

# PATRIOT EXCHANGE PROGRAM<sup>SM</sup>



SEGURO MÉDICO PARA PERSONAS Y GRUPOS QUE PARTICIPAN EN UN INTERCAMBIO ACADÉMICO O CULTURAL



# Hello. Hola. Hallo. Hej. Nin Hao.

Usted puede saludar a alguien en otro idioma de muchas maneras. Cuando viaja, manténgase seguro y protegido diciéndole "hola" a Patriot Exchange Program<sup>SM</sup>, un plan de seguro médico para viajes internacional único que le ofrece tranquilidad a nivel mundial (Global Peace of Mind<sup>®</sup>) cuando viaja al extranjero.

G L O B A L  
*peace of mind*<sup>®</sup>



## ¿Por qué considerar un Seguro Médico para Viajes Internacionales?

Viajar al extranjero puede ser una experiencia emocionante, especialmente al participar en un programa de intercambio académico o cultural. ¿Pero qué pasaría si usted se enferma o lesiona lejos de casa? Podría rápidamente convertirse en una experiencia aterradora si no está preparado para una emergencia médica.

Ya sea que su viaje le lleve al extranjero durante algunas semanas o un año, su experiencia de intercambio cultural debe ser agradable. Usted tiene suficiente de qué preocuparse al estar de viaje. No permita que su cobertura médica sea una incertidumbre. International Medical Group® (IMG®) ha desarrollado el Patriot Exchange Program<sup>SM</sup> para proveer a usted, su grupo y sus dependientes que viajan con usted Cobertura Sin Límites<sup>SM</sup>. El plan ofrece un paquete completo de beneficios internacionales disponibles las 24 horas del día. Sólo es necesario seleccionar la opción del plan que mejor se adapte a sus necesidades.

## Patriot Exchange Program

Patriot Exchange Program está diseñado para satisfacer los requisitos de seguro de visa de Estados Unidos para las personas y grupos de cinco o más alumnos en el extranjero que están estudiando o participando en un programa de intercambio cultural, incluyendo titulares de visas J1 y J2. La cobertura puede ser adquirida para los cónyuges y los hijos solteros dependientes que viajan con el estudiante/participante. Los individuos y grupos pueden elegir entre diferentes opciones de planes: \$50,000, \$100,000, \$250,000 y \$500,000 límite máximo por enfermedad/lesión. La opción del límite máximo de \$50,000 por Enfermedad/Lesión no cumple con los requisitos de visa J1 y J2. Este programa también ofrece tres diferentes áreas de cobertura y un plan Adicional Opcional para deportes de bachillerato, responsabilidad personal y asistencia legal. Además, los grupos pueden adquirir planes a largo plazo renovables anualmente que tienen la flexibilidad necesaria para adaptarse a las necesidades específicas de cada programa.

## ¿Cómo incide la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) de los EE.UU. en mi cobertura?

**No Ciudadanos de EE.UU.** Como extranjeros no residentes, los estudiantes internacionales, profesores y personas que forman parte de programas de intercambio cultural y que son titulares de las categorías de visa F, J, M y Q (y ciertos familiares) no están sujetos al mandato individual durante los primeros cinco años en los EE.UU. El resto de las categorías J (para maestros, practicantes, para trabajo y estudio, au pair y escuela secundaria, etc.) no están sujetas al mandato individual durante dos años (de los últimos seis). Dado que los estudiantes internacionales no están sujetos al mandato, no se les exige que contraten un plan que reúna los requisitos de PPACA y pueden contratar un Patriot Exchange Program.

**Ciudadanos de EE.UU.** De conformidad con la ACA, todos los ciudadanos de EE.UU., nativos y residentes-extranjeros deben contratar una cobertura esencial mínima (que cumpla con ACA), a menos que estén exentos. Entre los ciudadanos de EE.UU. exentos se encuentran los que residen fuera de EE.UU. durante 330 de cualquier período de 365 días o que tengan un domicilio tributario (un lugar de trabajo o empleo principal, o si no tienen un lugar de trabajo o empleo principal, su residencia principal) en otro país y sean residentes de buena fe de otro país.

*Este seguro no está sujeto a, y no proporciona beneficios requeridos por ACA. A partir del 1 de enero de 2014, ACA exige que los ciudadanos de EE.UU., los nativos de EE.UU. y residentes-extranjeros obtengan la cobertura de seguro de conformidad con ACA, a menos que estén exentos de ACA (los estudiantes internacionales de las categorías de visa F, J, M y Q (y ciertos familiares de los estudiantes) no están sujetos al mandato individual durante los primeros 5 años en EE.UU. Todo el resto de las categorías J (para maestros, practicantes, para trabajo y estudio, au pair y escuela secundaria, etc.) no están sujetas al mandato individual durante dos años de los últimos seis). Se podrán imponer sanciones a las personas que están obligadas a mantener una cobertura de conformidad con ACA pero no lo hacen. La aptitud para adquirir o renovar este producto, o bien sus términos y condiciones, podrán modificarse o reformarse conforme a los cambios en la legislación aplicable, lo que incluye a ACA. Tenga en cuenta que usted es el único responsable de determinar si ACA le es aplicable; la Compañía e IMG no asumirán responsabilidad alguna, incluso sobre las sanciones en que usted pueda incurrir, por no obtener la cobertura necesaria de conformidad con PPACA. Para obtener información respecto de si ACA se aplica a usted o si debe contratar el Patriot Exchange Program, consulte las Preguntas Frecuentes de IMG en [www.imglobal.com](http://www.imglobal.com).*

## Servicios de asistencia global

Sabemos que los motivos para viajar al exterior son muchos y variados, por eso nuestros productos también lo son. Nuestro enfoque de servicio integral en la prestación de productos de seguro médico internacional incluye la atención a quienes se van de vacaciones, a quienes trabajan o viven en el exterior por períodos de tiempo breves o extendidos, a quienes viajan con frecuencia de un país a otro y a quienes mantienen múltiples países de residencia.

But Pero la prestación de cobertura de seguro no es suficiente. Son el servicio y el apoyo lo que más importa. Desde 1990, les hemos prestado, a millones de personas en todo el mundo, servicios de atención al cliente incomparables. Ofrecemos un personal médico en el lugar disponible las 24 horas del día para emergencias, profesionales de servicio de atención al cliente multilingüe y administradores de reclamos dedicados, que procesan decenas de miles de reclamos de todo el mundo todos los años. En IMG, estamos con usted ofreciéndole tranquilidad a nivel mundial (Global Peace of Mind®).

## Resumen de Beneficios de PEP (Individual y Grupo)

Los Gastos Médicos Elegibles se limitan a Límites Usuales, Razonables y Habituales por Período de Cobertura, a menos que se establezcan como Límite Máximo.

