Student Health Advantage℠ 申请表

请通过以下任意一种安全方式寄送：

安全讯息中心：www.imglobal.com/secure-message-center
电子邮箱：Insurance@imglobal.com　　传真：+1.317.655.4505

邮寄地址：International Medical Group, Inc., 2960 North Meridian St. Ste 300, Indianapolis, IN 46208-0509 USA

如有其他疑问，请致电：+1.317.655.4500

1 主要申请人信息：

名字：	姓氏：	中间名：
政府签发的身份证号码：	性别：☐男　☐女	

2 资料及信息交付方式：

☐ **通过电子邮件将通信发送至：**

☐ **仅用于寄送资料包：我不介意通过平邮寄送所造成的通信接收延误。我更希望接收纸质承保范围确认书和保险合同，请邮寄至以下地址：**

姓名：		地址：
城市：	邮政编码：	国家：

如果所提供的地址位于佛罗里达州，申请人是否现居住于佛罗里达州？
（用于确定适用的盈余线税（Surplus Line Tax），不会影响承保范围）　☐是　☐否

☐ 我同意根据IMG的“隐私政策”处理我的个人信息，以提供我所购买的服务，包括管理索赔，并接收会员通信，该隐私政策可在IMGLOBAL.COM/LEGAL/PRIVACY-POLICY上找到。

☐ 我同意从 IMG 处接收关于保险承保范围和服务选项的相关信息及其他通信。我理解我可以随时撤销我的同意。

3 计划选项及其他承保范围选项：

选择承保地区及计划选项：

☐ 承保范围（不含美国） ☐ 承保范围（含美国）	☐ 标准　☐ 白金
国籍：	居住国：
目的国：	**要求的生效日期：** *（年/月/日）*

4 保费计算：

受保人姓名： *如有更多子女，请另附页面*		出生日期 *（年/月/日）*	每月费用	承保月份数	合计	每日费用	除整月之外的剩余天数	合计	签证类型
学生/学者			_ x _	_ = _		_ x _	_ = _		
配偶			_ x _	_ = _		_ x _	_ = _		
子女 1			_ x _	_ = _		_ x _	_ = _		
子女 2			_ x _	_ = _		_ x _	_ = _		
		合计	**(A)**		**(B)**			**(C)**	

受益人
如果申请人希望指定受益人，则可通过www.imalobal.com/member网站获取受益人指定表。

5 计划保费：

基本计划	
(B)月保费合计 *（第 4 部分金额 B）*	
(C)日保费合计 *（第 4 部分金额 C）*	
B + **C** =	
(D)基本保费	
其他保险选项	
(E) Adventure Sports Rider（冒险运动附加险） *（如适用，请输入 .20）*	x
总保费	
输入金额 **(D)**	
输入金额 **(E)** *至* **1.** *右侧*	x **1.** =
可选速递费用 $20	+
应缴保费总额	=
如选择按月分期付款，请将您的总额除以月份数然后乘以 1.04 *（最低初始付款有要求）*	÷ 月份数 x 1.04 = 定期付款

