

PATRIOT EXCHANGE PROGRAM



为参加教育或文化交流的个人和团体而设计的医疗保险

WWW.IMGLOBAL.COM



Global Peace of Mind® 



Hello. Hola. Hallo. Hej.

当您身处异国，您可能有许多方式来与其他人打招呼。当您出门旅行时，选择Patriot Exchange ProgramSM来保障您的安全，这是一项独一无二的国际旅行医疗保险计划，在您身在国外时为您提供全球性心灵的平安（Global Peace of Mind®）。

为什么要考虑国际旅行医疗保险？

境外旅游可以是一段令人兴奋的经历，尤其是在您参与教育或文化交流项目的时候。如果当您身处异乡时生病或受伤，会发生什么？如果您没有预备好医疗应急，那么您的经历将会马上变得令人心惊胆战。

无论您的旅程需要在国外逗留几个星期还是一年，您的文化交流经验都应该是一段愉快的经历。您在旅行过程中有足够的事情需要担心。不要再让您的医疗保险成为困扰。International Medical Group® (IMG®) 开发了Patriot Exchange ProgramSM计划，为您和您的团队，以及与您随行的家属提供Coverage Without Boundaries® (无国界保险)。每一个计划都提供一套完整的国际性赔付，每天24小时工作。请选择其中一种最适合您需求的计划选项。

Patriot Exchange Program

Patriot Exchange Program是专为符合美国签证保险要求而设计，适用于个人或五人或五人以上团体的国际学生或文化交流项目的参与者，包括J1和J2签证持有者。该计划能够为学生/参与者随行的配偶和未婚受抚养子女提供保险。个人或团体可以从不同的计划选项中选择—每次生病/受伤最高赔付限额\$50,000、\$100,000、\$250,000和\$500,000。每次生病/受伤最高赔付限额\$50,000的选项不符合J1和J2签证的要求。该计划还提供了三种不同的承保范围，以及一个可选的附加追加条款，包括高中运动、个人责任和法律援助。另外，团队可以购买年度续保的长期计划，可以灵活地定制以满足每个计划的具体要求。

平价医疗法案 (ACA) 会对我的保险有哪些影响？

非美国公民：持有F、J、M和Q类签证的非公民侨民、国际学生、学者和涉及文化交流项目的人员（以及部分家庭成员）在他们在美国的最初5年内不受此强制保险限制。所有其他J类签证（教师、实习、工作、旅游、互惠生、高中）持有者可在过去六年中的两年内不受此强制保险限制。由于国际学生不在强制范围内，所以他们不需要购买符合PPACA要求的计划，并可以购买Patriot Exchange Program。

美国公民：ACA要求所有美国公民、美国国民和侨民购买最低基本保险（ACA兼容的保险），除非他们得到豁免。被豁免的美国公民包括：在365天中有330天居住在美国之外的美国公民，或纳税住所（主要工作或就业场所，或者如果您没有主要工作或就业场所，则是您的主要居所）在外国且是外国的真正居民的美国公民。

请注意，本保险不受ACA制约，也不提供其所要求的赔付。2014年1月1日，ACA要求美国公民、美国国民和侨民购买ACA兼容的保险，除非他们得到ACA的豁免[持有F、J、M和Q签证的国际学生（以及学生的部分家庭成员）在他们在美国的最初5年内不受此强制保险限制。所有其他J类签证（教师、实习、工作、旅游、互惠生、高中）持有者可在过去六年中的两年内不受此强制保险限制]。对于那些被要求购买ACA兼容保险的美国公民和美国居民，如果没有按要求照做，则可能受到处罚。购买或续保本产品的资格性或产品条款和条件可能会根据适用法律（包括ACA）的变更而被修改或修订。请注意，决定ACA是否对您适用，这完全是您的责任。对于您可能受到的任何处罚和您无法获得所申请的ACA兼容保险，本公司和IMG不承担任何责任。如需有关于ACA是否适用于您，或者您是否有资格购买Patriot Exchange Program的信息，请查看www.imglobal.com/en/client-resources/PPACA-FAQ.aspx上的IMG常见问题。

独特的全方位服务方式

在IMG，我们知道，出国旅行的原因是多种多样的—这就是为什么我们的服务旨在为您提供所需要的帮助，无论您身在何处。对于度假者、短期或长期在国外工作或居住的人、频繁地在国家之间旅行的人、以及在多个国家保留合法居留权的人们提供全球性产品和服务，IMG就是能够满足您所有国际旅行医疗保险需要的唯一资源。