Límite Máximo	\$5,000,000
Deducible	\$0, \$100, \$250 o \$500 por enfermedad o lesión
Límite Máximo por enfermedad o lesión	A elegir \$50,000, \$100,000, \$250,000 o \$500,000
Coseguro	La Compañía abona el 100%
<b>BENEFICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS/AMBULATORIOS</b>	
Habitación y Comida en el Hospital	Hasta la tarifa promedio de una habitación semi-privada
Cuidados Intensivos en el Hospital	La Compañía abona el 100%
Terapia Física	La Compañía abona el 100% una vez que se alcanza el deducible
Visita de un Familiar	Límite máximo de \$1,500. Debe ser hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos. No sujeto a deducible
Consulta Médica	La Compañía abona el 100% una vez que se alcanza el deducible; una consulta por día (Se requiere la receta médica o plan de tratamiento)
Centro de Salud Estudiantil	\$5 copago por consulta. No sujeto a deducible
Medicamentos Recetados	La Compañía abona el 100% una vez que se alcanza el deducible, máximo de 90 días de suministro
Atención Urgente	\$50 de copago. No sujeto a deducible. El copago no se aplica si elige el deducible de \$0
Clínica de atención sin Cita Previa	\$20 de copago. No sujeto a deducible. El copago no se aplica si elige el deducible de \$0
Gastos Médicos Elegibles	La Compañía abona el 100% una vez que se alcanza el deducible
Consulta en la Sala de Emergencias con Ingreso Hospitalario	La Compañía abona el 100% una vez que se alcanza el deducible
Consulta en la Sala de Emergencias sin Ingreso Hospitalario	Deducible adicional de \$250
Traslado en Ambulancia a otro Establecimiento (Para servicios prestados en los EE. UU.)	La Compañía abona el 100% El traslado debe derivar del ingreso de un paciente a un hospital No sujeto a deducible
Dental	Tratamiento que no sea de emergencia con un proveedor odontológico debido a un accidente: límite por período de cobertura de \$500 por lesión; Tratamiento derivado de dolor inesperado en dientes sanos y naturales: límite del período de cobertura de \$350
Mental o Nervioso/Consumo de Sustancias	No cubierto si ocurre en un centro de atención estudiantil Paciente internado: límite máximo de \$10,000 Paciente ambulatorio: límite máximo de \$50 por día límite máximo de \$500
<b>BENEFICIOS PARA EVACUACIÓN (No sujeto a deducible)</b>	
Evacuación Médica de Emergencia	límite máximo de \$50,000
Reunión de Emergencia	límite máximo de \$15,000
Return of Mortal Remains or Cremation/Burial	límite máximo de \$25,000 por repatriación de restos mortales o límite máximo de \$5,000 por cremación/entierro
Political Evacuation and Repatriation	límite máximo de \$10,000
<b>BENEFICIOS ADICIONALES</b>	
Accidental Death & Dismemberment	suma principal de \$25,000, no sujeta a deducible
Terrorism	límite máximo de \$50,000, no sujeta a deducible
Repatriación de Restos Mortales o Cremación/Sepelio	Gastos Médicos Elegibles: límite máximo de \$5,000 Evacuación Médica de Emergencia: límite máximo de \$25,000
Condiciones Preexistentes	Por condiciones existentes dentro de los 36 meses previos a la fecha de entrada en vigencia, los cargos no se incluyen después de 12 meses de cobertura y, luego, \$500 por período de cobertura y límite máximo de \$1,500
Cobertura de Viaje Incidental (Sólo para los residentes no de los EE.UU.)	Hasta un total acumulado de 14 días
<b>ENDOSOS ADICIONALES OPCIONALES</b>	
Pérdida de Propiedad Personal	límite del período de cobertura de \$250
Asistencia legal	límite del período de cobertura de \$500
Responsabilidad Personal - Lesión a Terceros Responsabilidad Personal - Daño a Bienes de Terceros	límite del período de cobertura de \$2,000 después del deducible de \$100 límite del período de cobertura de \$500 después del deducible de \$100
Actividades Deportivas Limitadas en la Escuela Secundaria y la Universidad	La Compañía abona el 100% una vez que se alcanza el deducible

Los grupos también pueden contratar un plan de largo plazo personalizable. Todas las tarifas de las coberturas, beneficios y primas se expresan en dólares estadounidenses. Los beneficios están sujetos a exclusiones y limitaciones. Este es simplemente un resumen y no reemplaza en modo alguno al Certificado de Seguro ni a los documentos de la póliza vigente (junto con el "Contrato de Seguro"). El Contrato de Seguro es la única fuente de los beneficios reales que se prestan.





## TARIFAS INDIVIDUALES DE PEP

### Tarifas Mensuales Individuales

COBERTURA EXCLUYENDO LOS EE. UU.				
Edad	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000
31 días -24	\$36	\$42	\$45	\$47
25 - 49	\$42	\$49	\$52	\$55
50 - 64	\$109	\$117	\$135	\$142

### Tarifas Diarias Individuales

COBERTURA EXCLUYENDO LOS EE. UU.				
Edad	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000
31 días -24	\$1.20	\$1.40	\$1.50	\$1.57
25 - 49	\$1.40	\$1.63	\$1.73	\$1.83
50 - 64	\$3.63	\$3.90	\$4.50	\$4.73

COBERTURA INCLUYENDO LOS EE. UU.				
Edad	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000
31 days to 24	\$51	\$59	\$63	\$67
25 - 49	\$67	\$77	\$83	\$87
50 - 64	\$142	\$165	\$177	\$186

COBERTURA INCLUYENDO LOS EE. UU.				
Age	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000
31 días -24	\$1.70	\$1.97	\$2.10	\$2.23
25 - 49	\$2.23	\$2.57	\$2.77	\$2.90
50 - 64	\$4.73	\$5.50	\$5.90	\$6.20

## TARIFAS INDIVIDUALES DE PEP/ACCESORIOS

### Tarifas Individuales-Mensuales

COBERTURA EXCLUYENDO LOS EE. UU.				
Edad	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000
31 días -24	\$38	\$44	\$47	\$49
25 - 49	\$44	\$51	\$55	\$58
50 - 64	\$114	\$123	\$142	\$149

### Tarifas individuales-diarias

COBERTURA EXCLUYENDO LOS EE. UU.				
Edad	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000
31 días -24	\$1.27	\$1.47	\$1.57	\$1.63
25 - 49	\$1.47	\$1.70	\$1.83	\$1.93
50 - 64	\$3.80	\$4.10	\$4.73	\$4.97

COBERTURA INCLUYENDO LOS EE. UU.				
Edad	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000
31 días -24	\$54	\$62	\$66	\$70
25 - 49	\$70	\$81	\$87	\$91
50 - 64	\$149	\$173	\$186	\$195

COBERTURA INCLUYENDO LOS EE. UU.				
Edad	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000
31 días -24	\$1.80	\$2.07	\$2.20	\$2.33
25 - 49	\$2.33	\$2.70	\$2.90	\$3.03
50 - 64	\$4.97	\$5.77	\$6.20	\$6.50

### FACTORES DE DEDUCIBLE INDIVIDUAL DE PEP

Deducible	\$0	\$100	\$250	\$500
Factor	1.20	1.00	0.90	0.80

El precio se basa en la cantidad de meses completos más los días adicionales

Por lo tanto, del 1 de julio al 4 de agosto = 1 mes y 3 días

Para su solicitud, usted incluiría una tarifa mensual y multiplicaría por tres (días) la tarifa diaria adicional.

