Patriot Exchange Program℠ Solicitud individual

Envíe mediante 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
Correo postal: International Medical Group, Inc., 2960 North Meridian St. Ste 300, Indianapolis, IN 46208-0509 USA
Para otras consultas, llame al: +1.317.655.4500

1 INFORMACIÓN PRINCIPAL DEL SOLICITANTE:

Primer nombre:	Apellido:	Segundo nombre:
Número de identificación emitido por el gobierno:	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	
¿Participa en un programa Work & Travel? ☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del programa:	

2 MÉTODO Y INFORMACIÓN PARA ENTREGA DE LOS DOCUMENTOS:

☐ **Las comunicaciones deben enviarse por correo electrónico a:**

¿El solicitante es titular de una visa J2? ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, el solicitante solo es elegible para aplicar si el titular de la visa J1 está asegurado por un plan a través de su programa educativo o cultural. Si no, ¿qué tipo de visa tiene el solicitante? _____

☐ **Sólo para fines de entrega de documentos vía correo postal: No tengo inconveniente con las demoras relacionadas con el envío de la comunicación inicial por correo postal. Prefiero recibir una copia impresa de la carta de verificación de cobertura y del contrato de seguro en la siguiente dirección:**

Nombre:		Dirección:
Ciudad:	Código postal:	País de ciudadanía:
País de residencia:		

Si la dirección proporcionada se encuentra en Florida, ¿el solicitante se encuentra actualmente en Florida? ☐ Sí ☐ No
(Determina el impuesto aplicable a las líneas excedentes y no afectará la cobertura)

☐ ESTOY DE ACUERDO CON EL PROCESAMIENTO DE MI INFORMACIÓN PERSONAL PARA PROPORCIONAR LOS SERVICIOS QUE HE COMPRADO, INCLUSO PARA ADMINISTRAR RECLAMOS Y RECIBIR COMUNICACIONES PARA LOS MIEMBROS, DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD DE IMG.

☐ ACEPTO RECIBIR INFORMACIÓN RELEVANTE Y OTRAS COMUNICACIONES DE IMG SOBRE COBERTURAS DE SEGUROS Y OPCIONES DE SERVICIO. ENTIENDO QUE PUEDO RETIRAR MI CONSENTIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO.

3 OPCIÓN DE PLAN Y OPCIONES DE COBERTURA ADICIONALES:

Seleccione el área de cobertura y el límite máximo por enfermedad/lesión. Marque un plan y una opción:

☐ La cobertura incluye a los EE. UU.	☐ $50,000 ☐ $100,000 ☐ $250,000 ☐ $500,000
☐ La cobertura excluye a los EE. UU.	☐ $50,000 ☐ $100,000 ☐ $250,000 ☐ $500,000
País(es) de destino:	**Fecha de entrada en vigor solicitada**: ___/___/___ *(DD/MM/AAAA)*

4 CÁLCULO DE LA PRIMA:

Nombres de las personas a asegurar: *Adjunte una hoja adicional para más niños*		Fecha de nacimiento *(DD/MM/AAAA)*	Tarifa mensual	N.º de meses de cobertura de viaje	Total	Tarifa diaria	N.º de días adicionales a los meses enteros	Total	Tipo de visa
Estudiante/ Becario		___/___/___	_____ x _____ =		_____	_____ x _____ =		_____	
Cónyuge		___/___/___	_____ x _____ =		_____	_____ x _____ =		_____	
Niño 1		___/___/___	_____ x _____ =		_____	_____ x _____ =		_____	
Niño 2		___/___/___	_____ x _____ =		_____	_____ x _____ =		_____	
		TOTAL	**(A)**		**(B)**			**(C)**	

5 OPCIÓN DE DEDUCIBLE:

SELECCIONE UNO :
Seleccione un deducible marcándolo, y a continuación ingrese el monto del factor de la tarifa aplicable en el cuadro de cálculo de la prima en la Sección 5**(D)**

Deducible.	$0	$100	$250	$500
Factor de la tarifa	1.20	1.00	0.90	0.80

Beneficiarios:
Si los solicitantes desean designar a un beneficiario, se puede acceder al formulario de Designación de Beneficiarios a través de imglobal.com/member.