我们的服务与支持使我们与众不同。自从1990年以来，我们已经为全球数百万人服务—始终专注于每个人和每个团体的具体需求。通过结合独立资格认证服务以及机构内部完全控股和运营的服务部门，设置了本行业服务水平的基准。对IMG来说，无论您走到哪里，我们都与您同在—在全球各地为您所有保险需求提供支持—为您提供全球性心灵的平安（Global Peace of Mind®）。



PEP 服务



MyIMGSM

MyIMG是一项版权所有的在线服务，网址为myimg.imglobal.com，它让您可以每天24小时，每周7天，在世界的任何角落管理帐号。一些功能包括：

- » 提交和管理索赔
- » 访问赔付的解释说明（EOB）
- » 开始办理事先授权
- » 通过即时聊天、电子邮件或电话访问客户服务中心
- » 查找并推荐供应商/设施
- » 获取ID卡和其他保险凭证

查找医疗服务提供者

您可以按自己的选择寻找医院或医生治疗。当在美国寻求治疗时，您可以通过IMG联系独立的Preferred Provider Organization（PPO），PPO是一个独立的组织网络，在美国拥有和IMG签约的成千上万正式、高素质的保健医生和许多知名度高的医院。您可以通过MyIMG快速搜索网络。另外，IMG所提供网上的International Provider AccessSM（IPA）数据库中，有超过17,000名医疗服务提供者，也可以帮您查找美国境外所需的医疗机构。

Universal Rx药房折扣优惠

此折扣储蓄计划允许您在美国35,000个有合约的药店中购买处方药，并得到低于 1)Universal Rx合同价格或 2)药房常规零售价格。此计划不是一项保险计划，而仅是一项折扣计划。

Akeso Care Management[®] (AkesoCareSM)

当医疗紧急情况发生在国外的時候，能联系到高质量健康保健服务是至关重要的。为了协调治疗、提供美国及国际性的医疗管理服务，IMG成立了AkesoCare，一个URAC认可的、致力于医疗管理的现场专业部门。AkesoCare的临床成员在评估服务需求、确保服务及时并能有效控制成本的管理方面都是专家。



ACCREDITED
Health Utilization
Management
Expires 05/01/2019

从常规的医疗保健到复杂的病况管理，从体检到紧急医疗运送，AkesoCare始终陪伴您。他们致力于消费者保护与授权、高品质运作和遵从法规。这将转化为对您更好的照顾—在世界各地，昼夜不停。



PEP 保险赔付摘要 (个人和团体)



计划最高限额	可选每次疾病或受伤限额\$50,000、\$100,000、\$250,000或\$500,000 终身最高限额\$5,000,000
自付额	每次疾病或受伤\$100
共同保险	无共同保险
治疗期最高限额	慢性疾病60天

住院病人 / 门诊病人的赔付	
住院食宿	最多报销的平均双人病房费用
重症监护	URC*
理疗	URC*-每天一次就医
就医	URC*-每天一次就医
学生健康中心	每次就医门诊费\$5。没有自付额
处方药	URC*
符合条件的医疗费用	URC*
住院的急诊疾病	URC*
非住院的急诊疾病	附加的\$250自付额
牙科	因被保险的意外而受伤-最高限额\$500 牙齿突然和意外疼痛-最高限额\$350

运送赔付	
紧急医疗运送	终身最高限额\$50,000
紧急团聚	终身最高限额\$15,000
遗体运送回国或火葬/土葬	遗体运送回国最高限额\$25,000 或者火葬/土葬最高限额\$5,000
政治避难和遣返	终身最高限额\$10,000

附加赔付	
意外身故与伤残	最高赔付额\$25,000 (\$25,000双肢; \$12,500单肢)
恐怖袭击事件	终身最高限额\$50,000
预先存在状况的突然和意外复发 (仅限美国公民计划):	符合条件的医疗费用: 终身最高限额\$5,000 紧急医疗运送: 最高限额\$25,000
预先存在的状况	对于生效日期前36个月内的已有疾病, 费用将不能赔付, 直至承保12个月 后, 此后每个承保期最高赔付\$500, 终身最高限额\$50,000
意外旅行保险	最多累积14天

可选的附加追加条款	
丢失个人财产	最高限额\$250
法律援助	最高限额\$500
个人责任-导致第三者受伤 个人责任-损毁第三者财产	在\$100自付额之后, 最高限额\$2,000 在\$100自付额之后, 最高限额\$500。
高中运动	URC*