Los grupos también pueden adquirir un plan a largo plazo personalizable, para conocer las tarifas, por favor llame a su asesor de seguros o IMG. Los participantes de la Visa J de EE.UU. deben seleccionar el límite máximo de \$100,000 o uno mayor para cumplir con los requisitos del seguro de la Visa J.

## TARIFAS GRUPALES DE PEP

### Tarifas Mensuales Individuales

COBERTURA EXCLUYENDO LOS EE. UU.				
Edad	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000
31 días -24	\$32	\$38	\$41	\$42
25 - 49	\$38	\$44	\$47	\$50
50 - 64	\$98	\$105	\$122	\$128

### Tarifas Diarias Individuales

COBERTURA EXCLUYENDO LOS EE. UU.				
Edad	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000
31 días -24	\$1.07	\$1.27	\$1.37	\$1.40
25 - 49	\$1.27	\$1.47	\$1.57	\$1.67
50 - 64	\$3.27	\$3.50	\$4.07	\$4.27

### COBERTURA INCLUYENDO LOS EE. UU.

Edad	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000
31 días -24	\$46	\$53	\$57	\$60
25 - 49	\$60	\$69	\$75	\$78
50 - 64	\$128	\$149	\$159	\$167

### COBERTURA INCLUYENDO LOS EE. UU.

Edad	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000
31 días -24	\$1.53	\$1.77	\$1.90	\$2.00
25 - 49	\$2.00	\$2.30	\$2.50	\$2.60
50 - 64	\$4.27	\$4.97	\$5.30	\$5.57

## TARIFAS GRUPALES DE PEP/ACCESORIOS

### Tarifas Individuales-Mensuales

COBERTURA EXCLUYENDO LOS EE. UU.				
Edad	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000
31 días -24	\$34	\$40	\$42	\$44
25 - 49	\$40	\$46	\$50	\$52
50 - 64	\$103	\$111	\$128	\$134

### Tarifas individuales-diarias

COBERTURA EXCLUYENDO LOS EE. UU.				
Edad	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000
31 días -24	\$1.13	\$1.33	\$1.40	\$1.47
25 - 49	\$1.33	\$1.53	\$1.67	\$1.73
50 - 64	\$3.43	\$3.70	\$4.27	\$4.47

### COBERTURA INCLUYENDO LOS EE. UU.

Edad	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000
31 días -24	\$49	\$56	\$59	\$63
25 - 49	\$63	\$73	\$78	\$82
50 - 64	\$134	\$156	\$167	\$176

### COBERTURA INCLUYENDO LOS EE. UU.

Edad	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000
31 días -24	\$1.63	\$1.87	\$1.97	\$2.10
25 - 49	\$2.10	\$2.43	\$2.60	\$2.73
50 - 64	\$4.47	\$5.20	\$5.57	\$5.87

### FACTORES DE DEDUCIBLE GRUPAL DE PEP

Deductible	\$0	\$100	\$250	\$500
Factor	1.20	1.00	0.90	0.80

El precio se basa en la cantidad de meses completos más los días adicionales

Por lo tanto, del 1 de julio al 4 de agosto = 1 mes y 3 días

Para su solicitud, usted incluiría una tarifa mensual y multiplicaría por tres (días) la tarifa diaria restante.

Los grupos también pueden adquirir un plan a largo plazo personalizable, para conocer las tarifas, por favor llame a su asesor de seguros o IMG. Los participantes de la Visa J de EE.UU. deben seleccionar el límite máximo de \$100,000 o uno mayor para cumplir con los requisitos del seguro de la Visa J.

# Información del Plan PEP

## Elegibilidad

Para resultar elegible para solicitar el plan del Patriot Exchange Program, usted debe:

- » Patriot Exchange Program, usted debe:
- » Ser participante: estudiante, becario, pasante, profesor o practicante inscripto en un programa de intercambio cultural o educativo a los efectos de enseñar, estudiar, investigar o recibir capacitación laboral por un período temporario.
- » Ser cónyuge de un participante o hijo de un participante y residir fuera de su país de residencia principal por un período temporario. El solicitante principal debe contar con una visa J, M o F.
- » Tener, por lo menos, entre 31 días y 65 años de edad.
- » Residir física y legalmente en el país de destino con la intención de residir allí durante, por lo menos, 30 días a partir de la fecha de entrada en vigencia y de la renovación
- » No estar hospitalizado, incapacitado, embarazada ni ser VIH+ en la fecha de entrada en vigencia

## Proceso de Inscripción

Antes de comenzar su viaje, simplemente complete una solicitud en línea o llene la Solicitud y calcule la prima estimada para el período de tiempo que usted, su grupo y/o sus dependientes estarán viajando. Una vez que haya completado la Solicitud, debe devolverla a su agente de seguros o IMG. Las personas elegibles que figuran en la Solicitud y para quienes las primas se han pagado, estarán cubiertas desde la última de las fechas siguientes:

1. La fecha en que IMG aprueba su Solicitud completa y recibe la prima correspondiente
2. La fecha en que usted sale de su país de origen
3. La fecha solicitada en su Solicitud

## Confirmación de Cobertura:

IMG procesa solicitudes de manera rápida y oportuna. Al completar el proceso, IMG le enviará por correo y/o correo electrónico la Confirmación de Cobertura a la dirección/correo electrónico que aparece en la Solicitud. La Confirmación de Cobertura incluirá las Tarjetas de Identificación de IMG y el certificado de seguro que provee una descripción completa de los derechos y beneficios en virtud del contrato. Para su comodidad, usted recibirá por correo electrónico esta información y también puede acceder a ella desde el portal de IMG.

Si usted no elige Confirmación de Cobertura En Línea, IMG le enviará su confirmación por correo. Esto puede causar demoras. Recomendamos la confirmación en línea para tener acceso inmediato a la información de su cobertura.

