prima adeudada y ha leído y acordado todos los términos, condiciones y otras declaraciones en esta solicitud. Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y reclusión en una prisión.

#Número de Tarjeta _____

Fecha de Vencimiento _____

Nombre del Titular de la Tarjeta _____

Firma Autorizada _____

Teléfono y Correo Electrónico del Titular de la Tarjeta _____

Domicilio de Facturación del Titular de la Tarjeta _____

1. Suscripción. La Organización Patrocinadora (Patrocinador) declara y garantiza ser el agente autorizado de los participantes y por la presente solicita y suscribe, en nombre y representación de los participantes enumerados en la Solicitud a Global Medical Services Group Insurance Trust, c/o MutualWealth Management Group, Carmel, IN, o su sucesor, para el Student Health Advantage Program como es suscrito y ofrecido por Sirius International Insurance Corporation (publ) (la Compañía) en la fecha de su recepción de la presente, y como es administrado por el agente autorizado y administrador del plan de, International Medical Group, Inc. (IMG) de la Compañía. El Patrocinador en nombre propio y de los participantes comprende y acepta: (i) el seguro solicitado no es un seguro médico general, sino que está diseñado para uso de los participantes en caso de una enfermedad o lesión súbita e inesperada para los que la cobertura elegible puede disponerse, (ii) la cobertura no es renovable, (iii) el Patrocinador debe pagar las primas por la totalidad del periodo de cobertura solicitado y ninguna cobertura entrará en vigencia hasta que esta solicitud sea aceptada por escrito por la Compañía o por IMG en su representación, (iv) ninguna modificación o renuncia relativa a esta solicitud o la cobertura solicitada será vinculante para la Compañía o IMG a menos que un funcionario de la Compañía o IMG la apruebe por escrito, y (v) mediante la presentación de esta solicitud y/o cualquier reclamación futura para los beneficios que el Patrocinador a nombre propio y de los participantes intencionalmente inicie y aproveche el privilegio de realizar operaciones comerciales con la Compañía en Indiana, a través de IMG como su IMG como su gestor de seguros general y administrador del plan y el contrato del seguro representado por la Póliza Maestra y como lo demuestra el Certificado de seguro será considerado como emitido y producido en Indianapolis, IN, y la jurisdicción y competencia única y exclusiva para todo procedimiento legal relativo a este seguro será en el condado de Marion, Indiana, y para el cual el Patrocinador a nombre propio y de los participantes por la presente otorga su consentimiento expreso. La ley de líneas excedentes o extraterritoriales de Indiana regirá todos los derechos y reclamaciones planteados en virtud del Certificado de Seguro.

2. Reconocimiento. El Patrocinador a nombre propio y de los participantes comprende y acepta que: (i) el productor/agente/broker que solicita, está asignado a, o asiste con esta solicitud es el agente y representante de los solicitantes, (ii) este seguro no proporciona beneficios por lesión, enfermedad, o trastorno, condición o aflicción físico, médico, mental o nervioso distinto que, con certeza médica razonable, existía al momento de la solicitud o en momento alguno durante los tres años previos a la fecha de entrada en vigencia del seguro, haya sido o no anteriormente manifestado, sintomático o conocido, diagnosticado, tratado o revelado a la Compañía previo a

la fecha de entrada en vigencia, e incluyendo alguna o todas las complicaciones o consecuencias subsecuentes, crónicas o recurrentes relativas al mismo o que resulten o emanen del mismo (una "condición preexistente"), y que todos los cargos y/o reclamaciones incurridos por condiciones preexistentes serán excluidos de la cobertura en virtud del seguro, (iii) los sujetos solicitantes del seguro no tienen el propósito ni son considerados por el Patrocinador, los participantes, la Compañía o IMG como residentes, ubicados o a ser expresamente realizados en estado particular alguno de los Estados Unidos, y (iv) la Compañía, como portador y suscriptor del plan de seguro, es el único responsable de las coberturas y los beneficios que serán provistos en virtud del contrato de seguro.

3. Autorización para la Divulgación de la Información. El Patrocinador en nombre de cada participante autoriza que todo plan médico, proveedor de servicios médicos, profesional de servicios médicos, MIB, agencia federal, estatal o local, compañía aseguradora o reaseguradora, agencia de informes crediticios, empleador, plan de beneficios o toda otra organización o persona que ha provisto atención, asesoría, diagnóstico, pago, tratamiento o servicios al participante o en nombre del participante, tiene registro o conocimiento alguno sobre la salud del participante, tiene información alguna disponible relativa al diagnóstico, tratamiento y pronóstico relativo a toda condición y/o tratamiento físico o mental del participante, y toda información no-médica sobre el participante, a divulgar la totalidad del expediente médico, archivo, historial, medicamentos del participante y toda otra información sobre el participante y a proveer cualquiera y toda esa información al agente de registro del participante y a los representantes autorizados de la Compañía, IMG y sus afiliados y subsidiarias.