仅供 IMG 保险代理人使用

代理人编号：		
姓名：		
地址:		
城市：	州：	邮编：
电话：		
电子邮箱：		

6 申请条款：

订购。下方签署人代表其本人或所有上述申请者（以下统称“申请人”），特此向 Global Medical Services Group Insurance Trust（由 MutualWealth Management Group Carmel IN 转交）或其继承者申请并投保上述所选保险。此保险由 Sirius Specialty Insurance Corporation (publ)（以下简称为“公司”）在收到此申请表的日期起承保和提供，并由公司的授权代表和计划管理者 International Medical Group,Inc.(IMG) 负责管理。申请人理解并 同意：(i) 申请的保险不是雇员福利项目、意外和健康险、普通健康保险、重大疾病险、或遵循美国法律的 保险，而是为在发生可能适用于符合保险条件的 突然和意外疾病或伤害时，作为被保险人的旅行保险；(ii) 申请人必须提前支付整个保险期间的保费，在申请人支付全部保费且公司以书面形式接受此申请前，任何该保险下的保障都不会生效；(iii)在公司或IMG的官员以书面形式批准申请之前，与此申请或所申请保险相 关的任何修改或对权责的放弃都不具有约束力；(iv)公司依赖于申请表中所提供信息的准确性、真实性和 完整性，表格中的任何错误信息或不完整信息都会导致保险合同失效以及一切赔付和福利项目的收回和取 消；(v)通过提交此申请和/或任何未来的索赔，申请人即有目的地启动并利用通过由IMG作为承保管理者和 计划管理者与公司在印第安纳州开展业务的特权，由总保单代表且由保险凭证证明的保险合同将被视为在 印第安纳州印第安纳波利斯制定和颁发，与此保险有关的任何法律程序的唯一和专属管辖区域和审判地将 是印第安纳州马里恩县，对此申请人表示同意。申请人同意印第安纳州溢额法将监管保险凭证下的所有权 利和索赔。**确认知晓**：申请人理解并同意：(i)销售该保险或协助此申请的保险业务员/代理人/经纪人， 或是被指定的保险业务员/代理人/经纪人即是申请人的代表；(ii)本保险不为任何具有合理的医学确定性 的，在申请时或在保险生效日期前三年内即已存在的任何伤害、疾病或其他身体、医学、心理和神经紊乱 的状况或疾病提供赔付，无论这些状况或疾病之前是否已表现出来、有症状或已知，是否已被诊断、治疗 或在生效日期之前向公司披露，包括任何和全部后续、慢性或反复并发症或与这些状况或疾病有关或因其 造成的后果（即“预先存在的状况”），而所有因预先存在的状况而产生的费用和/或索赔都将不在此保 险的保障之内；(iii)所申请保险的主体并不是为了，也不会被申请人、公司或IMG认为是位于，或专门在任意特定的司法和裁定权辖区内履行；(iv)公司作为保险计划的运营者及保险公司，将全权负责保险合同中提供的保障和赔付项目，并且IMG不承担任何保险合同下的直接或独立的责任。**授权信息披露**： 申请人授权任何健康计划、医疗服务提供者、医疗保健专业人士、MIB、联邦、州或地方政府机构、保险 或再保险公司、消费者信用报告机构、雇主、赔付计划或任何向申请人或代表申请人提供护理、建议、诊 断、付款、治疗或服务，拥有申请人的健康记录或知晓申请人的健康状况，拥有任何可用于诊断、治疗 和预后任何身体或心理状况和/或申请人的治疗信息，以及任何将暴露申请人的完整医疗记录、档案、病 历、药物的非医疗信息和有关于申请人的任何其它信息的组织或个人，并授权上述各方将任何及全部信息 交与申请人的保险代理人以及公司、IMG及其关联公司和子公司的授权代表。**声明**：申请人特此证明、声明并保证：(i)申请人已经阅读上述声明以及任何在要求后和在申请前提供的营销材料和样本保险合同， 或者已由其他人将上述材料读给申请人听，并且申请人已理解其内容；(ii)申请人作为不可使用美国国内医 疗保险的，有资格加入所申请的保险计划；(iii)申请表中所列申请者目前的健康状况良好，没有收到诊断、 接受会诊或治疗，没有任何异常表现或症状，且没有任何预先存在的，或预见将在此保险期间接受治疗的 已有疾病或外伤，或意图寻接受求此保险索赔的其他医疗状况。(iv)所有申请人目前没有住院、残疾，或 者感染或携带人体免疫缺陷病毒（HIV）。(v)如果签字作为申请人的法定代表，则签字人应保证其具有如 此的行事及约束申请人的权力和能力。通过接受保险和/或提交任何索赔申请，申请人认可签字人具有如 此行事及约束申请人的 权力。**患者保护与平价医疗法案（PPACA）**申请人理解并同意：(i) 本保险不受 PPACA制约，也不提供其所要求的保险福利项目；(ii)2014年1月1日，PPACA要求美国公民、美国国民和外 籍居民购买符合PPACA要求的保险，除非他们得到PPACA 的豁免[持有F、J、M和Q签证的国际学生（以及 学生的部分家庭成员）在他们在美国的最初5年内不受此强制保险限制。所有其它J类签证持有者（教师、 实习人员、工作和旅行项目参与者、互惠生、高中生可在过去六年中的两年内不受此强制保险限制]；(iii) 7 认购：被要求购买符合ACA要求的保险的美国公民和美国居民，如果没有按要求做，则可能受到处罚；(iv)购买或续保本产品的资格性或产品条款和条件可能会根 据适用法律（包括PPACA）的变更而被修改或修订。请注意，决定PPACA是否对申请人适用，这完全是申请人的责任。对于申请人可能受到的任何因未持 有符合PPACA要求的保险导致的惩处，本公司和IMG不承担任何责任。**电子通信授权**。 申请人希望以电子方式接收信息和通讯，且与常规信件相比，更倾向 于使用电子邮件。申请人同意IMG可以向其提供任何电子版通讯，而不需要向其寄送纸质通讯，直至申请人撤销此授权或许可。申请人明确地授权向欧盟 成员国以外国家的实体传递私人信息。该授权为自愿授予，专用于管理保险保障和赔付项目，并且申请人知晓该授权表达其真实意愿。申请人知晓并理解 这种信息传递是因履约、回应申请人的要求，以及为了订立和履行为了申请人的利益而订立的保险合同所必需的。申请人还同意，申请人有责任向IMG提 供真实、准确且完整的电子邮件地址、合同和其他与申请人所申请保险相关的信息，以及维护并及时更新此信息中的任何变更。 任何故意提供虚假或欺诈 性的索赔信息以弥补支付损失或福利或者故意在保险申请中提供虚假信息的人都是违法的，并可能被依法处以罚款或监禁。

