

# Student Health Advantage – 个人申请

1. 填写申请表所有部分并签名
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, Indiana  
 46208-0509 USA  
 传真: 1.317.655.4505  
 电子邮箱: insurance@imglobal.com

请用正楷书写:  男  女

主申请人姓名: 先生/女士/小姐 姓: \_\_\_\_\_ 名: \_\_\_\_\_ 中间名: \_\_\_\_\_

邮寄地址: \_\_\_\_\_

国籍国: \_\_\_\_\_ 原居国: \_\_\_\_\_

目的地国家: \_\_\_\_\_ 电话: \_\_\_\_\_

将保险范围和通信地址的确认发送到以下:

电子邮箱: \_\_\_\_\_

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

如果上述邮寄地址在佛罗里达州, 该申请者目前是否位于佛罗里达州?  是  否

(用于决定适用的溢额保险费, 不影响保险范围)

要求的保险生效日期: \_\_\_\_\_ 政府颁发的身份证号码: \_\_\_\_\_

受益人:

姓名: 名: \_\_\_\_\_ 姓: \_\_\_\_\_

关系: \_\_\_\_\_

## 1. 选择承保区域

- 非美国公民 - 全球适用, 不包括原居国  
 美国公民 - 全球适用, 不包括美国

## 2. 选择计划选项

- Standard  Platinum

## 3. 申请承保的个人姓名

投保人姓名	出生日期	月保险费率
主申请人 _____	_____	_____
配偶 _____	_____	_____
子女 _____	_____	_____
子女 _____	_____	_____

小计 A \_\_\_\_\_

## 4. 保费计算

小计 A \_\_\_\_\_  
 # 月份数 \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_  
 估计每月保费 \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_  
 冒险运动追加条款  
 (如果需要, 乘以 1.20) \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_  
 估计保费 \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_  
 快递费  
 (如果需要, 加\$20) \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_  
 应缴总额 = \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

全球性心灵的平安 (Global Peace of Mind®)

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

在此提供我的账户信息, 主办单位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, 主办单位代表并保证, 使用该账户已得到该卡或账户持有人的授权, 如果没有, 将对付款和累计费用付全责。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 \_\_\_\_\_

申购 我(们) 在此通过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。我(们) 了解并同意: (i) 所申请的保险不是一般的健康保险, 而是用于我(们) 在承保范围内的突发意外的疾病或受伤, (ii) 我(们) 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, (iii) 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, (iv) 通过提交该申请和/或任何未来的赔付索赔, 我(们) 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作为其管理的普通核保人和计划管理人, 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, 申请人(们) 特此表示同意。我(们) 赞成并同意, 印第安纳州溢额保险法将根据保险凭证规范所有权利和索赔。

确认. 我(我们) 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(们) 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已有表现或已知、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, 申请人(们)、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。

授权信息发布 我(们) 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、或任何为我或代表我的利益而提供护理、咨询、诊断、支付、治疗或服务的其他组织或个人, 拥有任何我的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/或我的治疗、以及关于我的非医疗信息的所有其他组织或个人, 可以向我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我的全部医疗记录、文件、病史、用药情况, 以及任何关于我的信息及所有此类信息。

证明 我(们) 在此证明、声明并保证: (i) 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。或者这些材料已经有人读给我(们) 听, 并且我们已经了解, (ii) 作为美国国内健康保险计划无法覆盖的旅行者, 我(们) 有资格参与所申请的保险项目, (iii) 我(们) 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, 没有我(们) 预料到保险期间需要治疗的疾病, 或者我(们) 打算在此保险中索赔的疾病。如果作为申请人的合法代表签名, 签名者须保证其有权限和能力代表申请人。通过验收承保项目和/或提交任何赔付的索赔, 申请人批准签名者有权代表该申请人。

患者保护与普及医疗法案 (PPACA) 我了解并同意: (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、美国国民和外侨购买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。

证明 我(们) 特此证明、声明并保证, 我(们) 已经阅读或者有人读给我(们) 听, 本申请表上的所有陈述。我(们) 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。我(们) 理解并同意, 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。我(们) 理解, 如果因任何原因保费退还未付款, 承保将不再生效。我确认并理解, 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。我希望收到电子信息和通信, 并且倾向于使用我的电子邮箱地址而不是普通邮件。我同意IMG可以为我提供任何电子方式的沟通, IMG不需要发送纸质通信, 除非直到我撤回该许可。我也同意我有责任为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。

主申请人或法律代表签名 (如有要求)

日期: \_\_\_\_\_

全球性心灵的平安 (Global Peace of Mind®)

www.imglobal.com | 1.800.628.4664