4. Certificación. El Patrocinador a nombre propio y de los participantes por la presente certifica, declara y garantiza haber leído las declaraciones precedentes y todo material de marketing y el contrato de seguro de muestra que le fueron dispuestos a solicitud y previo a la solicitud, y haber comprendido las declaraciones precedentes y que cada participante enumerado: (i) es elegible para participar en el programa de seguro solicitado, y (ii) actualmente se encuentra en buena salud y no ha sido diagnosticado con, buscado consulta o recibido tratamiento para, y no ha sufrido la manifestación o los síntomas de y no sufre condición médica preexistente o distinta alguna para la cual prevea que podría requerir tratamiento durante este seguro o para la cual tiene la intención de presentar una reclamación en virtud de este seguro. Como el representante legal del Patrocinador y cada participante, el abajo firmante garantiza su autoridad y capacidad para así actuar y obligar al Patrocinador y a dichos participantes. Al aceptar la cobertura y/o presentar reclamación alguna por los beneficios, cada participante ratifica y afirma la autoridad del firmante y Patrocinador para así actuar y obligar al participante.

5. El Patrocinador declara y garantiza que en virtud del seguro ofrecido a los participantes, la participación en el programa es completamente voluntaria; las funciones exclusivas del Patrocinador respecto al seguro es, sin patrocinar al programa, permitir al asegurador publicar el programa a los participantes, cobrar las primas y remitirlas al asegurador; y el Patrocinador no recibe consideración alguna en forma de dinero en efectivo o de otra manera en relación al seguro. El Patrocinador reconoce que debe y acuerda que divulgará ciertos materiales, incluyendo reportes, declaraciones, notificaciones y otros documentos a los participantes, beneficiarios y otros individuos especificados, incluyendo sin limitación, proporcionar ciertos materiales a todos los participantes cubiertos en virtud del contrato de seguro y los beneficiarios que reciban beneficios en virtud del contrato de seguro en fechas determinadas o en caso de que ocurran ciertos eventos; proporcionar ciertos materiales a los participantes y beneficiarios cuando los soliciten; y poner ciertos materiales a disposición de los participantes y beneficiarios para su inspección en fechas y lugares razonables. El Patrocinador declara y garantiza que empleará medidas razonablemente calculadas para asegurar que los participantes, beneficiarios y otros determinados individuos en realidad reciban de manera oportuna los materiales.

6. LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE (PATIENT PROTECTION AND AFFORDABLE CARE ACT, PPACA) El Patrocinador ha informado a todos los participantes que ellos, y todo cónyuge o dependiente acompañante, también podrían estar sujetos a los requisitos de la Ley de Cuidado de Salud Asequible. El Patrocinador a nombre propio y de los participantes comprende y acepta que: (i) este seguro no está sujeto a y no provee los beneficios requeridos por PPACA, (ii) a partir del 1 de enero de 2014, PPACA exige que los ciudadanos de EE.UU., nacionales de EE.UU. y extranjeros residentes obtengan una cobertura de seguro compatible con PPACA, a menos que estén exentos de PPACA, y que sanciones podrán ser impuestas a las personas que están obligadas a conservar una cobertura compatible con PPACA pero no lo hacen, (iii) mi elegibilidad para comprar, extender o renovar este producto, o sus términos y condiciones, se podrá modificar o enmendar con base en los cambios a la ley aplicable, incluso PPACA, y (iv) comprendo que soy exclusivamente responsable de determinar si PPACA me es aplicable, y la Compañía e IMG no tendrán responsabilidad alguna, incluyendo por las sanciones en las que el asegurado pueda incurrir, en caso de no obtener la cobertura exigida o compatible.

El Patrocinador por la presente dispone que el seguro sea ofrecido a los participantes, los participantes han autorizado esta acción por escrito de manera voluntaria y también se concedió a los participantes la oportunidad de adoptar otras medidas para obtener seguro. Estas autorizaciones permanecen archivadas por el Patrocinador y serán puestas a disposición de la Compañía a petición.

7. El Patrocinador a nombre propio y de los participantes por la presente certifica, declara y garantiza que ha leído o le han sido leídas las declaraciones en esta solicitud. El Patrocinador a nombre propio y de los participantes declara que las respuestas son verdaderas, completas y registradas correctamente; y que todos los viajeros enumerados en esta solicitud son médicamente aptos para viajar a la fecha de adquisición de este programa. El Patrocinador a nombre propio y de los participantes comprende y acepta que, sujeto a la aceptación de esta solicitud y el pago de la totalidad del monto adeudado, la cobertura comenzará a las 12:01 AM. en el día siguiente a cuando esta solicitud completa se reciba y apruebe. El Patrocinador a nombre propio y de los participantes comprende que en caso de la devolución de la prima sin pago, por cualquier motivo, la cobertura quedará anulada y sin efecto. El Patrocinador a nombre propio y de los participantes reconoce y comprende que en caso de no estar enteramente satisfecho tras recibir el contrato de seguro, la persona asegurada podrá solicitar la cancelación del seguro retroactiva a la fecha de entrada en vigencia enviando una solicitud por escrito a la Compañía dentro del periodo de revisión descrito en el contrato de seguro, y por lo tanto recibir un reembolso de la prima pagada. El Patrocinador a nombre propio y de los participantes desea recibir información y comunicarse de manera electrónica y prefiere emplear el correo electrónico en vez de correo normal. El Patrocinador a nombre propio y de los participantes acuerda que IMG puede proveer toda comunicación en formato electrónico al receptor y que IMG no está obligado a enviar comunicaciones en papel, excepto y hasta que el participante retire su consentimiento. El Patrocinador a nombre propio y de los participantes también acuerda que es responsabilidad del participante proporcionar a IMG una dirección de correo electrónico, contacto y otra información relativa a la cobertura de manera verdadera, precisa y completa, y a mantener y actualizar sin demora todo cambio a esta información.

Firma del Funcionario Responsable _____

Fecha _____