

Envíe por uno de los siguientes métodos seguros:

Centro de Mensajes Seguros: www.imglobal.com/secure-message-center

Para hacer otras consultas, llame al número de teléfono +1.317.655.4500

Correo electrónico: insurance@imglobal.com

Fax: +1.317.655.4505

1	NOMBRE DEL MIEMBRO DEL GRUPO		Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	N.º de ID emitido por el gobierno	Fecha de entrada en vigor solicitada por el miembro del grupo (DD/MM/AAAA)	Fecha de vencimiento solicitada por el miembro del grupo (DD/MM/AAAA)	Fecha de salida del miembro del grupo si es diferente a la del grupo (DD/MM/AAAA)	Tarifa mensual*	Tarifa diaria*	Tipo de visa
	País de la nacionalidad	País de residencia								
1										
2										
3										
4										
5										
(Adjunte hojas adicionales de ser necesario)							SUBTOTAL:	A _____	B _____	

* Use la hoja de tarifas de grupo si tiene al menos cinco asegurados principales; en caso contrario, use la hoja de tarifas individuales.

- SOY UN REPRESENTANTE AUTORIZADO DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO Y ESTOS ACEPTAN EL PROCESAMIENTO DE SU INFORMACIÓN PERSONAL PARA PROPORCIONAR LOS SERVICIOS QUE COMPRARON, INCLUIDA LA ADMINISTRACIÓN DE RECLAMOS, ASÍ COMO PARA RECIBIR COMUNICACIONES PARA LOS MIEMBROS, DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD DE IMG.
- SOY UN REPRESENTANTE AUTORIZADO DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO Y ESTOS ACEPTAN RECIBIR INFORMACIÓN PERTINENTE, ASÍ COMO OTRAS COMUNICACIONES DE IMG SOBRE COBERTURAS DE SEGURO Y OPCIONES DE SERVICIO. LOS MIEMBROS DEL GRUPO ENTIENDEN QUE PUEDEN RETIRAR SU CONSENTIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO.

2 PRIMA

_____ x _____ = _____
 Subtotal **A** (del subtotal **A** indicado arriba) N.º de meses Total **A**

_____ x _____ = _____
 Subtotal **B** (del subtotal **B** indicado arriba) N.º de días restantes del plazo de meses completos Total **B**

Para pagar en cuotas mensuales (calcule primero su prima total en la sección 4 de la solicitud)

_____ ÷ _____ = _____ x 1.04 = \$ _____ (se exige un pago inicial mínimo)
 Prima total Número de meses Tasa de facturación Pago periódico

3 SELECCIONE EL PLAN DE COBERTURA Y LAS OPCIONES DEL PLAN: (marque un plan y una opción de límite máximo)

Seleccione la zona de cobertura y la opción del plan:

Cobertura excluding los EE.UU. Estándar

Coverage including los EE.UU. Platinum

4 PRIMA DEL PLAN

PLAN BASE

(A) Prima mensual total (del total A en la sección 2) _____

(B) Prima diaria total (del total B en la sección 2) + _____

A + B = _____

(C) Prima básica _____

OPCIONES DE COBERTURA ADICIONALES

Opció Deportes de Aventura (ingrese 0.20, si procede) _____

(D) Factor(es) Total _____

PRIMA TOTAL

Escriba la cantidad en (C) _____

Escriba la cantidad en (D) x 1. _____

a la derecha de 1. _____

\$20 de correo urgente opcional + _____

CANTIDAD TOTAL A PAGAR _____

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

5 CONTACTO DEL GRUPO U ORGANIZACIÓN PATROCINADORA (si procede):

Nombre de la organización patrocinadora (si procede):			
Dirección postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Nombre del oficial de contacto responsable:		N.º de ID emitido por el gobierno:	
Envíe la confirmación de la cobertura y las comunicaciones al siguiente correo electrónico:			Número telefónico:
<input type="checkbox"/> Opción de correo: No tengo problema con los retrasos asociados a la recepción de la comunicación inicial por correo regular. Prefiero recibir una copia en papel de la carta de verificación de la cobertura y del contrato de seguro.			
Si la dirección proporcionada está en Florida, ¿el grupo está actualmente ubicado en Florida? (Determinar si corresponde un impuesto de líneas excedentes y no afectará su cobertura) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Fecha de entrada en vigor solicitada: ___/___/___ (DD/MM/AAAA)		Fecha de salida más próxima: ___/___/___ (DD/MM/AAAA)	
		Fecha de vencimiento solicitada: ___/___/___ (DD/MM/AAAA)	
Propósito del viaje y programa:			
Destinos:			