团体也可以购买可定制的长期计划。所有保险项目、赔付和保费均以美元计算。
*通常、合理和惯例 (URC) 费用。

PEP 费率 - 个人每月保费



非美国公民-在居住国境外期间				
年龄	每次生病/受伤的最高赔付限额			
	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000
31天-24	\$48.62 \$51.05 含附加	\$56.45 \$59.25 含附加	\$60.36 \$63.37 含附加	\$63.66 \$66.84 含附加
25 - 49	\$63.37 \$66.53 含附加	\$73.50 \$77.15 含附加	\$78.59 \$82.52 含附加	\$82.90 \$87.04 含附加
50-64	\$135.70 \$142.49 含附加	\$157.35 \$165.20 含附加	\$168.27 \$176.68 含附加	\$177.53 \$186.41 含附加

美国公民-在美国境外期间				
年龄	每次生病/受伤的最高赔付限额			
	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000
31天-24	\$34.46 \$36.18 含附加	\$40.08 \$42.07 含附加	\$42.72 \$44.85 含附加	\$45.08 \$47.33 含附加
25 - 49	\$39.88 \$41.88 含附加	\$46.50 \$48.82 含附加	\$49.44 \$51.91 含附加	\$52.16 \$54.76 含附加
50-64	\$103.43 \$108.60 含附加	\$111.72 \$117.29 含附加	\$128.27 \$134.68 含附加	\$135.35 \$142.11 含附加

非美国公民-仅欧洲				
年龄	每次生病/受伤的最高赔付限额			
	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000
31天-24	\$28.62 \$30.05 含附加	\$33.31 \$34.96 含附加	\$35.52 \$37.29 含附加	\$37.47 \$39.34 含附加
25 - 49	\$33.10 \$34.75 含附加	\$43.37 \$45.52 含附加	\$41.06 \$43.12 含附加	\$43.31 \$45.47 含附加
50-64	\$85.85 \$90.14 含附加	\$92.84 \$97.47 含附加	\$106.44 \$111.76 含附加	\$112.29 \$117.90 含附加

对于经IMG批准申请的符合条件的个人，每位被保人的新保费率将于2016年6月1日生效。在这些费率到期后，IMG有权发布最新费率，它可以是修正的或是替换的版本。费率包括适用的保费税。



**团体也可以购买定制的长期计划，关于费率，请联系您的保险业务员或者IMG。
美国J签证参与者必须选择最高限额为\$100,000或者更高的计划，以满足J签证的保险要求。**

PEP 费率 - 团体每月保费



非美国公民-在居住国境外期间				
年龄	每次生病/受伤的最高赔付限额			
	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000
31天-24	\$43.78 \$45.97 含附加	\$50.80 \$53.35 含附加	\$54.34 \$57.06 含附加	\$57.29 \$60.15 含附加
25 - 49	\$57.05 \$59.91 含附加	\$66.15 \$69.45 含附加	\$70.74 \$74.28 含附加	\$74.60 \$78.35 含附加
50-64	\$122.13 \$128.24 含附加	\$141.60 \$148.70 含附加	\$151.45 \$159.03 含附加	\$159.77 \$167.76 含附加

美国公民-在美国境外期间				
年龄	每次生病/受伤的最高赔付限额			
	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000
31天-24	\$31.03 \$32.59 含附加	\$36.07 \$37.88 含附加	\$38.47 \$40.39 含附加	\$40.59 \$42.62 含附加
25 - 49	\$35.87 \$37.67 含附加	\$41.85 \$43.95 含附加	\$44.49 \$46.71 含附加	\$46.96 \$49.31 含附加
50-64	\$92.98 \$97.63 w/ Add-On	\$100.54 \$105.58 含附加	\$115.46 \$121.24 含附加	\$121.84 \$127.93 含附加

非美国公民-仅欧洲				
年龄	每次生病/受伤的最高赔付限额			
	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000
31天-24	\$25.78 \$27.07 含附加	\$29.97 \$31.48 含附加	\$31.98 \$33.58 含附加	\$33.75 \$35.44 含附加
25 - 49	\$29.80 \$31.28 含附加	\$39.03 \$40.98 含附加	\$36.93 \$38.78 含附加	\$39 \$40.95 含附加
50-64	\$77.29 \$81.15 含附加	\$83.54 \$87.73 含附加	\$95.82 \$100.61 含附加	\$101.06 \$106.11 含附加

对于经IMG批准申请的符合条件的个人，每位被保人的新保费率将于2016年6月1日生效。在这些费率到期后，IMG有权发布最新费率，它可以是修正的或是替换的版本。费率包括适用的保费税。