## Condiciones de Cobertura:

**1)** La cobertura y los beneficios están sujetos al deducible, los límites y coseguro, y todos los términos del Certificado de Seguro y la Póliza Maestra. **2)** La cobertura en virtud de un plan Patriot Exchange Program es secundaria a toda otra cobertura. **3)** La cobertura y los beneficios son elegibles para gastos médicos elegibles que sean médicamente necesarios y usuales, razonables y habituales. **4)** Los cargos deben ser administrados u ordenados por un médico autorizado. **5)** Los cargos deben incurrirse durante el Periodo de Cobertura.

## Renovación de Cobertura:

Los asegurados elegibles pueden solicitar que la cobertura en virtud del plan sea renovada mensualmente hasta por períodos de 12 meses, por un máximo de 48 meses continuos, siempre y cuando se pague la prima en la fecha de vencimiento y el asegurado continúe cumpliendo con los requisitos de elegibilidad del plan.

## Endosos Opcionales PEP

### Endoso Para Deportes de Aventura:

El Endoso para Deportes de Aventura está disponible en el Patriot Exchange Program para personas y grupos y sus dependientes, hasta 65 años de edad. Ciertas actividades designadas como deportes de aventura pueden ser cubiertas hasta los máximos enumerados a continuación. Ciertas actividades nunca están cubiertas, independientemente de adquirir o no el Endoso para Deportes de Aventura. Para obtener una lista de todas las actividades que podrían considerarse como deportes de aventura, puede solicitar un endoso de muestra. considered to be adventure sports, a sample rider can be provided upon request.

EDAD	LÍMITE MÁXIMO
49 años o menos	\$50,000
50 - 59	\$30,000
60 - 64	\$15,000

### Endoso Para la Interrupción del Viaje de Acompañante/Líder Docente:

Los grupos pueden solicitar un Endoso para la Interrupción del Viaje de Chaperón/Líder Docente que ofrece hasta \$3,000 en beneficios. En caso de hospitalización del chaperón/líder original, la inesperada muerte de un familiar o la necesidad de cancelar los planes de viaje a consecuencia de un allanamiento o destrucción debido a fuerzas naturales en su residencia, el subsecuente chaperón/líder docente puede recibir el reembolso de ciertos costos de transporte para unir-se al grupo



\*Los beneficios están sujetos a exclusiones y limitaciones. Este es simplemente un resumen y no reemplaza en modo alguno al Certificado de Seguro ni a los documentos de la póliza vigente (junto con el "Contrato de Seguro"). El Contrato de Seguro es la única fuente de los beneficios reales que se prestan.

# PEP Claims Procedure

## Pre-certificación:

Ciertos tratamientos y suministros, incluyendo hospitalización, cirugía para pacientes hospitalizados o ambulatorios y otros procedimientos, como se indica en la Redacción del Certificado, deben ser Pre-certificados como una necesidad médica, lo que significa que el asegurado o su médico tratante debe comunicarse con un representante de IMG al número que aparece en la Tarjeta de Identificación de IMG previo al ingreso hospitalario y antes de recibir ciertos tratamientos y suministros o de realizar una cirugía. En caso de un Ingreso de Emergencia, la Pre-certificación debe hacerse dentro de las 48 horas posteriores al ingreso o tan pronto como sea razonablemente posible. Si un ingreso hospitalario o cirugía no están Pre-certificados, las reclamaciones y gastos elegibles se reducirán en un 50%. Es importante señalar que la Pre-certificación es sólo una determinación de la necesidad médica, no una certeza de cobertura, verificación de beneficios o garantía de pago. Todos los gastos médicos elegibles para reembolso deben ser médicamente necesarios y serán pagados o reembolsados a precios usuales, razonables y habituales. Por favor consulte la Redacción del Certificado para conocer la totalidad de los detalles de los requisitos de Pre-certificación.

**Para Pre-certificación, evacuación y repatriación por emergencia, por favor llame a:** IMG en EE.UU.: 1.800.628.4664 (sin costo) o 1.317.655.4500. Llame a IMG fuera de EE.UU.: 001.317.655.4500 (por cobrar, de ser necesario). Esta información también será proporcionada en su tarjeta de identificación.

**Nota:** Usted puede comenzar el proceso de Pre-certificación a través de MyIMG o en la sección Client Resources de [www.imglobal.com](http://www.imglobal.com). Simplemente busque la opción de Pre-certificación. Se le solicitará que proporcione la información requerida que puede ser presentada de manera electrónica. Cuando hayamos recibido toda la información requerida y los registros médicos, nuestro equipo de administración de uso y revisión examinará la información provista y suele tener una respuesta para el asegurado o proveedor dentro de los siguientes 2 días hábiles. Tenga en cuenta que este servicio en línea únicamente iniciará el proceso para el tratamiento y los suministros indicados en el contrato, y que no debe utilizarse para solicitar una Pre-certificación de ingreso, procedimiento o evacuación de emergencia.

\*Los beneficios están sujetos a exclusiones y limitaciones. Este es simplemente un resumen y no reemplaza en modo alguno al Certificado de Seguro ni a los documentos de la póliza vigente (junto con el "Contrato de Seguro"). El Contrato de Seguro es solo la fuente de los beneficios reales que se prestan

## Pago de Reclamaciones:

Todos los beneficios pagaderos en virtud de Patriot Exchange Program están sujetos a los términos y condiciones que se encuentran en el Certificado de Seguro. Para procesar las reclamaciones de manera eficiente, las reclamaciones por gastos médicos elegibles pueden pagarse de dos maneras:

1. Los gastos elegibles que han sido pagados por o en nombre de la persona asegurada pueden ser reembolsados por cheque directamente a la persona asegurada.
2. Los gastos elegibles que aún no han sido pagados por la persona asegurada pueden, a elección de IMG, ser pagados a la persona asegurada o directamente al proveedor.

Los reclamos deben presentarse ante IMG para su pago dentro de los 180 días desde la fecha en la que se incurrió en el reclamo.

**Puede acceder a los formularios de reclamación en:** [www.imglobal.com](http://www.imglobal.com) y enviarlos por correo electrónico a [insurance@imglobal.com](mailto:insurance@imglobal.com) o por correo a International Medical Group, P.O. Box 88500, Indianapolis, IN 46208-0500 USA. Todos los números de contacto de IMG, los formularios de reclamación y el Certificado de Seguro están incluidos en la Confirmación de Cobertura. También puede comunicarse con IMG por fax al 1.317.655.4505.



