

GLOBAL MEDICAL INSURANCE® - SILVER

COBERTURA MUNDIAL

(Tarifas de nuevos negocios hasta el 31 de octubre de 2008. Incluye un impuesto del 2.5% sobre líneas excedentes, donde sea aplicable)

Global Medical Insurance es un producto de líneas excedentes suscrito por Sirius International Insurance Corporation (publ) (la "Compañía").

Es distribuido, manejado y administrado como agente para y en nombre de la compañía por International Medical Group®, Inc. ("IMG®").

© 2007 International Medical Group, Inc. Todos los derechos reservados.



INTERNATIONAL MEDICAL GROUP

PRIMAS ANUALES

Las primas están en dólares. Por favor seleccione su deducible cuidadosamente, ya que no podrá seleccionar un deducible más bajo al renovar su cobertura.

Deducibles	US\$250		US\$500		US\$1,000		US\$2,500		US\$5,000		US\$10,000	
	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO
14 días a 9 años**	Primeros 2 sin costo* después 310		Primeros 2 sin costo* después 270		Primeros 2 sin costo* después 210		Primeros 2 sin costo* después 184		Primeros 2 sin costo* después 169		Primeros 2 sin costo* después 150	
10-18**	317	317	282	282	233	233	217	217	204	204	180	180
19-24	718	895	622	881	484	675	422	588	331	473	294	407
25-29	758	1,020	662	991	515	764	449	663	352	551	313	433
30-34	848	1,128	730	1,063	566	823	496	718	389	576	345	490
35-39	950	1,333	770	1,182	596	918	522	793	408	661	364	516
40-44	1,202	1,463	976	1,273	647	997	567	873	542	676	482	602
45-49	1,339	1,614	1,098	1,373	850	1,062	741	925	605	730	538	650
50-54	1,635	1,796	1,386	1,548	1,071	1,201	935	1,068	794	886	706	789
55-59	1,976	1,976	1,718	1,718	1,330	1,328	1,159	1,159	976	984	868	876
60-64	2,909	2,738	2,651	2,480	2,235	1,973	2,024	1,816	1,691	1,502	1,505	1,337
65-69	6,075	5,271	5,814	5,041	5,439	4,591	4,181	3,412	3,656	3,274	3,254	2,914
70-74	Favor de contactar a IMG o su agente para información sobre las tarifas para estas edades.											
Factores de modo de pago*** Anual 1.00 Semestral .55 Trimestral .28 Mensual .10												
Cobertura adicional opcional por maternidad prima anual de \$2,500												

***Para pagos semestrales, trimestrales, o mensuales, IMG únicamente aceptará las tarjetas de crédito Visa, Mastercard, American Express, Discover o JCB solamente en base pre-autorizada y antes de la fecha de vencimiento. Su tarjeta de crédito será automáticamente cargada en la(s) fecha(s) de vencimiento del pago de la póliza.

Nota: La elección de la opción de pago semestral (factor de cálculo de pago 0.55), generará un pago total de 110% de la prima anual; la elección de la opción de pago trimestral (factor de cálculo de pago 0.28), generará un pago total de 112% de la prima anual, y la elección de la opción de pago mensual (factor de cálculo de pago 0.10), generará un pago total de 120% de la prima anual.

Sírvase ver las tarifas al reverso para Cobertura Mundial excluyendo los Estados Unidos/Canadá

GLOBAL MEDICAL INSURANCE® - SILVER

COBERTURA MUNDIAL EXCLUYENDO EE.UU. Y CANADÁ

Disponible solamente para solicitantes con direcciones fuera de los Estados Unidos y Canadá

(Tarifas de nuevos negocios hasta el 31 de octubre de 2008. Incluye un impuesto del 2.5% sobre líneas excedentes, donde sea aplicable)

Global Medical Insurance es un producto de líneas excedentes suscrito por Sirius International Insurance Corporation (publ) (la "Compañía").

Es distribuido, manejado y administrado como agente para y en nombre de la compañía por International Medical Group®, Inc. ("IMG®").

© 2007 International Medical Group, Inc. Todos los derechos reservados.



INTERNATIONAL MEDICAL GROUP

PRIMAS ANUALES

Las primas están en dólares. Por favor seleccione su deducible cuidadosamente, ya que no podrá seleccionar un deducible más bajo al renovar su cobertura.

Deducibles	US\$250		US\$500		US\$1,000		US\$2,500		US\$5,000		US\$10,000	
	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO
EDAD	Primeros 2 sin costo* después 232		Primeros 2 sin costo* después 203		Primeros 2 sin costo* después 158		Primeros 2 sin costo* después 138		Primeros 2 sin costo* después 127		Primeros 2 sin costo* después 112	
14 días a 9 años**	238	238	212	212	175	175	163	163	153	153	134	134
10-18**	238	238	212	212	175	175	163	163	153	153	134	134
19-24	539	671	466	660	363	506	317	441	248	355	221	306
25-29	569	766	497	744	385	572	336	498	264	413	234	326
30-34	636	846	548	798	424	618	372	538	291	432	259	369
35-39	714	1,000	578	888	447	689	392	595	307	496	273	387
40-44	901	1,098	731	955	486	748	425	655	407	510	362	451
45-49	1,004	1,211	823	1,030	638	797	556	694	453	548	404	487
50-54	1,226	1,347	1,040	1,161	803	901	702	801	595	665	530	592
55-59	1,482	1,482	1,288	1,288	997	996	869	869	731	738	651	657
60-64	2,182	2,054	1,988	1,860	1,676	1,480	1,518	1,363	1,268	1,127	1,129	1,003
65-69	4,556	3,953	4,361	3,781	4,080	3,443	3,136	2,559	2,742	2,456	2,441	2,185
70-74	Favor de contactar a IMG o su agente para información sobre las tarifas para estas edades.											
Factores de modo de pago*** Anual 1.00 Semestral .55 Trimestral .28 Mensual .10												
Cobertura adicional opcional por maternidad prima anual de \$2,500												

***Para pagos semestrales, trimestrales, o mensuales, IMG únicamente aceptará las tarjetas de crédito Visa, Mastercard, American Express, Discover o JCB solamente en base pre-autorizada y antes de la fecha de vencimiento. Su tarjeta de crédito será automáticamente cargada en la(s) fecha(s) de vencimiento del pago de la póliza.

