

Solicitud del plan Student Health AdvantageSM



Envíe por uno de los siguientes métodos seguros:

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

Correo electrónico: insurance@imglobal.com

Fax: +1.317.655.4505

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

1 INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE PRINCIPAL:

Primer nombre:	Apellido:	Segundo nombre:
N.º de ID emitido por el gobierno:	Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

2 KIT DE BIENVENIDA Y MÉTODO DE ENTREGA DE LA INFORMACIÓN:

Las comunicaciones se deben enviar por correo electrónico a:

SOLO para el envío por correo postal del kit de bienvenida: No tengo problema con los retrasos asociados a la recepción de la comunicación inicial por correo regular. Prefiero recibir una copia impresa de la carta de verificación de cobertura y del contrato de seguro a la siguiente dirección:

Nombre:	Dirección:
Ciudad:	Código postal:
País:	

Si la dirección proporcionada está en Florida, ¿el solicitante está actualmente ubicado en Florida? (Determinar si corresponde un impuesto de líneas excedentes y no afectará su cobertura) Sí No

- AUTORIZO EL PROCESAMIENTO DE MI INFORMACIÓN PERSONAL PARA PROPORCIONAR LOS SERVICIOS QUE HE COMPRADO, INCLUIDA LA ADMINISTRACIÓN DE RECLAMOS, ASÍ COMO PARA RECIBIR COMUNICACIONES PARA LOS MIEMBROS, DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD DE IMG, QUE SE ENCUENTRA EN EL SITIO WEB IMGGLOBAL.COM/LEGAL/PRIVACY-POLICY.
- ACEPTO RECIBIR INFORMACIÓN PERTINENTE, ASÍ COMO OTRAS COMUNICACIONES DE IMG SOBRE COBERTURAS DE SEGURO Y OPCIONES DE SERVICIO. ENTIENDO QUE PUEDO RETIRAR MI CONSENTIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO.

3 OPCIONES DEL PLAN Y DE COBERTURA ADICIONAL:

Seleccione la zona de cobertura y la opción del plan:

<input type="checkbox"/> Cobertura que no incluye a los EE. UU.	<input type="checkbox"/> Estándar <input type="checkbox"/> Platinum
<input type="checkbox"/> Cobertura que incluye a los EE. UU.	

País de la nacionalidad:	País de residencia:
--------------------------	---------------------

Países de destino:	Fecha de entrada en vigor solicitada: __/__/__ (DD/MM/AAAA)
--------------------	---

4 CÁLCULO DE LA PRIMA:

Nombre de las personas a asegurar: (Adjunte hojas adicionales en caso de haber más hijos)	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Tarifa mensual	N.º de meses de cobertura de viaje	Total	Tarifa diaria	N.º de días restantes del plazo de meses completos	Total	Tipo de visa
Estudiante/ Becario	__/__/__	_____ x _____ = _____			_____ x _____ = _____			
Cónyuge	__/__/__	_____ x _____ = _____			_____ x _____ = _____			
Hijo 1	__/__/__	_____ x _____ = _____			_____ x _____ = _____			
Hijo 2	__/__/__	_____ x _____ = _____			_____ x _____ = _____			
	TOTAL	(A)		(B)			(C)	

Beneficiaries
If applicants would like to designate a beneficiary, the beneficiary designation form can be accessed via www.imglobal.com/member.



5 PRIMA DEL PLAN:

PLAN BÁSICO

(B) Prima mensual total
(De B en la sección 4)

(C) Prima diaria total
(De C en la sección 4)

B + C =

(D) Prima básica

OPCIONES DE COBERTURAS ADICIONALES

(E) Opcional de deportes de aventura
(ingrese .20 si corresponde)

(F) Opcional de protección de dispositivos móviles
(ingrese .59 si corresponde)

(G) Total de Factor (s) Opcional (es) x _____

PRIMA TOTAL

Escriba la cantidad en (D)

Escriba la cantidad en (G) a la derecha de 1.

\$20 de correo urgente opcional + _____

MONTO TOTAL DE LA PRIMA A PAGAR = _____

Para pagar en cuotas mensuales, divida el total por el número de meses y multiplique por 1.04

(Se exige un pago inicial mínimo)

N.º de meses x 1.04 =

Pago periódico

USO EXCLUSIVO DEL PROMOTOR DE IMG

N.º de promotor:

Nombre:

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal:

Teléfono:

Correo electrónico:

6 TÉRMINOS DE LA SOLICITUD:

SUSCRIPCIÓN. El abajo firmante, en nombre propio o como representante autorizado, por la presente solicita y suscribe con Global Medical Services Group Insurance Trust, a cargo de c/o 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 repentinamente e inesperadas para la que puede haber cobertura elegible; (ii) los solicitantes deben pagar las primas correspondientes a todo el período 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; (v) al presentar esta solicitud o cualquier reclamación futura 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 Indianápolis, 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 promotor, 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) que gozan de buena salud y que no se les ha diagnosticado, informado o tratado, ni han experimentado manifestaciones o síntomas de ninguna condición preexistente o de otro tipo que los solicitantes prevean que pueda requerir tratamiento durante el período 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 reclamo de beneficios, cada solicitante ratifica la autoridad del firmante para actuar y comprometer de manera vinculante a cada solicitante. **AVISO IMPORTANTE SOBRE LA LEY DE AMPARO DEL PACIENTE Y ATENCIÓN MÉDICA ASEQUIBLE (PATIENT PROTECTION AND AFFORDABLE CARE ACT, PPACA).** Este seguro no está sujeto a la PPACA y no proporciona los 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. 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 base en 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. **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 asegurado o del apoderado (obligatoria)

X

Fecha: ___/___/___ (DD/MM/AAAA)

Teléfono:

7 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 proporcionar la información de mi cuenta, deseo pagar la prima con tarjeta de crédito o la cuenta designada para cada Solicitante que solicita cobertura. Si se acepta la solicitud, la tarjeta o cuenta de crédito designada será facturada la prima acuerdo al método de pago seleccionado. Al firmar y enviar este formulario, el Solicitante declara y garantiza que tiene la autorización del titular de la tarjeta o de la cuenta para usar la cuenta, y en caso contrario, asumirá la total responsabilidad del pago y cargos que le correspondan. Al enviar la solicitud firmada, acepto pagar con mi tarjeta de crédito o cuenta correspondiente el monto de la prima adeudada y he leído y acepto todos los términos, condiciones y otras declaraciones de esta solicitud. Por la presente autorizo a IMG a debitar de mi tipo de pago el monto total adeudado. En el caso de que hayas elegido pagar primas semestrales, trimestrales o mensuales, por la presente elijo preautorizar futuras cuotas de pago con tarjeta de crédito por el resto del período de la póliza y para renovaciones, y por la presente solicito y autorizo a IMG a cargar mi tarjeta de crédito periódicamente a medida que ese pago y cuotas vencen las primas para los miembros adicionales del grupo o las primas de renovación para los miembros existentes del grupo. Esta autorización permanecerá vigente hasta que usted la revoque por escrito y hasta que IMG reciba una notificación de revocación. 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 anticipación sobre las primas de renovación y que 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/AAAA)	Nombre del titular:
Firma autorizada: (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.		