6 MÉTODO DE PAGO:

Visa MasterCard Discover American Express JBC Transferencia Cheque (a nombre de IMG) Orden de pago (a nombre de IMG)

Cheque electrónico (ACH) (disponible previa solicitud)

Al suministrar los datos de mi cuenta, deseo pagar la prima mediante tarjeta de crédito o la cuenta designada para cada solicitante que requiera cobertura. Si se acepta la solicitud, se facturará la prima a la tarjeta de crédito o a la cuenta designada según la modalidad de pago seleccionada. Al firmar y enviar este formulario, el solicitante declara y garantiza que cuenta con la autorización del titular de la tarjeta o de la cuenta para utilizarla y, en caso contrario, asumirá toda la responsabilidad del pago y de los cargos que se acumulen en ella. Al presentar la solicitud firmada, accedo pagar a través de mi tarjeta de crédito o de la cuenta correspondiente el monto de la prima adeudada, además he leído y acepto todos los términos, condiciones y demás declaraciones de la presente solicitud. Autorizo a IMG para que cargue a mi tipo de pago el monto total a pagar. En caso de que haya elegido pagar las primas semestral, trimestral o mensualmente, por la presente opto por preautorizar el cobro de futuras cuotas de pago mediante tarjeta de crédito para el resto del periodo de la póliza y para las renovaciones. Igualmente, por medio de la presente solicito y autorizo a IMG para que cargue periódicamente a mi tarjeta de crédito las cuotas de pago de las primas y de las renovaciones a medida que se vayan venciendo. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que la revoque por escrito y hasta que IMG reciba efectivamente la notificación de anulación. La cobertura adquirida con tarjeta de crédito está sujeta a la validación y aceptación por parte de la compañía de la tarjeta de crédito. Entiendo que se me notificará con antelación sobre las primas de renovación y que estas pueden variar cada año. Este documento solo se debe enviar a IMG a través de medios seguros.

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

El pago se debe hacer por la cantidad total de meses que se desea cubrir. Todos los pagos se deben hacer en dólares estadounidenses y en bancos de los EE. UU.