对于经IMG批准申请的符合条件的个人，每位被保人的新保费率将于2016年6月1日生效。在这些费率到期后，IMG有权发布最新费率，它可以是修正的或是替换的版本。费率包括适用的保费税。

PEP 计划信息



承保条件:

1)承保和赔付涉及到自付额、限额和共同保险、以及保险证书和总保单上的所有条款。2)在Patriot Exchange Program计划下的保险从属于任何其他保险。3)承保和赔付仅限于医疗必需的、且通常、合理、惯例的费用。4)费用必须是由医生经手或指示。5)费用必须在承保期间产生。6)必须在索赔发生日期之后九十(90)天内向IMG提请索赔。

保险资格:

为符合申请Patriot Exchange Program计划的资格,您必须 » 是一名学习或交流计划的积极参与者(例如,持有学生签证、交流签证、旅游签证)、参与者的配偶,或者是一名和参与者同行的未成年子女 » 在短时间内,为了参加国际教育活动,居住在国外 » 在保险生效和续保时,合法居住在东道国,并打算至少居住30天 » 在保险初始生效日期,未住院、非残疾、HIV非阳性。

续保:

符合条件的被保险人,只要在保险到期时已经支付保费、并且被保险人继续符合该计划的资格要求,则保险可以按月续保,直至12个月,最多连续48个月。

注册过程:

在您开始旅行之前,只需要在线申请或者填写申请表、计算您、您的团队、和/或您的家属旅行时间段预计所需的保费。一旦填写完申请表,将它交给您的保险代理人或IMG。

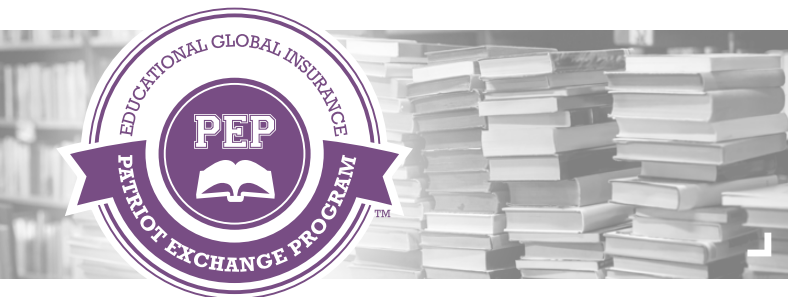
申请表上所列、已付保险费的符合条件的个人,将从以下最后的日期算起,开始受保:

1. IMG批准完整的申请表并收到相应保费的日期
2. 您离开原居国的日期
3. 申请表中的申请日期

资料包:

IMG将迅速、及时地处理申请。一旦处理完毕,IMG将邮寄和/或用电子邮件发送一个资料包至申请表所列地址/电子邮件。该资料包将包括一个IMG识别卡以及您的保险凭证,保险凭证提供了一份您合同下的权利和赔付的完整说明。为了方便起见,您会收到关于本信息的电子邮件,您也可以从IMG网站下载。

如果您不选择在线资料包选项,IMG将邮寄给您资料包。这可能导致时间延误。我们建议您选择在线资料包,以便立即获得您的保险信息。



PEP 可选追加项目



冒险体育运动追加条款：

冒险体育运动的追加条款适用于Patriot Exchange Program中所有65岁以下的个人、团体及其未成年子女。以下列出的被指定为冒险体育运动的某些活动可以承保最高赔付。某些活动无法承保，无论您是否购买了冒险体育运动追加条款。对于被认为是冒险体育运动的所有活动列表，可以根据要求提供一份追加条款的样本。

监护人/教师领队行程中断追加条款：

团队可以申请监护人/教师领队行程中断的追加条款，最高可获赔付\$3,000。在原来的监护人/教师领队住院、亲属意外身故、或者他/她的居住地被自然灾害损毁或破坏而导致旅行计划必须取消的情况下，续任的监护人/教师领队加入该团队可以报销一定的交通费。

年龄	终身最高限额
31 天-49	\$50,000
50 - 59	\$30,000
60 - 64	\$15,000





事先授权：

某些治疗和用药，包括入院、住院和门诊手术、以及其他在保险凭证中所述的医疗程序，都必须获得医疗必要性的事先授权。即，被保人或他们的主治医生必须在入院治疗或接受某些治疗、用药或实施手术之前，用IMG识别卡上所列的电话号码与IMG代表取得联系。在紧急情况下，必须在入院48小时内，或者尽可能快地联系，得到事先授权。如果入院治疗或手术未经事先授权，符合条件的索赔和费用将减少50%。一定要注意，事先授权只是判断医疗必要性，而不能保证该治疗属于保险范围之内，也不能确认赔付或者保证予以报销，这点非常重要。所有医疗费用的合格报销都必须具备医疗必要性，并且将根据通常、合理和惯例费率进行支付或报销。关于事先授权要求的完整详细内容请参见保险凭证。