SOLO PARA USO DEL PRODUCTOR DE IMG

Productor N.º: _____
Nombre: _____
Dirección: _____
_____
Ciudad, Estado, Código postal: _____
Teléfono: _____
Correo electrónico: _____

Patriot Exchange Program℠ Solicitud individual

Escriba con letra de molde legible y complete TODAS LAS SECCIONES *(anverso y reverso)* de esta solicitud.

6 PRIMA DEL PLAN:

PLAN BASE	
(B) Total de la prima mensual *(de B en la sección 4)*	_____
(C) Total de la prima diaria *(de C en la sección 4)*	_____
B + **C** =	_____
(D) Opcional Deportes de Aventura *(consulte la sección 5)*	x_____
(E) Prima base	_____
OPCIONES DE COBERTURA ADICIONALES	
(F) Cláusula para deportes de aventura *(ingrese .20 si aplica)*	_____
PRIMA TOTAL	
Ingrese la cantidad de **(E)**	_____
Ingrese la cantidad de **(F)** *a la derecha de* **1.**	x1._____ =_____
Opcional correo expreso $20	+_____
IMPORTE TOTAL ADEUDADO	=_____

SOLO PARA USO DEL PRODUCTOR DE IMG

Productor N.º:		
Nombre:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:		
Correo electrónico:		