SUSCRIPCIÓN. El abajo firmante, en nombre propio, del Contacto del Grupo, del Patrocinador, de la Organización o de los asegurados individuales ("solicitante") representa y garantiza que está firmando en representación de sí mismo o que es el representante autorizado de los solicitantes, y por la presente solicita y suscribe con Global Medical Services Group Insurance Trust, a cargo de RBB Financial LLC Indianapolis, IN, o su sucesor, para la cobertura de seguro solicitada anteriormente y según lo suscrito y ofrecido por SiriusPoint Specialty Insurance Corporation (cotizada) (la Compañía) en la fecha de recepción del presente documento y según lo administrado por el representante autorizado de la Compañía y administrador del plan, International Medical Group, Inc. (IMG). Los solicitantes entienden y aceptan (i) que el seguro solicitado no es un plan de beneficios de bienestar para empleados, un producto de accidentes y salud, un seguro de salud, un seguro médico principal ni un plan de salud sujeto a las leyes de los EE. UU. o que cumpla con ellas, sino que está destinado a usarse como cobertura de viaje en caso de enfermedad o lesión repentina e inesperadas para la que puede haber cobertura elegible; (ii) los solicitantes deben pagar las primas correspondientes a todo el periodo de cobertura por adelantado, y la cobertura no será efectiva hasta que la prima requerida haya sido pagada y esta solicitud haya sido aceptada por escrito por la Compañía; (iii) ninguna modificación ni exención relativa a esta solicitud o a la cobertura solicitada será vinculante para la Compañía o IMG, a menos que un oficial de la Compañía o de IMG lo apruebe por escrito; (iv) la Compañía confía en la exactitud, veracidad y exhaustividad de la información proporcionada en el presente documento, y cualquier tergiversación u omisión contenida en este anulará el contrato de seguro y todos los reclamos y beneficios en virtud de este se perderán y se renunciará a ellos; y (v) al presentar esta solicitud o cualquier reclamo futuro de beneficios, los solicitantes inician y aprovechan de forma expresa el privilegio de hacer negocios con la Compañía en Indiana a través de IMG como su suscriptor general y administrador del plan; el contrato de seguro representado por la póliza maestra y evidenciado por el Certificado 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 por la presente dan su consentimiento. Los solicitantes autorizan y aceptan que la ley de líneas excedentes de Indiana regulará todos los derechos y reclamos planteados en virtud del contrato del seguro. **RECONOCIMIENTO.** Los solicitantes entienden y aceptan que (i) el Productor, agente o corredor de seguros que hace la solicitud está asignado o asiste en esta solicitud es el agente y representante de los solicitantes y que IMG actúa en cumplimiento de sus obligaciones contractuales con la Compañía y en nombre de esta; (ii) el seguro no proporciona beneficios por ninguna lesión, enfermedad, afección, dolencia u otro trastorno físico, médico, mental o nervioso, condición o padecimiento que, con razonable constancia médica, existiera en el momento de la solicitud o en cualquier momento durante los tres (3) años anteriores a la fecha de entrada en vigor, tanto si se ha manifestado previamente, es sintomática o conocida, diagnosticada, tratada o declarada a la Compañía antes de la fecha de entrada en vigor, incluidas todas las complicaciones o consecuencias subsiguientes, crónicas o recurrentes relacionadas con estas o resultantes o derivadas de estas (una "condición preexistente"), y que todos los cargos o reclamos incurridos por condiciones preexistentes serán excluidos de la cobertura del seguro; (iii) los motivos por los que se solicitó el seguro no están previstos ni considerados por los solicitantes, que la Compañía o IMG sea residente, esté ubicada o que expresamente responda a una jurisdicción específica; y (iv) la Compañía, en su calidad de aseguradora del plan de seguro, es la única responsable de las coberturas y beneficios que se proporcionarán en virtud del contrato de seguro, y que IMG no tiene ninguna responsabilidad directa ni independiente en virtud de ningún contrato de seguro. **AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN.** Los solicitantes autorizan a cualquier plan de salud, proveedor de atención médica, profesional de la salud, Oficina de Información Médica (Medical Inspection Bureau, MIB), agencia gubernamental federal, estatal o local, compañía aseguradora o reaseguradora, agencia de informes de los consumidores, empleador, plan de beneficios o cualquier otra organización o persona que les haya proporcionado atención, asesoramiento, diagnóstico, pago, tratamiento o servicios a ellos o en su nombre, que tenga cualquier registro o conocimiento de su salud, así como que tenga cualquier información disponible en cuanto a diagnóstico, tratamiento y pronóstico con respecto a cualquier condición física o mental o tratamiento de ellos, además de cualquier información no médica sobre ellos, para que divulgue sus expedientes médicos completos, archivo, historial, medicamentos y cualquier otra información concerniente a ellos, así como para que proporcione cualquier información a su agente oficial y a los representantes autorizados de la Compañía, IMG y sus afiliados y subsidiarios. **CERTIFICACIÓN.