关于事先授权、紧急运送和返送回国，请致电：美国境内请致电IMG：1.800.628.4664（免费电话）或1.317.655.4500。美国境外请致电IMG：001.317.655.4500（如果必要可对对方付费）。该信息也可以在您的ID卡上查到。

注意：您可以通过MyIMG或者www.imglobal.com的客户资源部分开始进行事先授权流程。请在该部分找到事先授权选项。我们要求您提供便于以电子方式提交的相关资料。一旦我们收到所有要求提供的资料和医疗记录，我们的应用管理和审查团队将在两个工作日内审核该信息，并回复给被保人或医疗服务提供者。请注意该在线服务仅启动合同中概述的治疗和用药程序，不能用于紧急入院、医疗手术或运送的事先授权。

索赔付款：

Patriot Exchange Program的所有应付赔款，应符合保险凭证内的条款和条件。为了提高索赔处理效率，赔付符合条件的医疗费用可以通过两种方式支付：

1. 已经由被保人或代表被保人支付的符合条件的费用，可以通过支票直接支付给被保人。
2. 尚未由被保人支付的符合条件费用，可以根据IMG选项，支付给被保人或直接支付给医疗服务提供者。

索赔可以在myimg.imglobal.com在线提交，或发送电子邮件至insurance@imglobal.com，或邮寄至International Medical Group, P.O.Box 88500, Indianapolis, IN 46208-0500 USA。所有IMG联络电话号码、索赔表格和保险凭证都包括在资料包中。也可以通过传真联系IMG：1.317.655.4505。



Patriot Exchange Program – 个人申请

1. 填写所有部分并签署申请。(请打印出来)
2. 如果用支票或汇票支付, 收款人请填写IMG, 并与签署好的申请一起装在信封里。
3. 将填写完整的申请邮寄、发传真或发电子邮件至:

International Medical Group, Inc.
 P.O.Box 88509
 Indianapolis, Indiana
 46208-0509 USA
传真: 1.317.655.4505
电子邮件: insurance@imglobal.com

主要申请人姓名: 先生/夫人/女士 姓: _____ 第一个名: _____ 中间名: _____
 邮寄地址: _____
 国籍国: _____ 居住国: _____
 目的地国: _____ 电话: _____
 男 女

您是否正在参加一项工作和旅行计划? 是 否 如果是, 计划名称为: _____

申请人是否是J2签证持有人? 是 否
 (如果是, 他/她只有在J1签证持有人已通过其教育或文化计划投保的情况下才有资格申请此计划。)

将保险确认和通讯寄送至以下地址:
 电子邮件: _____

普通邮寄选项: 我不介意因通过普通邮件接收签署通讯而造成的相关延迟, 并且更愿意通过所列出的邮寄地址接收纸质的保险确认函和保险合同副本。

如果上述邮寄地址是在佛罗里达州, 那么申请人目前是否居住在佛罗里达州? 是 否
 (用于确定适用的溢额税, 不会影响保险。)

申请的保险生效日期: _____ 政府颁发的身份证号码: _____

受益人:
 姓名: 名: _____ 姓: _____
 与申请人关系: _____

1. 选择保险范围

非美国公民 - 除居住国之外的全球保险

美国公民 - 除美国之外的全球保险

非美国公民 - 仅限欧洲旅行

2. 选择计划选项 (每次生病/受伤的最高赔付限额)

\$50,000 \$250,000

\$100,000 \$500,000

如果您想要选择可选的附加计划, 请勾选此处

3. 申请保险的人员姓名:

被保险人姓名	出生日期	每月费率/保费 含可选的 附加计划
主要申请人: _____	_____	_____
配偶: _____	_____	_____
子女: _____	_____	_____
子女: _____	_____	_____