Nota: La elección de la opción de pago semestral (factor de cálculo de pago 0.55), generará un pago total de 110% de la prima anual; la elección de la opción de pago trimestral (factor de cálculo de pago 0.28), generará un pago total de 112% de la prima anual, y la elección de la opción de pago mensual (factor de cálculo de pago 0.10), generará un pago total de 120% de la prima anual.

Sírvase ver las tarifas al reverso para Cobertura Mundial

GLOBAL MEDICAL INSURANCE® - GOLD

COBERTURA MUNDIAL

(Tarifas de nuevos negocios hasta el 31 de octubre de 2008. Incluye un impuesto del 2.5% sobre líneas excedentes, donde sea aplicable)

Global Medical Insurance es un producto de líneas excedentes suscrito por Sirius International Insurance Corporation (publ) (la "Compañía"). Es distribuido, manejado y administrado como agente para y en nombre de la compañía por International Medical Group®, Inc. ("IMG®"). © 2007 International Medical Group, Inc. Todos los derechos reservados.



PRIMAS ANUALES

Las primas están en dólares. Por favor seleccione su deducible cuidadosamente, ya que no podrá seleccionar un deducible más bajo al renovar su cobertura.

Deducibles	US\$250		US\$500		US\$1,000		US\$2,500		US\$5,000		US\$10,000	
	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO
EDAD												
14 días a 9 años**	Primeros 2 sin costo* después 501		Primeros 2 sin costo* después 423		Primeros 2 sin costo* después 322		Primeros 2 sin costo* después 290		Primeros 2 sin costo* después 260		Primeros 2 sin costo* después 235	
10-18**	545	545	445	445	345	345	312	312	280	280	252	252
19-24	1,171	1,543	1,008	1,468	784	1,048	691	928	567	786	447	593
25-29	1,212	1,722	1,058	1,626	820	1,167	721	1,026	593	894	464	614
30-34	1,339	1,927	1,176	1,807	915	1,343	811	1,188	664	1,002	523	749
35-39	1,388	2,135	1,234	1,941	954	1,492	845	1,308	691	1,117	543	770
40-44	1,791	2,340	1,583	2,091	1,226	1,622	1,089	1,441	887	1,145	702	899
45-49	2,015	2,434	1,800	2,196	1,395	1,708	1,237	1,511	1,010	1,166	796	916
50-54	2,449	2,642	2,204	2,403	1,715	1,875	1,562	1,701	1,280	1,392	1,004	1,094
55-59	3,101	3,014	2,843	2,762	2,219	2,157	1,957	1,902	1,648	1,601	1,286	1,249
60-64	4,359	4,109	4,031	3,781	3,375	3,125	3,080	2,850	2,556	2,262	2,098	1,868
65-69	9,001	7,849	8,672	7,521	8,018	6,863	6,235	5,633	5,409	4,869	4,457	4,014
70-74	Favor de contactar a IMG o su agente para información sobre las tarifas para estas edades.											
Factores de modo de pago*** Anual 1.00 Semestral .55 Trimestral .28 Mensual .10												
Cobertura adicional opcional por maternidad prima anual de \$2,500												

***Para pagos semestrales, trimestrales, o mensuales, IMG únicamente aceptará las tarjetas de crédito Visa, Mastercard, American Express, Discover o JCB solamente en base pre-autorizada y antes de la fecha de vencimiento. Su tarjeta de crédito será automáticamente cargada en la(s) fecha(s) de vencimiento del pago de la póliza.

Nota: La elección de la opción de pago semestral (factor de cálculo de pago 0.55), generará un pago total de 110% de la prima anual; la elección de la opción de pago trimestral (factor de cálculo de pago 0.28), generará un pago total de 112% de la prima anual, y la elección de la opción de pago mensual (factor de cálculo de pago 0.10), generará un pago total de 120% de la prima anual.

Sírvase ver las tarifas al reverso para Cobertura Mundial excluyendo los Estados Unidos/Canadá

GLOBAL MEDICAL INSURANCE® - GOLD

COBERTURA MUNDIAL EXCLUYENDO EE.UU. Y CANADÁ

Disponible solamente para solicitantes con direcciones fuera de los Estados Unidos y Canadá

(Tarifas de nuevos negocios hasta el 31 de octubre de 2008. Incluye un impuesto del 2.5% sobre líneas excedentes, donde sea aplicable)

Global Medical Insurance es un producto de líneas excedentes suscrito por Sirius International Insurance Corporation (publ) (la "Compañía").

Es distribuido, manejado y administrado como agente para y en nombre de la compañía por International Medical Group®, Inc. ("IMG®").

© 2007 International Medical Group, Inc. Todos los derechos reservados.



INTERNATIONAL MEDICAL GROUP

PRIMAS ANUALES

Las primas están en dólares. Por favor seleccione su deducible cuidadosamente, ya que no podrá seleccionar un deducible más bajo al renovar su cobertura.

Deducibles	US\$250		US\$500		US\$1,000		US\$2,500		US\$5,000		US\$10,000	
	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO
EDAD												
14 días a 9 años**	Primeros 2 sin costo* después 376		Primeros 2 sin costo* después 317		Primeros 2 sin costo* después 242		Primeros 2 sin costo* después 217		Primeros 2 sin costo* después 195		Primeros 2 sin costo* después 176	
10-18**	408	408	334	334	259	259	234	234	210	210	189	189

*Los primeros 2 hijos dependientes entre 14 días y 9 años de edad están cubiertos sin costo alguno, únicamente cuando ambos padres o tutores estén asegurados en el plan Global Medical Insurance. **Tarifas de hijo dependiente están disponibles únicamente cuando al menos uno de los padres o tutores estén cubiertos bajo el plan Global Medical Insurance. Menores de 19 años solicitando cobertura individual, deberán utilizar tarifas masculinas 19-24 años.

19-24	878	1,157	756	1,101	588	786	519	696	425	590	336	445
25-29	909	1,291	794	1,220	615	875	541	770	445	671	349	461
30-34	1,004	1,446	882	1,355	686	1,008	608	892	498	752	393	562
35-39	1,042	1,601	925	1,456	716	1,119	634	981	519	838	407	578
40-44	1,343	1,755	1,187	1,569	920	1,216	816	1,081	666	859	526	675
45-49	1,512	1,826	1,349	1,647	1,046	1,281	928	1,134	759	875	597	687
50-54	1,837	1,982	1,654	1,803	1,286	1,406	1,172	1,276	960	1,044	753	821
55-59	2,326	2,261	2,132	2,072	1,664	1,618	1,467	1,427	1,236	1,201	965	937
60-64	3,269	3,083	3,024	2,836	2,531	2,344	2,311	2,137	1,917	1,696	1,574	1,402
65-69	6,751	5,887	6,504	5,641	6,014	5,147	4,676	4,225	4,057	3,652	3,343	3,011

70-74 Favor de contactar a IMG o su agente para información sobre las tarifas para estas edades.