** Los solicitantes certifican, declaran y garantizan que (i) han leído las declaraciones mencionadas, así como todo el material de mercadeo y el modelo de contrato de seguro que se les facilitó previo pedido y antes de la solicitud, o que se les ha leído, y que los solicitantes los entienden; (ii) son elegibles para participar en el programa de seguro solicitado como viajero para el que no está disponible cobertura de atención médica nacional de los EE. UU.; (iii) gozan de buena salud y que no se les ha diagnosticado, informado o tratado, ni han experimentado manifestaciones o síntomas de ninguna condición preexistente ni de otro tipo que los solicitantes prevean que pueda requerir tratamiento durante el periodo del seguro o por la que los solicitantes tengan intención de hacer reclamos en el marco del seguro; y (iv) cada solicitante no está hospitalizado, no tiene ninguna discapacidad ni tampoco es VIH+. Si se firma como representante legal del solicitante, el firmante garantiza su autoridad y capacidad para actuar y comprometer de manera vinculante a cada solicitante. Al aceptar la cobertura o presentar cualquier solicitud de beneficios, cada solicitante ratifica la autoridad del firmante para actuar y comprometer de manera vinculante a cada solicitante. **LOS SOLICITANTES** declaran y garantizan que, en virtud del 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 el asegurador promocio el programa con los solicitantes, cobrar las primas y remitirlas al asegurador; y el Patrocinador no recibe ninguna contraprestación en forma de dinero en efectivo ni de otro tipo en relación con el seguro. El Patrocinador reconoce que debe y está de acuerdo en divulgar cierto material, incluidos informes, declaraciones, avisos y otros documentos, a los solicitantes, beneficiarios y otras personas especificadas, lo que incluye, entre otros, proporcionar cierto material a todos los solicitantes cubiertos por el contrato de seguro y a los beneficiarios que reciban beneficios conforme al contrato de seguro en los momentos establecidos o si ocurren ciertos eventos; proporcionar cierto material a los solicitantes y a los beneficiarios cuando lo soliciten; y a poner cierto material a disposición de los solicitantes y de los beneficiarios para su revisión en momentos y lugares razonables. El Patrocinador declara y garantiza que utilizará medidas razonablemente evaluadas para garantizar la recepción real y rápida del material por parte de los solicitantes, beneficiarios y otras personas especificadas. **AVISO IMPORTANTE SOBRE LA LEY DE AMPARO DEL PACIENTE Y ATENCIÓN MÉDICA ASEQUIBLE (PATIENT PROTECTION AND AFFORDABLE CARE ACT, PPACA).** Se les informó a los solicitantes que ellos, y cualquier cónyuge y dependiente que los acompañe, también pueden estar sujetos a las exigencias de la Ley de Atención Asequible. Los solicitantes entienden y aceptan que este seguro no está sujeto a la PPACA ni proporciona beneficios exigidos por esta. La PPACA exige que los ciudadanos estadounidenses, los nacionales de los EE. UU. y los extranjeros residentes obtengan una cobertura de seguro que cumpla con la PPACA, a menos que estén exentos de hacerlo. Se pueden aplicar sanciones a las personas que tengan la obligación de mantener una cobertura que cumpla con la PPACA y no lo hagan. La elegibilidad para comprar o renovar este producto, o sus términos y condiciones, se puede modificar o enmendar con cambios en la ley correspondiente, incluida la PPACA. Tenga en cuenta que es responsabilidad exclusiva de los solicitantes determinar si los requisitos del seguro rigen para ellos, y la Compañía y su Administrador no tendrán responsabilidad alguna, incluidas sanciones en las que puedan incurrir los solicitantes, por no haber procurado la cobertura exigida por cualquier ley correspondiente, lo que incluye, entre otras, la PPACA. Por la presente, el abajo firmante dispone que se ofrezca un seguro a los solicitantes. Los solicitantes autorizaron voluntariamente esta decisión por escrito, y también se les dio la oportunidad de hacer otros arreglos para obtener el seguro. Estas autorizaciones se conservan en los archivos del abajo firmante y se pondrán a disposición de la Compañía cuando lo solicite. **CONSENTIMIENTO ELECTRÓNICO.** Los solicitantes desean recibir información y comunicarse electrónicamente y prefieren utilizar una dirección de correo electrónico en vez de correo regular. Los solicitantes aceptan que IMG, sus filiales y subsidiarias puedan enviar a cada persona asegurada cualquier comunicación en formato electrónico, y que no se ameriten comunicaciones impresas, a menos y en tanto el solicitante anule este consentimiento. Los solicitantes otorgan su consentimiento inequívoco a 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, se adopta en respuesta a su solicitud y se requiere para la celebración o ejecución de un contrato establecido para su provecho. Los solicitantes también aceptan que es su responsabilidad proporcionar a IMG una dirección de correo electrónico, un contacto y otros datos verdaderos, exactos y completos relacionados con la cobertura, así como mantener y actualizar rápidamente cualquier cambio en esta información. Toda persona que, con conocimiento de causa, presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de un siniestro o beneficio, o que, con conocimiento de causa, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y a prisión.

Firma del oficial responsable X	Fecha: ___/___/___ (DD/MM/AAAA)		
USO EXCLUSIVO DEL PROMOTOR DE IMG			
Número de Productor:	Nombre:		
Correo electrónico:	Número telefónico:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Utilice la hoja de tarifas de grupo si tiene, al menos, dos titulares principales y, al menos, cinco asegurados; en otros casos, utilice la hoja de tarifas individuales.