小计 A _____

4. 保费计算

小计 A _____

月份数 x _____

预计的每月保费 = _____

冒险体育运动追加条款
(乘以 1.20 (若有要求)) x _____

预计保费 = _____

特快专递
(加 \$20 (若有要求)) + _____

总应付金额 = _____

仅供IMG保险业务员使用

保险业务员编号: 57479

姓名: Crossborder Services LLC

地址: Five Greentree Centre, Suite 104 - Route 73

城市、州、邮编: _____

电话: 877-340-7910

电子邮件: info@americanvisitorinsurance.com

付款方式: 支票 (收款人IMG) 汇票 (收款人IMG) 电汇

万事达卡 Visa 美国运通 Discover CB

电子支票 (ACH) 可在线使用或在要求后使用

通过提供我的帐户信息, 我希望通过信用卡或指定帐户来为每个申请人申请的保险支付保费。如果申请被接受, 则将按照所选的支付模式向信用卡或指定帐户收取保费。通过签署并提交此表格, 申请人声明并保证他/她拥有持卡人或帐户持有人的授权来使用帐户, 如果没有, 则申请人将承担付款和任何因此产生的费用全部责任。通过提交已签署的申请, 我同意通过我的信用卡或适用帐户来支付所欠的保费金额, 而且我已经阅读并同意所有条款、条件和此申请中的其他声明。任何故意提出虚假或欺诈性的损失或赔付付款索赔, 或故意在保险申请中提供虚假信息的人都属犯罪, 并可能受到罚款和监禁。

卡号: _____ 过期日期: _____

持卡人姓名: _____

授权代表签名: _____

持卡人电话和电子邮件: _____

持卡人账单地址: _____

1. 认购我 (我们) 在此申请并认购Patriot Exchange Program保险信托, 此保险信托是由印第安纳州卡梅尔的MutualWealth Management Group或其继任者托管, Patriot Exchange Program由Sirius International Insurance Corporation (publ) (即“公司”) 在此文提到的收到日期承保和提供, 由公司的授权代表和计划管理者International Medical Group, Inc. (IMG)负责管理。我 (我们) 理解并同意: (i) 申请的保险不是一般健康保险, 而是为在发生了可能适用于符合条件的保险的突然和意外疾病或伤害时, 作为我的 (我们的) 旅行保险; (ii) 我 (我们) 必须提前支付整个保险期间的保费, 在公司以书面形式接受此申请前, 任何保险都不会生效; (iii) 在公司或IMG的官员以书面形式批准申请之前, 与此申请或所申请保险相关的任何修改或弃权都不具有约束力; (iv) 通过提交此申请和/或任何未来的赔付索赔, 我 (我们) 即有目的地启动并利用通过由IMG作为管理总保险公司和计划管理者与公司在印第安纳州开展业务的特权, 由总保单代表且由保险凭证证明的保险合同将被视为已在印第安纳州印第安纳波利斯制定和颁发, 与此保险有关的任何法律程序的唯一和专属管辖权和审判地将是印第安纳州马里恩县, 对此申请人 (们) 表示同意。我 (我们) 同意印第安纳州溢额法将监管保险凭证下的所有权利和索赔。

2. 确认我 (我们) 理解并同意: (i) 征求、被指定到或协助此申请的保险业务员/代理人/经纪人即是申请人的代表; (ii) 本保险不为任何具有合理的医学确定性, 在申请时或在保险生效日期前三年内即已存在的任何伤害、疾病或其他身体、医学、心理和神经紊乱、状况或疾病提供赔付, 无论这些状况或疾病之前是否已表现出来、有症状或已知, 是否已被诊断、治疗或在生效日期之前向公司披露, 包括任何和全部后续、慢性或反复并发症或与这些状况或疾病有关或因其造成的后果 (即“预先存在的状况”), 而所有因预先存在的状况而产生的费用和/或索赔都将不在此保险的承保之内; (iii) 申请人、公司或IMG不希望也不认为所申请保险的主体居住于、位于或明确将在美国任何特定州生活; (iv) 公司作为保险计划的运营者及保险公司, 将全权负责保险合同提供的保险和赔付。

3. 授权发布信息我 (我们) 授权任何健康计划、医疗服务提供者、医疗保健专业人士、MIB、联邦、州或地方政府机构、保险或再保险公司、消费者信用报告机构、雇主、赔付计划或任何向我或代表我提供护理、建议、诊断、付款、治疗或服务, 拥有我的健康记录或知晓我的健康状况, 拥有任何可用于诊断、治疗和预后任何身体或心理状况和/或我的治疗信息, 以及任何将暴露我的完整医疗记录、档案、病历、药物的非医疗信息和有关于我的任何其他信息, 并授权上述各方将任何及全部信息交与我的备案代理人以及公司、IMG及其关联公司和子公司的授权代表。