Factores de modo de pago* Anual 1.00 Semestral .55 Trimestral .28 Mensual .10**

Cobertura adicional opcional por maternidad prima anual de \$2,500

***Para pagos semestrales, trimestrales, o mensuales, IMG únicamente aceptará las tarjetas de crédito Visa, Mastercard, American Express, Discover o JCB solamente en base pre-autorizada y antes de la fecha de vencimiento. Su tarjeta de crédito será automáticamente cargada en la(s) fecha(s) de vencimiento del pago de la póliza.

Nota: La elección de la opción de pago semestral (factor de cálculo de pago 0.55), generará un pago total de 110% de la prima anual; la elección de la opción de pago trimestral (factor de cálculo de pago 0.28), generará un pago total de 112% de la prima anual, y la elección de la opción de pago mensual (factor de cálculo de pago 0.10), generará un pago total de 120% de la prima anual.

Sírvase ver las tarifas al reverso para Cobertura Mundial

GLOBAL MEDICAL INSURANCE® - PLATINUM

COBERTURA MUNDIAL

(Tarifas de nuevos negocios hasta el 31 de octubre de 2008. Incluye un impuesto del 2.5% sobre líneas excedentes, donde sea aplicable)

Global Medical Insurance es un producto de líneas excedentes suscrito por Sirius International Insurance Corporation (publ) (la "Compañía").

Es distribuido, manejado y administrado como agente para y en nombre de la compañía por International Medical Group®, Inc. ("IMG®").

© 2007 International Medical Group, Inc. Todos los derechos reservados.



INTERNATIONAL MEDICAL GROUP

PRIMAS ANUALES

Las primas están en dólares. Por favor seleccione su deducible cuidadosamente, ya que no podrá seleccionar un deducible más bajo al renovar su cobertura.

Deducibles	US\$100		US\$250		US\$500		US\$1,000		US\$2,500		US\$5,000		US\$10,000	
	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO
14 días a 9 años**	Primeros 2 sin costo* después 618		Primeros 2 sin costo* después 471		Primeros 2 sin costo* después 1,320		Primeros 2 sin costo* después 1,125		Primeros 2 sin costo* después 1,064		Primeros 2 sin costo* después 1,006		Primeros 2 sin costo* después 958	
10-18**	1,712	1,712	1,556	1,556	1,363	1,363	1,170	1,170	1,106	1,106	1,044	1,044	990	990
*Los primeros 2 hijos dependientes entre 14 días y 9 años de edad están cubiertos sin costo alguno, únicamente cuando ambos padres o tutores estén asegurados en el plan Global Medical Insurance. **Tarifas de hijo dependiente están disponibles únicamente cuando al menos uno de los padres o tutores estén cubiertos bajo el plan Global Medical Insurance. Menores de 19 años solicitando cobertura individual, deberán utilizar tarifas masculinas 19-24 años.														
19-24	3,040	5,173	2,764	4,670	2,449	4,468	2,017	3,334	1,838	3,010	1,598	2,626	1,367	2,105
25-29	3,127	5,668	2,843	5,153	2,546	4,894	2,087	3,655	1,896	3,274	1,648	2,918	1,400	2,162
30-34	3,397	6,278	3,088	5,707	2,774	5,383	2,270	4,130	2,069	3,712	1,786	3,209	1,513	2,526
35-39	3,501	6,896	3,183	6,269	2,886	5,745	2,345	4,532	2,135	4,036	1,838	3,520	1,552	2,583
40-44	4,357	7,504	3,961	6,822	3,559	6,150	2,870	4,883	2,606	4,395	2,216	3,596	1,859	2,931
45-49	4,832	5,722	4,393	5,202	3,978	4,393	3,196	3,800	2,891	3,420	2,453	2,754	2,040	2,272
50-54	5,330	6,163	4,845	5,603	4,758	5,142	3,814	4,123	3,519	3,787	2,974	3,191	2,442	2,615
55-59	7,138	6,953	6,489	6,321	5,991	5,835	4,787	4,667	4,281	4,175	3,685	3,594	2,986	2,915
60-64	9,809	9,277	8,917	8,434	8,284	7,801	7,018	6,535	6,448	6,005	5,437	4,870	4,553	4,109
65-69	19,664	17,218	17,876	15,653	17,241	15,020	15,979	13,750	12,538	11,376	10,943	9,901	9,106	8,251
70-74	Favor de contactar a IMG o su agente para información sobre las tarifas para estas edades.													
Factores de modo de pago*** Anual 1.00 Semestral .55 Trimestral .28 Mensual .10														

***Para pagos semestrales, trimestrales, o mensuales, IMG únicamente aceptará las tarjetas de crédito Visa, Mastercard, American Express, Discover o JCB solamente en base pre-autorizada y antes de la fecha de vencimiento. Su tarjeta de crédito será automáticamente cargada en la(s) fecha(s) de vencimiento del pago de la póliza.

Nota: La elección de la opción de pago semestral (factor de cálculo de pago 0.55), generará un pago total de 110% de la prima anual; la elección de la opción de pago trimestral (factor de cálculo de pago 0.28), generará un pago total de 112% de la prima anual, y la elección de la opción de pago mensual (factor de cálculo de pago 0.10), generará un pago total de 120% de la prima anual.

Sírvase ver las tarifas al reverso para Cobertura Mundial excluyendo los Estados Unidos/Canadá

GLOBAL MEDICAL INSURANCE® - PLATINUM

COBERTURA MUNDIAL EXCLUYENDO EE.UU. Y CANADÁ

Disponible solamente para solicitantes con direcciones fuera de los Estados Unidos y Canadá

(Tarifas de nuevos negocios hasta el 31 de octubre de 2008. Incluye un impuesto del 2.5% sobre líneas excedentes, donde sea aplicable)

Global Medical Insurance es un producto de líneas excedentes suscrito por Sirius International Insurance Corporation (publ) (la "Compañía").

Es distribuido, manejado y administrado como agente para y en nombre de la compañía por International Medical Group®, Inc. ("IMG®").

© 2007 International Medical Group, Inc. Todos los derechos reservados.