GLOBAL  
*peace of mind*®





## MyIMG<sup>SM</sup>

MyIMG es un servicio propio en línea ubicado en **imglobal.com/member**, que le permite acceder a la información y administrar sus cuentas de IMG, 24 horas al día, siete días a la semana, desde cualquier lugar del mundo. Algunas características incluyen:

- » Presentar y administrar reclamos
- » Acceder a una explicación de los beneficios (EOB)
- » Iniciar una pre-certificación
- » Acceder a atención al cliente a través de una conversación en línea, correo electrónico o por teléfono
- » Localizar y recomendar a un proveedor/centro
- » Obtener las tarjetas de identificación y otra documentación sobre seguros

## Encontrar a un Proveedor

Usted puede buscar tratamiento con el hospital o médico de su elección. Al buscar tratamiento en los EE.UU., usted tiene acceso a las Organizaciones de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organizations, PPO), las cuales son redes organizadas de manera independiente que agrupan a cientos de miles de médicos altamente calificados y numerosos hospitales reconocidos en EE.UU. Usted puede hacer una búsqueda rápida en la red a través de MyIMG. Así mismo, para ayudarle a encontrar proveedores de atención médica fuera de EE.UU., IMG ofrece su International Provider Access<sup>SM</sup> (IPA), una base de datos con más de 17,000 proveedores.

## Ahorros por Descuentos en Farmacias de Universal Rx

Este es un programa de ahorros por descuentos que le permite surtir sus recetas en una de las 35,000 farmacias participantes en EE.UU. y obtener el menor de **1)** el precio de contrato de Universal Rx o **2)** el precio normal de venta de la farmacia. Este programa no es una cobertura de seguro, es simplemente un programa de descuentos.

## AkesoCare Management<sup>®</sup> (AkesoCare<sup>SM</sup>)

La capacidad de acceder a una atención médica de calidad es de suma importancia cuando surge una emergencia médica en el extranjero. Para coordinar la atención y proveer servicios de administración médica con base en EE.UU. u otros países, IMG formó AkesoCare, una división especializada y en sitio, dedicada exclusivamente a la administración médica, acreditada por URAC. Los miembros clínicos de AkesoCare

Desde la atención médica de rutina hasta el manejo de casos complejos, desde chequeos hasta evacuaciones médicas de emergencia, AkesoCare está allí para usted. Se comprometen a dar protección y poder al paciente, operaciones de calidad y el cumplimiento del proveedor. Esto se traduce en una mejor atención para usted, alrededor del mundo, durante todo el día.



**ACCREDITED**  
Health Utilization  
Management  
Expires 05/01/2019



# Patriot Exchange Program<sup>SM</sup> Solicitud Individual



Escriba en letra imprenta legible y complete TODAS LAS SECCIONES (frente y dorso) de esta solicitud. Envíe por correo postal, fax o correo electrónico a: International Medical Group, P.O. Box 88509, Indianapolis, IN 46208-0509 USA, Fax +1.317.655.4505, Email: insurance@imglobal.com

1 INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE PRINCIPAL:		
Nombre:	Apellido:	Segundo nombre:
Número de identificación emitida por el gobierno:	Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
¿Está participante en un programa Work & Travel? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser afirmativo, nombre del programa:	

2 MÉTODO DE CUMPLIMIENTO Y ENTREGA DE INFORMACIÓN:		
<input type="checkbox"/> Las comunicaciones deben enviarse por correo electrónico a:		
¿El solicitante es titular de una visa J2? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (De ser afirmativo, el solicitante solo es elegible si el titular de la visa J1 está asegurado por un plan a través de su programa educativo o cultural) (De ser negativo, ¿de qué tipo de visa es titular el solicitante?) _____		
<input type="checkbox"/> Para el kit de envío por correo postal SOLAMENTE: No tengo inconveniente con las demoras relacionadas con el envío de la comunicación inicial por correo postal. Prefiero recibir una copia en papel de la carta de verificación de la cobertura y del contrato de seguro a la siguiente dirección:		
Nombre:	Dirección:	
Ciudad:	Código postal:	País de ciudadanía:
País de residencia:		
Si el domicilio proporcionado se encuentra en Florida, ¿el solicitante reside actualmente en Florida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Determinará el impuesto estatal a los seguros y no incidirá en la cobertura)		
<input type="checkbox"/> Le permito a IMG procesar mi información personal. He leído y entiendo la Póliza de Privacidad de IMG, que se encuentra disponible en <a href="http://imglobal.com/legal/privacy-policy">imglobal.com/legal/privacy-policy</a> , y le permito a IMG usar mi información para comunicaciones de marketing y para miembros.		

3 OPCIÓN DE PLAN Y OPCIONES DE COBERTURA ADICIONAL :	
Seleccione el área de cobertura y el límite máximo por enfermedad/lesión. Marque un plan y una opción:	
<input type="checkbox"/> La cobertura incluye a los EE. UU.	<input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$100,000 <input type="checkbox"/> \$250,000 <input type="checkbox"/> \$500,000
<input type="checkbox"/> La cobertura no incluye a los EE. UU.	<input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$100,000 <input type="checkbox"/> \$250,000 <input type="checkbox"/> \$500,000
País(es) de destino:	Fecha de entrada en vigencia solicitada: ___/___/___ (día/mes/año)

4 CÁLCULO DE LA PRIMA:									
Nombres de las personas que serán aseguradas: <i>Adjunte una hoja adicional si hay más hijos</i>		Fecha de nacimiento (día/mes/año)	Tarifa mensual	Cantidad de meses de cobertura por viaje	Total	Tarifa diaria	Cantidad de días adicionales a los meses enteros	Total	Tipo de visa
Estudiante/ Becario		___/___/___	_____ x _____ = _____			_____ x _____ = _____			
Cónyuge		___/___/___	_____ x _____ = _____			_____ x _____ = _____			
Hijo 1		___/___/___	_____ x _____ = _____			_____ x _____ = _____			
Hijo 2		___/___/___	_____ x _____ = _____			_____ x _____ = _____			
<b>TOTAL</b>			<b>(A)</b>		<b>(B)</b>			<b>(C)</b>	

5 OPCION DE DEDUCIBLE:					
<b>CIRCULE UNA:</b> Seleccione un deducible haciendo un círculo en él, luego ingrese el monto del factor de la tarifa aplicable en el casillero de cálculo de la prima de la Sección 5 (D)	Deductible	\$0	\$100	\$250	\$500
	Factor de la tarifa	1.2	1.0	.80	.90

**Beneficiarios:**  
Si los solicitantes desean designar a un beneficiario, puede accederse al formulario de Designación de Beneficiario en [imglobal.com/member](http://imglobal.com/member)

PARA USO EXCLUSIVO DEL PRODUCTOR IMG	
# de Productor:	_____
Nombre:	_____
Dirección:	_____
Ciudad, Estado, Código Postal:	_____
Teléfono:	_____
Correo Electrónico:	_____