7 SUSCRIPCIÓN:

El abajo firmante en nombre de las personas arriba mencionadas ("Solicitantes") por la presente solicita y se suscribe a Global Medical Services Group Insurance Trust, a/a MutualWealth Management Group, Carmel, IN, o su sucesor, para la cobertura de seguro solicitada anteriormente y según lo suscrito por Sirius Specialty Insurance Corporation (publ) (la Compañía) en la fecha de recepción de la presente y según lo administre el representante autorizado de la Compañía y el administrador del plan, International Medical Group, Inc. (IMG). Los Solicitantes entienden y aceptan que: (i) el seguro solicitado no es un plan de beneficios de bienestar para empleados, un producto de salud y accidentes, un seguro médico, un plan médico mayor ni un plan de salud sujeto o que cumpla con las leyes de EE. UU., sino que está destinado a ser utilizado como cobertura de viaje en caso de un accidente repentino y enfermedad o lesión inesperada para la que pueda estar disponible una cobertura elegible, (ii) los Solicitantes deben pagar las primas de todo el período de cobertura por adelantado, y ninguna cobertura será efectiva hasta que se haya pagado la prima requerida y esta solicitud haya sido aceptada por escrito por la compañía, (iii) ninguna modificación o renuncia relacionada con esta solicitud o la cobertura solicitada será vinculante para la compañía o IMG a menos que sea aprobada por escrito por un funcionario de la compañía o IMG, y (iv) la compañía confía en la exactitud, veracidad e integridad de la información proporcionada en este documento y cualquier tergiversación u omisión contenida en el mismo anulará el contrato de seguro y cada uno de los reclamos y beneficios derivados del mismo se perderán y renunciarán, (v) mediante la presentación de esta solicitud o cualquier reclamo futuro de beneficios. Los Solicitantes inician intencionalmente y aprovechan el privilegio de realizar negocios con la compañía en Indiana, a través de IMG como su asegurador general y administrador del plan, el contrato de seguro representado por la Póliza Maestra y evidenciado por el(los) Certificado(s) 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 dan su consentimiento. Los Solicitantes consienten y acuerdan que la ley de líneas excedentes de Indiana regirá todos los derechos y reclamos planteados en virtud del contrato de seguro. **RECONOCIMIENTO**. Los Solicitantes entienden y aceptan que: (i) el productor/agente/corredor de seguros que solicita, asigna o ayuda con esta solicitud es el agente y representante de los solicitantes e IMG actúa en cumplimiento de sus obligaciones contractuales con la compañía y en nombre de la compañía, (ii) el seguro no proporciona beneficios por ninguna lesión, enfermedad, dolencia ni ningún otro trastorno físico, médico, mental o nervioso, condición o dolencia que, con razonable certeza médica, existía en el momento de la solicitud o en cualquier momento durante los tres (3) años anteriores a la fecha de vigor de este seguro, ya sea que se haya manifestado o no previamente, sintomática o conocida, diagnosticada, tratada o divulgada a la compañía antes de la fecha de vigor, e incluidas todas y cada una de las complicaciones o consecuencias subsiguientes crónicas o recurrentes relacionadas con las mismas o que resulten o surjan de ellas (una "condición preexistente"), y que todos los cargos o reclamos incurridos por condiciones preexistentes se excluirán de la cobertura del seguro, (iii) los elementos sujetos del seguro solicitado no están destinados o considerados por los solicitantes, la Compañía o IMG para residir, ubicarse, o expresamente realizarse en ninguna jurisdicción particular, y (iv) la compañía en su calidad de proveedor y asegurador del plan de seguros, es la única responsable de las coberturas y beneficios que se proporcionarán bajo el contrato de seguro e IMG no tiene ninguna responsabilidad directa o 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 atención médica, MIB, agencia gubernamental federal, estatal o local, compañía de seguros o reaseguros, agencia de información al consumidor, empleador, plan de beneficios o cualquier otra organización o persona que les haya brindado atención, asesoramiento, diagnóstico, pago, tratamiento o servicios a ellos o en su nombre, tenga algún registro o conocimiento de su salud, tenga información disponible en cuanto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico con respecto a cualquier condición física o mental o tratamiento de los mismos, y cualquier información no médica sobre mí, para divulgar su expediente médico completo, archivo, historial, medicamentos y cualquier otra información que les concierna y para dar toda esa información a su agente de registro y a los representantes autorizados de la compañía, IMG y sus afiliados y subsidiarios. **CERTIFICACIÓN**. Los Solicitantes por la presente certifican, declaran y garantizan que: (i) han leído las declaraciones anteriores y cualquier material de mercadeo y contrato de seguro de muestra que se puso a su disposición a pedido y antes de la solicitud o que se los han leído, y los Solicitantes los entienden, (ii) son elegibles para participar en el programa de seguro solicitado como viajero para el que no se dispone de cobertura sanitaria nacional e EE. UU., (iii) actualmente gozan de buena salud y no se les ha diagnosticado, ni han acudido a consulta, ni han recibido tratamiento, ni han experimentado manifestaciones o síntomas de ninguna condición médica preexistente o de otro tipo que los Solicitantes prevean que pueda requerir tratamiento durante el seguro o por la que los Solicitantes pretendan reclamar en virtud del seguro, y (iv) ninguno de los Solicitantes está hospitalizado, discapacitado o es VIH +. Si firma como representante legal del Solicitante, el firmante garantiza su autoridad y capacidad para actuar así y vincular a cada Solicitante. Al aceptar la cobertura o presentar cualquier reclamo de beneficios, cada Solicitante ratifica la autoridad del firmante para actuar y obligar a los Solicitantes. **AVISO IMPORTANTE SOBRE LA LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y DEL CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO (PATIENT PROTECTION AND AFFORDABLE CARE ACT, PPACA)**: Este seguro no está sujeto a, ni proporciona los beneficios requeridos por la PPACA. Desde el 1.º de enero de 2014, la PPACA requiere que los ciudadanos estadounidenses y ciertos residentes de EE. UU. obtengan una cobertura de seguro que cumpla con la PPACA a menos que estén exentos de ella. Se pueden imponer sanciones tributarias a los ciudadanos y residentes de los EE. UU. a quienes se les exige mantener una cobertura que cumpla con la PPACA, pero no lo hacen. La elegibilidad para comprar o renovar este producto, o sus términos y condiciones, puede modificarse o editarse en función de los cambios a la ley aplicable, incluida la PPACA. Tenga en cuenta que es exclusiva responsabilidad de los Solicitantes determinar los requisitos de seguro que les son aplicables y la compañía y su Administrador no asumirán responsabilidad alguna, incluidas las sanciones en las que puedan incurrir los Solicitantes, por no obtener la cobertura necesaria por cualquier ley aplicable, incluida, entre otras, la PPACA. **E-CONSENT**. Los Solicitantes desean recibir información y comunicarse electrónicamente, y prefieren utilizar una dirección de correo electrónico en lugar del correo ordinario. Los Solicitantes acuerdan que IMG, sus afiliadas y subsidiarias pueden proporcionar a cada persona asegurada cualquier comunicación en formato electrónico, y que no se requieren comunicaciones en papel, a menos que y hasta que el Solicitante retire este consentimiento. Los Solicitantes dan su consentimiento inequívoco para 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, tomada en respuesta a su solicitud, y necesaria para la celebración o ejecución de un contrato celebrado en su interés. Los Solicitantes también aceptan que es su responsabilidad proporcionar a IMG una dirección de correo electrónico, contacto y otros datos relacionados con mi cobertura que sean verdaderos, precisos y completos, y mantener y actualizar de inmediato cualquier cambio en esta información. Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro o una prestación, o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