INTERNATIONAL MEDICAL GROUP

PRIMAS ANUALES

Las primas están en dólares. Por favor seleccione su deducible cuidadosamente, ya que no podrá seleccionar un deducible más bajo al renovar su cobertura.

Deducibles	US\$100		US\$250		US\$500		US\$1,000		US\$2,500		US\$5,000		US\$10,000	
	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO
EDAD	Primeros 2 sin costo* después 1,353		Primeros 2 sin costo* después 1,230		Primeros 2 sin costo* después 1,116		Primeros 2 sin costo* después 971		Primeros 2 sin costo* después 923		Primeros 2 sin costo* después 880		Primeros 2 sin costo* después 844	
14 días a 9 años**														
10-18**	1,420	1,420	1,291	1,291	1,149	1,149	1,004	1,004	956	956	909	909	869	869
*Los primeros 2 hijos dependientes entre 14 días y 9 años de edad están cubiertos sin costo alguno, únicamente cuando ambos padres o tutores estén asegurados en el plan Global Medical Insurance. **Tarifas de hijo dependiente están disponibles únicamente cuando al menos uno de los padres o tutores estén cubiertos bajo el plan Global Medical Insurance. Menores de 19 años solicitando cobertura individual, deberán utilizar tarifas masculinas 19-24 años.														
19-24	2,419	3,991	2,199	3,628	1,963	3,477	1,639	2,626	1,506	2,383	1,324	2,097	1,152	1,706
25-29	2,484	4,388	2,258	3,989	2,036	3,798	1,691	2,867	1,548	2,583	1,363	2,316	1,178	1,749
30-34	2,686	4,849	2,442	4,408	2,206	4,163	1,828	3,226	1,677	2,912	1,465	2,534	1,262	2,021
35-39	2,767	5,310	2,515	4,827	2,289	4,435	1,886	3,525	1,728	3,153	1,506	2,767	1,290	2,065
40-44	3,406	5,767	3,096	5,243	2,795	4,740	2,280	3,787	2,079	3,423	1,789	2,823	1,519	2,327
45-49	3,764	4,431	3,422	4,028	3,108	3,683	2,523	2,976	2,295	2,693	1,969	2,193	1,656	1,830
50-54	4,454	4,763	4,049	4,330	3,696	3,984	2,986	3,218	2,766	2,967	2,357	2,519	1,957	2,089
55-59	5,492	5,355	4,993	4,868	4,619	4,503	3,716	3,627	3,335	3,258	2,889	2,828	2,366	2,312
60-64	7,494	7,099	6,813	6,545	6,340	5,977	5,389	5,028	4,964	4,628	4,204	3,777	3,542	3,210
65-69	14,886	13,053	13,533	11,866	13,057	11,391	12,111	10,438	9,529	8,658	8,334	7,552	6,956	6,315
70-74	Favor de contactar a IMG o su agente para información sobre las tarifas para estas edades.													
Factores de modo de pago*** Anual 1.00 Semestral .55 Trimestral .28 Mensual .10														

***Para pagos semestrales, trimestrales, o mensuales, IMG únicamente aceptará las tarjetas de crédito Visa, Mastercard, American Express, Discover o JCB solamente en base pre-autorizada y antes de la fecha de vencimiento. Su tarjeta de crédito será automáticamente cargada en la(s) fecha(s) de vencimiento del pago de la póliza.

Nota: La elección de la opción de pago semestral (factor de cálculo de pago 0.55), generará un pago total de 110% de la prima anual; la elección de la opción de pago trimestral (factor de cálculo de pago 0.28), generará un pago total de 112% de la prima anual, y la elección de la opción de pago mensual (factor de cálculo de pago 0.10), generará un pago total de 120% de la prima anual.

Sírvase ver las tarifas al reverso para Cobertura Mundial

GLOBAL MEDICAL INSURANCE®

LA SOLICITUD



Global Medical Insurance es un producto de líneas excedentes suscrito por Sirius International Insurance Corporation (publ) (la "Compañía"). Es distribuido, manejado y administrado como agente para y en nombre de la Compañía, International Medical Group®, Inc. ("IMG®")

Información importante

Global Medical Insurance ofrece dos opciones: Cobertura mundial o cobertura mundial excluyendo EE.UU. y Canadá. Ambas opciones proporcionan cobertura las 24 horas del día y le brindan la libertad de elegir cualquier médico u hospital para obtener tratamiento. Por favor tome nota que los riesgos y sujetos bajo este plan no son destinados ni considerados por la Compañía o IMG ser residentes, estar localizados o ser realizados en cualquier Estado en particular de los

Estados Unidos y se aplicarán requisitos especiales de elegibilidad. Este seguro no está sujeto a ciertos requisitos de acceso, portabilidad o renovación u otros de la ley Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996. Sírvase leer y revisar cuidadosamente todos los requerimientos de elegibilidad, condiciones de cobertura y exclusiones de condiciones preexistentes antes de comprar la cobertura. Los folletos de mercadeo y fraseología de la póliza están disponibles a solicitud de la parte interesada. Por favor contacte a IMG o a su agente/corredor independiente de seguros para más detalles.

Instrucciones para completar la solicitud

Nota: La falta de información o información incompleta puede demorar el proceso de esta solicitud.

1. En la Sección 1, escriba en letra de imprenta o a máquina su nombre y los nombres de sus familiares solicitando cobertura, tal y como usted quiera que aparezcan en la(s) tarjeta(s) de identificación. Además, por favor dé la dirección completa de su domicilio fuera de los EE.UU. así como cualquier dirección de correo alterno.
2. Para ser consideradas, todas las solicitudes deberán estar debidamente llenadas, firmadas y fechadas. Si en la Sección 2 algún miembro de la familia contesta "Sí" a cualquier pregunta favor identificarlo. El miembro deberá incluir el nombre, dirección y teléfono(s) de (los) médico(s) que lo atienden, diagnóstico, todas las fechas de tratamiento, tipo(s) de tratamiento, pronóstico y curso presente del tratamiento. (Favor de utilizar el espacio designado en la Sección 3 llamado "Información médica" para proporcionar esta información. En caso de necesitar más espacio por favor añada las páginas necesarias.)
3. **Ciudadanos estadounidenses:** Si usted o algún familiar solicitando cobertura se encuentra en los EE.UU. en la fecha de la solicitud, la fecha efectiva (si emitida) se trasladará a la que ocurra más tarde de las siguientes: a) La fecha de vigencia solicitada en esta solicitud; o b) La fecha en la que el solici-

tante abandone los Estados Unidos; o c) El día en que el solicitante sea aprobado por IMG y se emita un Certificado de seguros

Ciudadanos No-Estadounidenses: Si usted o algún familiar incluido en el plan se encuentra en los Estados Unidos el día que fecha esta solicitud y no tiene pensado salir de los Estados Unidos, necesitará una declaración de elegibilidad. Su agente de seguros le podrá asistir al respecto. Obsérvese que la declaración de elegibilidad será requerida para cada renovación.