EL FORMULARIO DE SOLICITUD CONTINÚA AL DORSO



# Patriot Exchange Program<sup>SM</sup> Solicitud Grupal



Escriba en letra imprenta legible y complete TODAS LAS SECCIONES (frente y dorso) de esta solicitud. Por correo postal, fax o correo electrónico a: International Medical Group, P.O. Box 88509, Indianapolis, IN 46208-0509 USA, Fax +1.317.655.4505, Correo electrónico: insurance@imglobal.com

1	Nombre del miembro del grupo		Fecha de nacimiento (día/mes/año)	Número de identificación emitida por el gobierno:	Fecha de entrada en vigencia solicitada por el miembro del grupo (día/mes/año)	Fecha de vencimiento solicitada por el miembro del grupo (día/mes/año)	Fecha de partida del miembro, si es diferente de la del grupo (día/mes/año)	Tarifa mensual	Tarifa diaria (Cantidad de días adicionales a los meses enteros)	Tipo de visa
	País de ciudadanía	País de residencia								
<input type="checkbox"/> 1										
<input type="checkbox"/> 2										
<input type="checkbox"/> 3										
<input type="checkbox"/> 4										
<input type="checkbox"/> 5										
Marque el casillero que se encuentra frente al nombre del solicitante para identificar al acompañante/líder del cuerpo docente ( <b>si se selecciona el Anexo para el Acompañante</b> ) (adjunte hojas adicionales, de ser necesario) Observe que: Si el solicitante es titular de una visa J2, él/ella resulta apto/a para este plan si el titular de la visa J1 está asegurado por un plan a través de su programa.								<b>Subtotal: A</b> _____ <b>B</b> _____		
<input type="checkbox"/> Soy representante autorizado de los miembros del grupo que desean contratar el seguro, y estos aceptan el procesamiento de la información personal, incluidas las comunicaciones de marketing y de atención al cliente, de acuerdo con la Política de Privacidad (disponible en imglobal.com/legal/privacy-policy).										

**2 PRIMA:**

Subtotal A (del Subtotal A de arriba) x # Cantidad de meses = Total A

Subtotal B (del Subtotal B de arriba) x # Cantidad de días adicionales a los meses enteros = Total B

**3 SELECCIONE EL PLAN DE COBERTURA Y LAS OPCIONES DE PLAN:**  
(Marque un plan y un límite máximo por opción de enfermedad/lesión)

Seleccione el plan de cobertura y las opciones de plan:

La cobertura incluye a los EE. UU.     \$50,000    \$100,000    \$250,000    \$500,000

La cobertura no incluye a los EE. UU.     \$50,000    \$100,000    \$250,000    \$500,000

**4 OPCIÓN DE DEDUCIBLE:**

**CIRCULE UNA:**  
 Seleccione un deducible haciendo un círculo en él, luego ingrese el monto del factor de la tarifa aplicable en el casillero de cálculo de la prima de la **Sección 5**

Deducible	\$0	\$100	\$250	\$500
Factor de la tarifa	1.2	1.00	.90	.80

**Nota:** Si los participantes del grupo quisieran designar a un beneficiario, use el formulario de Designación del Beneficiario

**5 PLAN PREMIUM:**

**PLAN BÁSICO**

(A) Total de la prima mensual (del Total A en la Sección 2) \_\_\_\_\_

(B) Total de la prima diaria (del Total B en la Sección 2) + \_\_\_\_\_

**A + B =** = \_\_\_\_\_

Factor de la tarifa del deducible (ver la Sección 4) x \_\_\_\_\_

(C) Prima básica = \_\_\_\_\_

**OPCIONES DE COBERTURA ADICIONALES**

**Anexo sobre deportes aventura** (ingrese .20, de resultar aplicable) \_\_\_\_\_

**Anexo para Acompañantes** (ingrese .10, de resultar aplicable) \_\_\_\_\_

(D) Factor(es) total(es) del Anexo = \_\_\_\_\_

**PRIMA TOTAL**

Ingrese el monto de (C) \_\_\_\_\_

Ingrese el monto de (D) x 1. \_\_\_\_\_

a la derecha de 1. = \_\_\_\_\_

\$20 correo urgente opcional + \_\_\_\_\_

**MONTO TOTAL PAGADERO** = \_\_\_\_\_

EL FORMULARIO DE SOLICITUD CONTINÚA AL DORSO

## 6 ORGANIZACIÓN PATROCINADORA:

Domicilio postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Nombre del funcionario de contacto responsable:		Número de identificación emitida por el gobierno:	
Envíe la confirmación de la cobertura y las comunicaciones al siguiente correo electrónico:			Número telefónico:
<input type="checkbox"/> <b>Opción de correo postal:</b> <i>No tengo inconveniente con las demoras relacionadas con el envío de la comunicación inicial por correo postal. Prefiero recibir una copia en papel de la carta de verificación de la cobertura y del contrato.</i>			
Si el domicilio proporcionado se encuentra en Florida, ¿el grupo reside actualmente en Florida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(Determinará el impuesto estatal a los seguros y no incidirá en la cobertura)</i>			
Fecha de entrada en vigencia solicitada: ___/___/___ (día/mes/año)	Primera fecha de partida: ___/___/___ (día/mes/año)	Fecha de vencimiento solicitada: ___/___/___ (día/mes/año)	
Propósito del viaje y Programa:			
Destinos:			

## 7 MÉTODO DE PAGO:

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

*Al entregar la información de mi cuenta, el Patrocinador desea abonar la prima con tarjeta de crédito o con la cuenta designada por cada solicitante que solicita la cobertura. Si la solicitud es aceptada, 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 Patrocinador 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, el Patrocinador acepta abonar con su tarjeta de crédito o cuenta aplicable el monto de la prima pagadero y ha leído todos los términos, condiciones y otras cuentas derivadas de esta solicitud.*

#Número de Tarjeta	Fecha de Vencimiento: ___/___/___ (día/mes/año)	Nombre del Titular de la Tarjeta
Firma Autorizada: (requerida)	Cardholder Daytime Phone:	Correo Electrónico:
Domicilio de Facturación del Titular de la Tarjeta:		

*El pago debe realizarse por la cantidad total de meses por los que desea cobertura. Todos los pagos deben realizarse en dólares estadounidenses en bancos de los EE. UU.*