Firma del asegurado o del apoderado *(Requerido)*	***X*** _____
Fecha: ___/___/___ *(DD/MM/AAAA)*	Teléfono:

8 MÉTODO DE PAGO:

☐ Visa ☐ MasterCard ☐ Discover ☐ American Express ☐ JBC ☐ Transferencia ☐ Cheque (a IMG) ☐ Giro postal (a IMG) ☐ *eCheck (ACH)* *(disponible a pedido)*

Al suministrar los datos de mi cuenta, deseo pagar la prima mediante tarjeta de crédito o la cuenta designada para cada Solicitante que solicite la cobertura. Si la solicitud se acepta, la prima se cobrará de la tarjeta de crédito o la cuenta designada, según el modo de pago que se haya seleccionado. Al firmar y enviar este formulario, el Solicitante declara y garantiza que tiene la tarjeta o la autorización del titular de la cuenta para usar la cuenta y, de no ser así, se hará completamente responsable del pago y de todos los cargos derivados. Al enviar la solicitud firmada, acepto pagar con mi tarjeta de crédito o cuenta correspondiente el monto de la prima adeudada y haber leído todos los términos, condiciones y otras declaraciones de esta solicitud. Por la presente autorizo a IMG a debitar mi tipo de pago por el monto total adeudado. En el caso de que haya elegido pagar las primas semestral, trimestral o mensualmente, elijo autorizar de forma previa las futuras cuotas de pago con tarjeta de crédito para el saldo del período de la póliza y para las renovaciones y, por la presente, solicito y autorizo a IMG para que haga cargos a mi tarjeta de crédito periódicamente a medida que vencen las cuotas de pago de las primas y las primas de renovación. Esta autorización permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito y hasta que IMG reciba el aviso de revocación. La cobertura comprada con tarjeta de crédito está sujeta a validación y aceptación por parte de la compañía de la tarjeta de crédito. Entiendo que se me avisará con anticipación de las primas de renovación y que pueden variar cada año. ***Este documento solo debe transmitirse a IMG a través de medios seguros.***

N.° de tarjeta:	Fecha de vencimiento: ___/___ *(MM/AA)*	Nombre del titular de la tarjeta:
Firma autorizada: *(Requerido)*	N.° telefónico durante el día del titular de la tarjeta:	Correo electrónico:
Dirección de facturación del titular de la tarjeta:		

El pago debe realizarse por la cantidad total de meses que desea tener cobertura. Todos los pagos deben efectuarse en dólares estadounidenses y girarse en bancos estadounidenses.