4. Las primas anuales pueden pagarse con cheque, giro postal o transferencia bancaria o con las siguientes tarjetas de crédito: Visa, MasterCard, American Express, Discover o JCB. IMG no aceptará cheques, giros postales o transferencias bancarias para los modos de pagos semestrales, trimestrales o mensuales. Estos modos de pagos alternativos serán aceptados con previa autorización de debitarlo de su tarjeta de crédito en las fechas de vencimiento de las futuras cuotas y resultarán en pagos totales del 110%, 112% y 120% respectivamente de la prima anual. Hay un cobro opcional de \$25 para enviar su certificado de seguro una vez aprobados vía courier.

SECCIÓN 1.

Favor completar las preguntas para todo los miembros de la familia solicitando cobertura

NOMBRE Favor de escribir los nombres	ALTURA	PESO	FECHA DE NACIMIENTO MM/DD/AÑO	PAÍS DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL (PASAPORTE, SEGURO SOCIAL O LICENCIA DE CONDUCIR)
A. SOLICITANTE (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre) <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO					
B. CÓNYUGE (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre) <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO					
C. 1ER HIJO (MENOR DE 19 AÑOS) (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre) <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO					
D. 2DO HIJO (MENOR DE 19 AÑOS) (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre) <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO					
E. 3ER HIJO (MENOR DE 19 AÑOS) (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre) <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO					

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA FUERA DE EEUU	
CALLE	
CIUDAD	ESTADO, PAÍS Y CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO	FAX
CORREO ELECTRÓNICO	
<i>CIUDADANOS ESTADOUNIDENSES POR FAVOR DE COMPLETAR ESTA ÁREA</i>	<i>CIUDADANOS NO ESTADOUNIDENSES POR FAVOR DE COMPLETAR ESTA ÁREA</i>
FECHA CUANDO ABANDONO O ABANDONARA LOS ESTADOS UNIDOS (Mes/Día/Año)	NOTA: EN CASO DE NO CONTAR CON UNA DIRECCIÓN FUERA DE LOS EEUU, UNA DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEBERÁ SER LLENADA.
¿ESPERA PASAR POR LO MENOS 6 MESES DE LOS PRÓXIMOS 12 MESES FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
DIRECCIÓN ALTERNA DE CORREOS.	DIRECCIÓN ALTERNA DE CORREOS.
CALLE	CALLE
CIUDAD	CIUDAD
ESTADO, PAÍS Y CÓDIGO POSTAL	ESTADO, PAÍS Y CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO	TELÉFONO
FAX	FAX
CORREO ELECTRÓNICO	CORREO ELECTRÓNICO

SECCIÓN 2. Por favor responda las preguntas para el solicitante y todos los miembros de la familia solicitando cobertura

	EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE EL FAMILIAR UTILIZANDO LAS LETRAS DE LA SECCIÓN 1	
1. ¿Se encuentra usted o algún otro solicitante actualmente incapacitado/a, embarazada o incapaz de realizar actividades normales?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
2. ¿Se encuentra usted o algún otro solicitante actualmente hospitalizado, o con necesidad de ser hospitalizado o de tener cirugía?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
3. ¿Ha sido usted diagnosticado/a, tratado/a o dado positivo en una prueba para detectar el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), complejo relacionado con el SIDA, síndrome de linfadenopatía, virus de inmunodeficiencia humana o cualquier otro trastorno del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
4. ¿Usted o algún otro solicitante ha recibido o ha sido recomendado o está en lista de espera para un trasplante de órgano (excepto un trasplante de la córnea)?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
5. ¿Participa en deportes profesionales?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Si algún solicitante contestó "Sí" a alguna de las cinco preguntas anteriores, no es elegible para este seguro. Gracias por su interés.		
6. ¿Ha sido Usted o cualquier otro de los solicitantes tratado por cualquier tipo de cáncer o condición pre-cancerosa durante los últimos 5 años? Si su respuesta es SÍ, por favor informe en la Sección 3.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
7. Si Usted no es estadounidense, ¿ha vivido usted continuamente dentro de los Estados Unidos durante los últimos cinco (5) años?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Si algún individuo contestó "Sí" a alguna de las dos preguntas anteriores, puede que no sea elegible para este seguro.		

Las preguntas 8-29 a continuación deben ser contestadas por el solicitante y cada miembro de la familia incluido en la solicitud. Para cada pregunta que sea contestada con un "Sí" por favor informe a que miembro se refiere (utilizando la letra que le corresponde en Sección 1), informe los detalles completos sobre la condición médica incluyendo la fecha de tratamiento, nombre, dirección y teléfono del médico que le atendió, diagnóstico, pronóstico y el estado actual del tratamiento en el espacio previsto en la Sección 3 de esta solicitud. IMG y la Compañía se reservan el derecho de pedir información médica adicional.

8. Durante los últimos 12 meses, ¿Ha sido usted o alguno de los familiares solicitantes diagnosticado con alguna dolencia, o ha recibido tratamiento (incluyendo medicinas o consultas) por alguna condición médica, salud, mental o nerviosa? Si es así, por favor explique en la Sección 3.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
9. ¿Ha sido usted o algún familiar solicitante rechazado, declinado o puesto primas especiales por otro Seguro de Salud, Vida o Póliza de invalidez? Si es así, por favor explique en la Sección 3.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

¿Ha sido usted o algún familiar quien está solicitando cobertura alguna vez sufrido de una manifestación o síntomas de, sufrido de, tratado, examinado, diagnosticado, o ha tenido manifestación de estas dolencias, problemas médicos, trastornos o problemas relativos a algunos de los siguientes:

10. ¿Corazón, cardíaco, cardiovascular o dolencia circulatoria incluyendo pero no limitado a: insuficiencia cardíaca por congestión venosa, ataque de corazón, angina, dolores en el pecho, arteriosclerosis, aterosclerosis, presión de sangre alta, hipertensión, tobillos/pies hinchados, trombosis, flebitis, fiebre reumática o soplo del corazón? Si respondió SÍ: a. La fecha de lectura de la presión de sangre más reciente _____ b. Resultado _____ AS/ _____ DS c. Las medicinas tomadas (los tipos y las dosis) _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
11. ¿Sangre, vasos sanguíneos, bazo, venas o trastornos de la sangre, incluyendo pero no limitado a: anemia, hemofilia, leucemia, hepatitis, glándulas linfáticas, o colesterol alto?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
12. ¿Diabetes, hiperglucemia, hipoglucemia? Si respondió SÍ a diabetes, además de la sección 3, sírvase completar lo siguiente: a) Tipo de diabetes I _____ ó II _____ b) Fecha del diagnóstico _____ c) ¿Es controlada con dieta solamente? SÍ ___ NO ___ d) Medicamentos (Tipo y Dosis) _____ e) ¿Fecha de examen HbA1c más reciente? _____ f) ¿Resultados de examen HbA1c? _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

SECCIÓN 2. (continuación)

	EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE EL FAMILIAR UTILIZANDO LAS LETRAS DE LA SECCIÓN 1	
13. Sufre de asma o alergias? Si su respuesta es afirmativa, además de la Sección 3, sírvase especificar cuál de los dos y complete la siguiente información: a) Fecha de diagnóstico: _____ b) ¿Ha requerido hospitalización o tratamiento en sala de emergencias? Si su respuesta es afirmativa, proporcione detalles y la(s) fecha(s): _____ c) Sírvase nombrar todos los agentes alergénicos conocidos: _____ d) Medicamentos (tipos y dosis): _____ e) Frecuencia de los ataques: _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
14. ¿Cáncer, tumor, quiste, pólipo, melanoma, sarcoma de Kaposi, desorden de célula, herpes, bulto o desarrollo de algún tipo?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
15. ¿Hígado, páncreas, vesícula, trastorno endocrino incluyendo pero no limitado a: trastornos pituitarios, tiroideos, o metabólicos u obesidad?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
16. ¿Riñón, funciones de la vía urinaria, infecciones o cálculos renales o de la vejiga?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
17. ¿Aparato respiratorio incluyendo pero no limitado a: tuberculosis, trastorno pulmonar, enfisema, tos crónica, bronquitis, asma bronquial, neumonía pleuresia?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
18. ¿Trastorno en el sistema mental o nervioso, incluyendo pero no limitado a: psicosis, trastorno mental o de comportamiento, abuso o dependencia química o de drogas, alcoholismo, asesoría psiquiátrica, u otro grupo de apoyo, depresión, ansiedad, fatiga crónica, trastorno alimenticio o al dormir?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
19. ¿Trastorno neurológico, incluyendo pero no limitado a: esclerosis múltiple, (MS), distrofia muscular, enfermedad de Lou Gehrig (ALS), mal de Parkinson, parálisis, epilepsia, convulsión, ataque de apoplejía/migrañas, dolores de cabeza crónicos, derrame cerebral o ataque isquémico cerebral?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
20. ¿Muscular, esquelético, espina dorsal, hueso o articulación incluyendo pero no limitado a: escoliosis, enfermedad o trastorno de los discos, vértebra, degeneración o cualquier otra afección de la espalda o de cuello, reumatismo, artritis, gota, tendonitis, osteoporosis o inflamación?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
21. ¿Para las solicitantes femeninas, aborto espontáneo, embarazo complicado o complicaciones de parto o consulta por infertilidad, consejo, diagnóstico o tratamiento?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
22. ¿Condición o defecto congénito, genético o hereditario u otro defecto o condición del nacimiento incluyendo pero no limitado a: retraso mental, síndrome de Down, o trastorno de cromosoma, trastorno, defecto o deformidad física?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
23. ¿Sistema digestivo, estómago o intestinos, incluyendo pero no limitado a: regurgitación del esófago, gastritis, úlcera, colon o trastorno del recto?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
24. ¿Sistema reproductivo incluyendo pero no limitado a: próstata o nivel de PSA elevado, sangrado vaginal, fibroide, nódulos o quistes en los senos, trompas de falopio, ovarios o útero?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
25. ¿Ojos, oído, nariz, boca, garganta o mandíbula, incluyendo pero no limitado a: cataratas, glaucoma, desviación nasal de septum, sinusitis crónica, o desorden temporal de la mandíbula articular?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
26. ¿Alguna otra enfermedad, dolencia, problema médico, condición o lesión no mencionada?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
27. ¿Usted o algún solicitante quien está solicitando cobertura consume o alguna vez ha consumido tabaco en alguna forma en los últimos cinco años?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
28. ¿Usted o algún familiar quien está solicitando cobertura alguna vez ha solicitado o comprado seguros a través de IMG? Si es así, dé el número de póliza y detalles:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
29. ¿Durante los últimos doce (12) meses, usted o cualquier otro familiar quien está solicitando cobertura ha sido cubierto bajo algún plan de seguro médico o de salud? En caso afirmativo, sírvase indicar el nombre y la ubicación de la empresa de seguros, el número del plan/póliza y las fechas de cobertura aplicables.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

Datos del médico de la familia - la siguiente información debe completarse

Nombre del doctor :	Teléfono:
Dirección:	
País:	Código postal:
Fecha de la última visita al medico:	Razón:

SECCIÓN 3. Información médica/seguro previo

Para cualquier pregunta que haya sido contestada "Sí" en la Sección 2, sírvase identificar a cada miembro de la familia a quien aplique la respuesta utilizando la(s) letra(s) correspondiente(s) de la sección 1, y proporcione información completa de la condición médica, incluyendo el nombre, dirección y número de teléfono del (los) médico(s) que lo esté(n) atendiendo, hospital(es), clínica(s) y otras instituciones médicas, diagnóstico, pronóstico, curso del tratamiento actual en el espacio previsto a continuación. **En caso de necesitar más espacio por favor añada las páginas necesarias.** IMG y La Compañía se reservan el derecho de solicitar información médica adicional previa aprobación de la solicitud.