1. Subscripción. El Patrocinador o la Organización (también un "Patrocinador") declara y garantiza ser el agente autorizado de los participantes y por la presente solicita y suscribe, en nombre y representación de los participantes enumerados en el Formulario de Solicitud, a Global Medical Services Group Insurance Trust, vinculado a MutualWealth Management Group, Carmel, IN, o su sucesor, para el Patriot Group Exchange Program como es suscrito y ofrecido por Sirius International Insurance Corporation (publ) (la Compañía) en la fecha de su recepción de la presente, y como es administrado por el agente autorizado y el administrador del plan, International Medical Group, Inc. (IMG), de la Compañía. El Patrocinador en nombre propio y de los participantes comprende y acepta: (i) el seguro solicitado no es un seguro médico general, sino que está diseñado para uso de los participantes en caso de una enfermedad o lesión súbita e inesperada para los que la cobertura elegible puede disponerse, (ii) la cobertura no es renovable, (iii) el Patrocinador debe pagar las primas por la totalidad del periodo de cobertura solicitado, y ninguna cobertura entrará en vigencia hasta que esta Solicitud sea aceptada por escrito por la Compañía o por IMG en su representación, (iv) ninguna modificación o renuncia relativa a esta solicitud o la cobertura solicitada será vinculante para la Compañía o IMG a menos que un funcionario de la Compañía o IMG la apruebe por escrito, y (v) mediante la presentación de esta solicitud y/o cualquier reclamación futura para los beneficios que el Patrocinador a nombre propio y de los participantes intencionalmente inicie y aproveche el privilegio de realizar operaciones comerciales con la Compañía en Indiana, a través de IMG como su IMG como su gestor de seguros general y administrador del plan y el contrato del seguro representado por la Póliza Maestra y como lo demuestra el Certificado de seguro será considerado como emitido y producido en Indianapolis, IN, y la jurisdicción y competencia única y exclusiva para todo procedimiento legal relativo a este seguro será en el condado de Marion, Indiana, y para el cual el Patrocinador a nombre propio y de los participantes por la presente otorga su consentimiento expreso. La ley de líneas excedentes o extraterritoriales de Indiana registrará todos los derechos y reclamaciones planteados en virtud del Certificado de Seguro. 2. Reconocimiento. El Patrocinador a nombre propio y de los participantes comprende y acepta que: (i) el productor/agente/broker que solicita, está asignado a, o asiste con esta solicitud es el agente y representante de los solicitantes, (ii) este seguro no proporciona beneficios por lesión, enfermedad, o trastorno, condición o aflicción física, médico, mental o nervioso distinto que, con certeza médica razonable, existía al momento de la solicitud o en momento alguno durante los tres años previos a la fecha de entrada en vigencia del seguro, haya sido o no anteriormente manifestado, sintomático o conocido, diagnosticado, tratado o revelado a la Compañía previo a la fecha de entrada en vigencia, e incluyendo alguna o todas las complicaciones o consecuencias subsiguientes, crónicas o recurrentes relativas al mismo o que resulten o emanen del mismo (una "condición preexistente"), y que todos los cargos y/o reclamaciones incurridos por condiciones preexistentes serán excluidos de la cobertura en virtud del seguro, (iii) los sujetos solicitantes del seguro no tienen el propósito ni son considerados por el Patrocinador, los participantes, la Compañía o IMG como residentes, ubicados o a ser expresamente realizados en estado particular alguno de los Estados Unidos, y (iv) la Compañía, como portador y suscriptor del plan de seguro, es el único responsable de las coberturas y los beneficios que serán provistos en virtud del contrato de seguro. 3. Autorización para la Divulgación de la Información. El Patrocinador en nombre de cada participante autoriza que todo plan médico, proveedor de servicios médicos, profesional de servicios médicos, MIB, agencia federal, estatal o local, compañía aseguradora o reaseguradora, agencia de informes crediticios, empleador, plan de beneficios o toda otra organización o persona que ha provisto atención, asesoría, diagnóstico, pago, tratamiento o servicios al participante o en nombre del participante, tiene registro o conocimiento alguno sobre la salud del participante, tiene información alguna disponible relativa al diagnóstico, tratamiento y pronóstico relativo a toda condición y/o tratamiento físico o mental del participante, y toda información no-médica sobre el participante, a divulgar la totalidad del expediente médico, archivo, historial, medicamentos del participante y toda otra información sobre el participante y a proveer cualquiera y toda esa información al agente de registro del participante y a los representantes autorizados de la Compañía, IMG y sus afiliados y subsidiarias. 4. Certificación. El patrocinador a nombre propio y de los participantes por la presente certifica, declara y garantiza haber leído las declaraciones precedentes y todo material de marketing y el contrato de seguro de muestra que le fueron dispuestos a solicitud y previo a la solicitud, y haber comprendido las declaraciones precedentes y que cada participante enumerado: (i) es elegible para participar en el programa de seguro solicitado, y (ii) actualmente se encuentra en buena salud y no ha sido diagnosticado con, buscado consulta recibido tratamiento para, y no ha sufrido la manifestación o los síntomas de y no sufre condición médica preexistente o distinta alguna para la cual prevea que podría requerir tratamiento durante este seguro o para la cual tiene la intención de presentar una reclamación en virtud de este seguro. Como el representante legal del Patrocinador y cada participante, el abajo firmante garantiza su autoridad y capacidad para así actuar y obligar al Patrocinador y a dichos participantes. Al aceptar la cobertura y/o presentar reclamación alguna por los beneficios, cada participante ratifica y afirma la autoridad del firmante y Patrocinador para así actuar y obligar al participante. 5. El Patrocinador declara y garantiza que en virtud del seguro ofrecido a los participantes, la participación en el programa es completamente voluntaria; las funciones exclusivas del Patrocinador respecto al seguro es, sin patrocinar al programa, permitir al asegurador publicar el programa a los participantes, para cobrar las primas y remitirlas al asegurador; y el Patrocinador no recibe consideración alguna en forma de dinero en efectivo o de otra manera en relación al seguro. El Patrocinador reconoce que debe y acuerda que divulgará ciertos materiales, incluyendo reportes, declaraciones, notificaciones y otros documentos a los participantes, beneficiarios y otros individuos especificados, incluyendo sin limitación, proporcionar ciertos materiales a todos los participantes cubiertos en virtud del contrato de seguro y los beneficiarios que reciban beneficios en virtud del contrato de seguro en fechas determinadas o en caso de que ocurran ciertos eventos; proporcionar ciertos materiales a los participantes y beneficiarios cuando los soliciten; y poner ciertos materiales a disposición de los participantes y beneficiarios para su inspección en fechas y lugares razonables. El Patrocinador declara y garantiza que empleará medidas razonablemente calculadas para asegurar que los participantes, beneficiarios y otros determinados individuos en realidad reciban de manera oportuna los materiales. 6. Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) El Patrocinador les ha informado a todos los participantes que a ellos, y a todo cónyuges y dependiente acompañante, podrían resultarles aplicables los requisitos de la Ley de Cuidado de Salud. El Patrocinador, en su propio nombre y en el de los participantes, entiende y acepta lo siguiente: (i) Este seguro no está sujeto a, y no proporciona beneficios requeridos por PPACA; (ii) A partir del 1 de enero de 2014, PPACA exige que los habitantes de EE.UU., ciudadanos de EE.UU. y residentes-extranjeros obtengan la cobertura de seguro de conformidad con PPACA, a menos que estén exentos de PPACA. (los estudiantes internacionales de las categorías de visa F, J, M y Q y ciertos familiares de los estudiantes no están sujetos al mandato individual durante los primeros 5 años en EE.UU. El resto de las categorías J (para maestros, practicantes, para trabajo y estudio, au pair y escuela secundaria, etc.), no están sujetas al mandato individual durante 2 años de los últimos seis), (iii) podrán imponer sanciones a las personas que están obligadas a mantener una cobertura de conformidad con PPACA pero no lo hacen y (iv) la aptitud para comprar o renovar este producto, o bien sus términos y condiciones, podrán modificarse o reformarse conforme a los cambios en la legislación aplicable, lo que incluye a PPACA. Tenga en cuenta que usted es el único responsable de determinar si PPACA le es aplicable y que la Compañía e IMG no asumirán responsabilidad alguna, incluso sobre las sanciones en que usted pueda incurrir, por no obtener la cobertura necesaria de conformidad con PPACA. El Patrocinador acuerda que se le preste seguro a los participantes, los participantes han autorizado voluntariamente esta acción por escrito, y a los participantes también se les ha dado la posibilidad de realizar otros procedimientos para contratar el seguro. Estas autorizaciones las conserva el Patrocinador en sus registros y se le entregarán a la Compañía en caso de ser solicitadas. 7. El Patrocinador a nombre propio y de los participantes por la presente certifica, declara y garantiza que ha leído o le han sido leídas las declaraciones en esta solicitud. El Patrocinador a nombre propio y de los participantes declara que las respuestas son verdaderas, completas y registradas correctamente; y que todos los viajeros enumerados en esta solicitud son médicamente aptos para viajar a la fecha de adquisición de este programa. El Patrocinador a nombre propio y de los participantes comprende y acepta que, sujeto a la aceptación de esta solicitud y el pago de la totalidad del monto adeudado, la cobertura comenzará a las 12:01 AM, en el día siguiente a cuando esta solicitud completa se reciba y apruebe. El Patrocinador a nombre propio y de los participantes comprende que en caso de la devolución de la prima sin pago, por cualquier motivo, la cobertura quedará anulada y sin efecto. El Patrocinador a nombre propio y de los participantes reconoce y comprende que en caso de no estar enteramente satisfecha tras recibir el contrato de seguro, la persona asegurada podrá solicitar la cancelación del seguro retroactiva a la fecha de entrada en vigencia enviando una solicitud por escrito a la Compañía dentro del periodo de revisión descrito en el contrato de seguro, y por lo tanto recibir un reembolso de la prima pagada. El Patrocinador a nombre propio y de los participantes desea recibir información y comunicarse de manera electrónica y prefiere emplear el correo electrónico en vez de correo normal. El Patrocinador a nombre propio y de los participantes acuerda que IMG puede proveer toda comunicación en formato electrónico al receptor y que IMG no está obligado a enviar comunicaciones en papel, excepto y hasta que el participante retire su consentimiento. El Patrocinador a nombre propio y de los participantes también acuerda que es responsable del participante proporcionar a IMG una dirección de correo electrónico, contacto y otra información relativa a la cobertura de manera verdadera, precisa y completa, y a mantener y actualizar sin demora todo cambio a esta información.