4. 证明我 (我们) 特此证明、声明并保证: (i) 我 (我们) 已经阅读上述声明以及任何在要求后和在申请前提供的营销材料和样本保险合同, 或者已由其他人将上述材料读给我 (我们) 听, 并且我 (我们) 已理解其内容; (ii) 我 (我们) 作为不可使用美国国内医疗保险的游客, 有资格加入所申请的保险计划; (iii) 我 (我们) 目前的健康状况良好, 没有诊断、会诊或治疗, 没有任何表现或症状, 且没有任何预先存在的, 或预见将在此保险期间接受治疗, 或意图寻求此保险索赔的其他医疗状况。如果签字作为申请人的法定代表, 则签字人应保证其具有如此行事及约束申请人的权力和能力。通过接受保险和/或提交任何赔付索赔, 申请人认可签字人具有如此行事及约束申请人的权力。

5. 患者保护与平价医疗法案 (PPACA) 我理解并同意: (i) 本保险不受PPACA制约, 也不提供其所要求的赔付; (ii) 2014年1月1日, PPACA要求美国公民、美国国民和侨民购买PPACA兼容的保险, 除非他们得到PPACA的豁免 [持有F、J、M和Q签证的国际学生 (以及学生的部分家庭成员) 在他们在美国的最初5年内不受此强制保险限制。所有其他J类签证 (教师、实习、工作、旅游、互惠生、高中) 持有者可在过去六年中的两年内不受此强制保险限制]; (iii) 那些被要求购买ACA兼容保险的美国公民和美国居民, 如果没有按要求做, 则可能受到处罚; (iv) 购买或续保本产品的资格性或产品条款和条件可能会根据适用法律 (包括PPACA) 的变更而被修改或修订。请注意, 决定PPACA是否对您适用, 这完全是您的责任。对于您可能受到的任何处罚、您无法获得所申请的PPACA兼容保险, 本公司和IMG不承担任何责任。

6. 证明我 (我们) 特此证明、声明并保证, 我 (我们) 已阅读此申请中的所有声明, 或者已由其他人将此申请中的所有声明读给我 (我们) 听。我 (我们) 声明回答是真实、完整的, 并已准确记录下来; 并且此申请中所列出的所有游客从医学上来说都可以在购买此计划的日期出行。我 (我们) 理解并同意, 在此申请被接受并支付了应付总金额之后, 保险应在完成的申请被接受和批准后的第二天上午12:01开始生效。我 (我们) 理解, 如果保费因任何原因被返回未付, 则保险将失效。我 (我们) 确认并理解, 如果在收到保险合同后不完全满意, 则被保险人可以在保险合同上列明的审核期内向公司寄送一份书面申请, 来申请取消追溯到生效日期的保险, 并会因此得到已支付保费的退款。我 (我们) 希望以电子方式接收信息和通讯, 且与常规信件相比, 更倾向于使用我的 (我们的) 电子邮件地址。我 (我们) 同意IMG可以向我 (我们) 提供任何电子版通讯, 而不需要向我们寄送纸质通讯, 除非非直至我 (们) 撤销此同意。我 (我们) 还同意, 我 (我们) 有责任向IMG提供真实、准确且完整的电子邮件地址、合同和其他与我的 (我们的) 保险相关的信息, 以及维护并及时更新此信息中的任何变更。

主要申请人和法定代表签字 (必须)

日期: _____



Patriot Exchange Program - 团体申请 (对于五人或五人以上的团体)

若要参保 -

1. 请填写所有部分并签署申请
2. 如果用支票或汇票支付, 则收款人请填写IMG, 并与签署好的申请一起装在信封里。
3. 邮寄、发传真或发电子邮件至: International Medical Group, Inc., P.O.Box 88509, Indianapolis, IN 46208-0509 USA, 传真: 1.317.655.4505 电子邮件: insurance@imglobal.com

1. 申请保险的参与者	国籍国和居住国	出生日期	政府颁发的身份证号码	参与者申请的生效日期、过期日期和/或启程日期 (若与团体不同)	每月保费费率/每月附加费率
<input type="checkbox"/> 1 申请人姓名和电子邮件: 配偶: 子女: 子女:	国籍国: 居住国:			生效日期: 过期日期: 启程日期:	
<input type="checkbox"/> 2 申请人姓名和电子邮件: 配偶: 子女: 子女:	国籍国: 居住国:			生效日期: 过期日期: 启程日期:	
<input type="checkbox"/> 3 申请人姓名和电子邮件: 配偶: 子女: 子女:	国籍国: 居住国:			生效日期: 过期日期: 启程日期:	
<input type="checkbox"/> 4 申请人姓名和电子邮件: 配偶: 子女: 子女:	国籍国: 居住国:			生效日期: 过期日期: 启程日期:	
<input type="checkbox"/> 5 申请人姓名和电子邮件: 配偶: 子女: 子女:	国籍国: 居住国:			生效日期: 过期日期: 启程日期:	