受保人或代办人签名 *（必填）*	X
日期： *（年/月/日）*	电话：

7 付款方式：

☐ Visa 卡 ☐ 万事达卡 ☐ Discover 信用卡 ☐ 美国运通卡 ☐ JBC 国际信用卡 ☐ 电汇 ☐ 支票（付给 IMG） ☐ 汇票（付给 IMG） ☐ 电子支票 (ACH) *（可根据要求提供）* 通过提供我的账户信息，我希望用信用卡或指定账户为每位申请保险的申请人支付保险费。本申请表一经批准，将按照选定的付款模式向信用卡持卡人或指定账户发送保费账单。通过签署并提交此表，申请人陈述并保证其已获得该卡或账户持有人的授权，得以使用该账户，如未获得授权，将对付款及由此产生的任何费用承担全部责任。 通过提交此经签署的表格，我同意通过我的信用卡或适用账户支付所欠保费，且我已阅读并同意本申请表中的所有条款、条件及其他陈述。我特此授权 *IMG* 按照我的付款类型扣除应付总额。如果我选择每半年、每季度或每月支付保费，我特此选择预先授权信用卡预分期付款，用于保单期的结算和续保，并特此请求并授权 *IMG* 在保费和续保费的分期付款到期时定期从我的信用卡中扣除该等费用。该授权一直有效，直至我以书面形式对其进行撤销且 *IMG* 确实收到我的撤销通知。通过信用卡支付须经由信用卡公司核实和接受。我理解保费可能每年变换，如有更新保费，我将事先收到通知。***该文件仅应通过安全方式送至 IMG。***

卡号 #：	有效期： *（年/月）*	持卡人姓名：
授权签名：*（必填）*	持卡人日间电话：	电子邮箱：
持卡人账单地址：		

您须付满承保期间的所有款项。所有款项应以美元支付，自动清算付款行须为美国的银行。