Firma del Funcionario Responsable <b>X</b>	Fecha: ___/___/___ (día/mes/año)
--	----------------------------------

### PARA USO EXCLUSIVO DEL PRODUCTOR IMG

# de Productor:	Nombre:		
Correo Electrónico:	Teléfono:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:



P.O. Box 88509  
2960 North Meridian Street, Indianapolis, IN 46208-0509 USA

Para preguntas acerca de ventas: +1.866.368.3724 or 1.317.655.9799  
Para toda otra consulta, llame: +1.800.628.4664 or 1.317.655.4500  
Fax: +1.317.655.4505

Correo electrónico: [insurance@imglobal.com](mailto:insurance@imglobal.com)

IMG actúa como el representante autorizado y administrador del plan en nombre y representación de Sirius International.



La cobertura está garantizada y es emitida por Sirius International Insurance Corporation, calificada con A (excelente) por A.M. Best and A- by Standard & Poor's (al momento de la impresión).

*Esta invitación a investigar permite a los solicitantes elegibles la oportunidad de buscar información sobre el seguro ofrecido y se limita a una breve descripción de cualquier pérdida por la cual los beneficios pueden ser pagaderos. Los beneficios se ofrecen como se describe en el contrato de seguro. Los beneficios están sujetos a todos los deducibles, coaseguros, disposiciones, términos, condiciones, limitaciones y exclusiones en el contrato de seguro. El contrato contiene una exclusión por condición preexistente y no cubre pérdidas o gastos relacionados con una condición pre-existente.*

Este folleto contiene muchas de las marcas registradas, nombres, títulos, logos, imágenes, diseños, derechos de autor y otros materiales sujetos a derechos de propiedad exclusiva de valor pecuniario de propiedad e inscriptos por International Medical Group, Inc. y sus representantes en todo el mundo.

© 2007-2018 International Medical Group, Inc. Todos los derechos reservados.





PATRIOT  
EXCHANGE  
PROGRAM<sup>SM</sup>



**PARA USO DEL PRODUCTOR DE IMG SOLAMENTE**

Crossborder Services LLC  
Five Greentree Center, Suite 104  
Route 73  
Marlton, NJ 08053  
Telephone: 877-340-7910  
Email Address: [info@americanvisitorinsurance.com](mailto:info@americanvisitorinsurance.com)  
Web site: [www.americanvisitorinsurance.com](http://www.americanvisitorinsurance.com)



*Esta invitación a investigar permite a los solicitantes elegibles la oportunidad de indagar más sobre el seguro ofrecido y se limita a una breve descripción de cualquier pérdida por la cual los beneficios pueden ser pagados. Los beneficios se ofrecen conforme a lo descrito en el contrato de seguro. Los beneficios están sujetos a todos los deducibles, coaseguros, disposiciones, términos, condiciones, limitaciones y exclusiones del contrato de seguro. Algunos contratos contienen una exclusión por condición preexistente y no cubren las pérdidas o gastos relacionados con una condición preexistente. Este folleto contiene muchas de las valiosas marcas registradas, nombres, títulos, logotipos, imágenes, diseños, derechos de autor y otros materiales patentados de propiedad y registrados y utilizados por y de International Medical Group, Inc. y sus representantes en todo el mundo. © 2007-2018 International Medical Group, Inc. Todos los derechos reservados. El presente documento ha sido traducido del inglés al español como adaptación solamente. En caso de conflicto entre la versión en inglés y la versión en español del presente documento, la versión en inglés prevalecerá.*