Familiar (Use las de Sección 1)	Afección(es)/Diagnóstico, Pronóstico, Tratamiento(s) Pasado(s) y Actual(es)	Nombre(s), dirección y número de teléfono del médico/hospital/clínica	Fecha(s) del tratamiento

¿Si algún familiar quien está solicitando cobertura ha sido rechazado, declinado o puesto en primas especiales por cobertura bajo alguna póliza de salud, de vida o de incapacidad (ver la pregunta 9) sírvase explicar a continuación:

SUSCRIPCIÓN Yo (Nosotros) por la presente solicito (solicitamos) a Global Medical Insurance Trust, a cargo de Community Trust & Investment Co., Noblesville, IN, para el plan Global Medical Insurance como es ofrecido por la Compañía en esta fecha. Yo (Nosotros) entiendo (entendemos) y acepto (aceptamos) que: (i) ninguna cobertura será efectiva hasta que esta Solicitud haya sido aceptada por escrito por la Compañía, (ii) ninguna modificación o exoneración en relación a esta Solicitud o la cobertura solicitada comprometerá a la Compañía o IMG a menos que sea aprobada por escrito de un oficial de la Compañía o IMG, y (iii) IMG y la Compañía contarán con la precisión y totalidad de la información proporcionada en esta solicitud, (iv) cualquier falsificación u omisión aquí contenida causará la cancelación del certificado de seguro, y todos los beneficios y reclamos en estos serán anulados, (v) por la entrega de esta solicitud y/o cualquier futuro reclamo para beneficios Yo (nosotros) resueltamente iniciaré (iniciaremos) y tomaré (tomaremos) ventaja del privilegio de conducir una relación de negocio con la Compañía en Indiana, a través de IMG como su agente seleccionado y administrador, e invoco (invocamos) los beneficios y la protección de sus leyes, y (vi) el contrato de seguro representado por la póliza maestra y evidenciado por el certificado de seguro se considerará ser emitido y hecho en Indianápolis, IN, y la única y exclusiva jurisdicción y lugar para realizar cualquier acción legal o procedimiento administrativo relacionado a este seguro será en el Condado de Marion, Indiana, y por el presente el (los) solicitante(s) está(n) de acuerdo. Estoy/estamos de acuerdo en usar las leyes de Indiana para todos los derechos o reclamos que surjan bajo este seguro.

CONOCIMIENTO Yo (nosotros) entiendo (entendemos) y acepto (aceptamos) que: (i) folletos de mercadeo y fraseología de la póliza están disponibles a solicitud de la parte interesada antes de aplicar para el seguro, (ii) el agente de seguros, sitio web, u otro productor, si lo hubiera, involucrado con respecto a la solicitud de esta solicitud esta actuando solamente como mi agente y representante legal, y está representando mis intereses personales, y que tal persona no tiene ninguna autoridad para obligar a o hablar en nombre de, y no está actuando como el agente o representante legal de la Compañía o IMG (iii) cualquier condición, trastorno o condición que, con certeza médica razonable existía en el momento de o en cualquier momento antes de la fecha de vigencia de la cobertura, incluyendo cualquier complicación posterior, crónica o recurrente o consecuencias subsecuentes en relación con esos o que surjan de esos, ya sea o no que se haya manifestado o sido sintomático, diagnosticado o tratado antes de la fecha de vigencia o se ha revelado en la presente (condición preexistente), será excluido de la cobertura por dos años a partir de la fecha de vigencia, y a partir de entonces será limitado a un máximo de por vida de \$50,000 por persona, con un máximo de \$5,000 por persona por periodo de cobertura anual (iv) los temas de seguro presentados no son destinados o considerados

por el (los) solicitante(s), la Compañía o IMG ser residentes, estar localizados o ser ejecutados en cualquier estado en particular de los Estados Unidos, (v) la Compañía, como la empresa aseguradora para el plan, sólo es responsable por las coberturas y beneficios a proporcionarse en virtud de la misma, e IMG actúa solamente como agente para la Compañía y no tiene ninguna obligación directa o independiente bajo la Póliza Maestra o cualquier certificado de seguro.

CERTIFICACIÓN Yo (Nosotros) certifico (certificamos), represento (representamos) y garantizo (garantizamos) a IMG y la Compañía que: (i) yo (nosotros) he(mos) leído las preguntas contenidas en la presente solicitud o se me (nos) han leído a mi (nosotros) y yo (nosotros) las entiendo (entendemos), (ii) mis (nuestras) respuestas a las preguntas son verdaderas, precisas y completas en todos respecto en la fecha de la presente, (iii) yo (nosotros) actualmente gozo (gozamos) de buena salud y, salvo las condiciones y otra información revelada en la presente, yo (nosotros) no he (mos) sido diagnosticado(s) con, buscado consulta o recibido tratamiento por y no he (mos) tenido una manifestación o síntomas de y no sufro (sufrimos) de ninguna condición preexistente que yo (nosotros) prevea (preveamos) poder requerir tratamiento en el futuro o en relación con la cual tengo (tenemos) la intención de presentar un reclamo bajo este seguro, y (iv) si se firma esta Solicitud como tutor o representante legal del solicitante, el firmante garantiza su autoridad y calidad para actuarse y obligar al solicitante.

AUTORIZACIÓN MÉDICA Yo (nosotros) autorizo (autorizamos) a cualquier médico, practicante de las artes curativas, hospital, clínica, centro relacionado con el cuidado de la salud, farmacia, agencia gubernamental, agencia de seguros, compañía de seguros, titular de póliza colectiva, empleado o administrador de un plan de beneficios quien tenga información acerca de mi (nuestro) cuidado, consejo, tratamiento, diagnóstico o pronóstico de cualquier condición física o mental y/o estado de empleo a proporcionar tal información a IMG y/o la Compañía a mi productor/corredor involucrado en la obtención de esta solicitud y/o cobertura de seguro.

PERIODO DE GARANTÍA DE SATISFACCIÓN/ REVISIÓN Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que tengo (tenemos) 15 días a partir de la fecha de vigencia del plan para revisar el Certificado de seguro, todos los beneficios, condiciones, limitaciones y exclusiones de cobertura. Si no estoy (estamos) completamente satisfecho(s) Yo (nosotros) puedo (podemos) cancelar por escrito este seguro para recibir un reembolso total de la prima pagada desde la fecha en la cual el plan entró en vigencia.

Firma del Solicitante o Tutor

Fecha (MM/DD/AÑO)

Firma del (de la) cónyuge

Fecha (MM/DD/AÑO)

SECCIÓN 5.

Elección de deducible y cálculo de prima



Nota: Opción del Plan, El deducible, la forma de pago, y área de cobertura deben ser iguales para todos los miembros de la familia.

Elija una opción del plan:	<input type="checkbox"/> Silver	<input type="checkbox"/> Gold	<input type="checkbox"/> Platinum				
Elija un deducible:	<input type="checkbox"/> \$100 (Sólo Platinum)	<input type="checkbox"/> \$250	<input type="checkbox"/> \$500	<input type="checkbox"/> \$1,000	<input type="checkbox"/> \$2,500	<input type="checkbox"/> \$5,000	<input type="checkbox"/> \$10,000
Elija una forma de Pago:	<input type="checkbox"/> Anual = 1.00	<input type="checkbox"/> Semestral = 0.55	<input type="checkbox"/> Trimestral = 0.28	<input type="checkbox"/> Mensual = .10			
Elija Área de Cobertura:	<input type="checkbox"/> Mundial	<input type="checkbox"/> Mundial excluyendo los EE.UU. y Canadá					

CÁLCULO DE LA PRIMA (Las solicitudes recibidas sin pago no serán aprobadas)

Las primas anuales se podrán pagar con cheque, giro postal o transferencia bancaria o con tarjetas de crédito Visa, MasterCard, American Express, Discover o JCB. IMG no aceptará cheques, giros postales o transferencias bancarias para pagos semestrales, trimestrales, o mensuales. Estos pagos sólo son aceptados con una preautorización para debitar su tarjeta de crédito en la(s) fecha(s) de vencimiento. Hay un cobro opcional de \$25 para enviar su certificado de seguro vía courier tras aprobación.

Ponga la prima anual de Global Medical Insurance para cada uno de los miembros de su familia, de acuerdo a su edad, sexo y deducible.

La solicitud no podrá ser procesada a menos que complete esta sección.

Asegurado	\$ _____
Cónyuge	\$ _____
1er Hijo	\$ _____
2do Hijo	\$ _____
3er Hijo	\$ _____
GMI Subtotal A	\$ _____

Beneficios opcionales

Prima de seguro de vida básica \$240 X _____ = B \$ _____
de adultos solicitando

Suplemento de seguro de vida \$180 X _____ = C \$ _____
de adultos solicitando

Seguro de vida por niño(a) \$100 X _____ = D \$ _____
de niños (as) solicitando

Indemnización diaria \$100 X _____ = E \$ _____
de familiares solicitando

Cobertura adicional opcional por maternidad Introduzca \$2,500 aquí F \$ _____
(se aplica solo a las opciones Silver y Gold)

Subtotal (A+B+C+D+E+F) = G \$ _____

Prima total

\$ _____ X _____ + \$ _____ =	H \$ _____
<small>Subtotal G</small>	<small>Forma de Pago</small>
<small>Courier Opcional*</small>	<small>monto de la prima adeudada</small>

Formas de pago: Anual = 1.00 Semestral = .55 Trimestral = .28 Mensual = .10

Nota: La elección de la opción de pago semestral (factor de cálculo de pago 0.55), generará un pago total de 110% de la prima anual; la elección de la opción de pago trimestral (factor de cálculo de pago 0.28), generará un pago total de 112% de la prima anual, y la elección de la opción de pago mensual (factor de cálculo de pago 0.10), generará un pago total de 120% de la prima anual.

*Hay un cobro opcional de \$25 para enviar su certificado de seguro una vez aprobados por Express courier.

Si elige Courier Opcional - Favor de indicar dirección donde quiere recibir sus documentos. (como lo indica la Sección 1)

Dirección de residencia Dirección alterna

Otra (no apartados postales) _____

MÉTODO DE PAGO

Cheque (sólo anualmente)

Transferencia bancaria (solo anualmente)

Giro postal Money Order (sólo anualmente)

MasterCard Visa American Express

Discover JCB

(Se requiere una firma autorizada en caso de elegir pago con tarjeta)

El cheque o giro postal deberá ser pagadero a nombre de International Medical Group Inc. (IMG). Todos los pagos deberán ser realizados en dólares de los EE.UU., emitidos en un banco de los EE.UU. y entregados al momento en que se haga la solicitud de cobertura. En caso de pagar con tarjeta de crédito, autorizo a IMG para debitar mi cuenta de tarjeta de crédito con Visa/MasterCard/American Express/ Discover/JCB el monto total adeudado. En el caso de que yo haya escogido un factor de modo semestral, trimestral, o mensual, **por medio del presente escojo pre-autorizar las cuotas de los pagos futuros en mi tarjeta de crédito por el saldo del periodo anual de la cobertura (12 meses a partir de la fecha de vigencia), y por ende solicito y autorizo a IMG para que cargue de manera periódica el pago de las cuotas vencidas de mi prima a mi tarjeta de crédito. Esta autorización permanecerá en vigencia por 12 meses, a menos que la misma sea revocada por escrito por mí y que IMG verdaderamente reciba la notificación de mi revocatoria, con lo cual la continuidad de la cobertura se verá afectada.** La cobertura pagada con tarjeta de crédito estará sujeta a validación y aceptación por parte de la Compañía emisora de la tarjeta de crédito.

El número de la tarjeta de crédito _____

Fecha de expiración _____
 (La fecha de expiración no puede ser antes de la fecha de vencimiento de la póliza)

Firma X _____

Nombre como aparece en la tarjeta _____

Teléfonos (_____) _____

Dirección de recibos _____

FECHA DE INICIO REQUERIDA: _____
 (Deberá ser dentro de los 30 días siguientes a la firma de esta solicitud. La cobertura no entrará en vigencia en ningún caso antes de la aprobación)

SECCIÓN 6. Información de contacto para las renovaciones

Por favor especifique la mejor forma para contactarse con usted para las renovaciones:

- Correo (Dirección)_____
- Fax (número)_____
- Correo electrónico_____

SECCIÓN 7. Para uso exclusivo de la agencia/corredor

Número de productor/agente de IMG: 57569	Nombre del agente/corredor: ATTACH
Nombre de la compañía: ATTACH	
Dirección: 701 Palomar Airport Rd. Ste 300	
Ciudad, Estado, Código Postal: Carlsbad CA 92011	Teléfono: 866-289-3092
Fax: 760-301-8045	Correo electrónico: info@internationalhealthinsurance.us
Sitio web: www.internationalhealthinsurance.us	
Firma del agente X	Número de agente general:

Favor enviarla vía correo o fax a:
International Medical Group, Inc.
P.O. Box 88509
Indianápolis, Indiana 46208-0509 USA

Llame a (EE.UU.) 317-655-4500;
gratis (en EE.UU.) 800-628-4664
Fax (EEUU.) 317-655-4505
www.imglobal.com

Cambio de dirección o información de contacto adicional también debe ser enviada a IMG.