(如有必要, 请另附纸张)

请注意: (如果申请人是J2签证持有人, 则他/她只有在J1签证持有人已通过其计划投保的情况下才有资格申请此计划。)

- ▲ 勾选将作为监护人/计划领队的申请人前面的方框
(如果已选择了监护人追加条款)

小计: _____

$$2. \frac{\text{小计 A}}{\text{月份数}} \times \text{总人数} = \text{总计 (A)}$$

选择保险范围

- 非美国公民 - 除居住国之外的全球保险
- 美国公民 - 除美国之外的全球保险
- 非美国公民 - 仅限欧洲旅行

选择计划选项 (每次生病/受伤的最高赔付限额)

- \$50,000 \$250,000
- \$100,000 \$500,000
- 如果团体想要可选的附加计划, 请勾选此处 (如果选择此选项, 请在第1部分中输入每月可选的附加费率)

3. 可选的保险 (若适用)

监护人追加条款
在此处输入.10 _____

冒险体育运动追加条款
在此处输入.20 + _____

(B) 总追加条款 = _____
保费因素 (B)
在第4部分中“1.”的右侧输入此金额

4. 保费计算

$$\frac{\text{(A) 第2(A)部分中的金额}}{\text{总保费}} \times \frac{\text{(B) 输入第3(B)部分中的金额}}{\text{\$20 特快专递 (如申请)}} = \text{总应付金额}$$

仅供IMG保险业务员使用

保险业务员编号: 57479
姓名: Crossborder Services LLC
地址: Five Greentree Centre, Suite 104 - Route 73
城市、州、邮编: _____
电话: 877-340-7910
电子邮件: info@americanvisitorinsurance.com

注意: 如果团体中的参与者想要指定一名受益人, 请使用“受益人指定”表。

担保人/组织: _____
邮寄地址: _____
城市/州/邮编: _____
电话: _____ 传真: _____
政府颁发的身份证号码: _____
授权代表姓名 _____
将保险确认和通讯寄送到以下电子邮件地址: _____

如果上述邮寄地址是在佛罗里达州, 团体目前是否位于佛罗里达州?
(用于确定适用的溢额税, 不会影响保险。)
 是 否

邮寄选项: 我不介意因通过普通邮件接收签署通讯而造成的相关延迟, 并且更愿意接收纸质的保险确认函和保险凭证。

申请生效日期: _____
最早启程日期: _____
申请过期日期: _____
旅行目的和计划: _____
目的地: _____

付款方式: 支票 (收款人IMG) 电汇 汇票 (收款人IMG) JCB
 万事达 Visa 美国运通 Discover 电子支票 (ACH) 可在提出
要求后在线使用

通过提供我的帐户信息, 担保人即希望通过信用卡或指定帐户来为每个申请人申请的保险支付保费。如果申请被接受, 则将按照所选的支付模式向信用卡或指定帐户收取保费。通过签署并提交此表格, 担保人声明并保证其拥有持卡人或帐户持有人的授权来使用帐户, 如果没有, 担保人将承担付款和任何因此产生的费用的全部责任。通过提交签名的申请, 担保人同意通过我的信用卡或适用帐户来支付所欠的保费金额, 并已经阅读并同意所有条款、条件和此申请中的其他声明。任何故意提出虚假或欺诈性的损失或赔付付款索赔, 或故意在保险申请中提供虚假信息的人都属犯罪, 并可遭受罚款和监禁。

卡号: _____
过期日期: _____
持卡人姓名: _____
授权代表签名: _____
持卡人电话和电子邮件: _____
持卡人账单地址: _____

1. 认购. 担保人/组织 (统称为“担保人”) 声明并保证其是参与者的授权代理人, 并在此为及代表申请表中列明的参与者, 申请并认购Patriot Exchange Program保险信托, 此保险信托是由印第安纳州卡梅尔的MutualWealth Management Group或其继任者托管, Patriot Exchange Program由Sirius International Insurance Corporation (publ) (即“公司”) 在此文提到的收到日期承保和提供, 由公司的授权代表和计划管理者International Medical Group, Inc. (IMG)负责管理。担保人代表自己和参与者理解并同意: (i) 所申请保险不是一般健康保险, 而是为了在发生可能适用于符合条件的保险的突然和意外疾病或伤害时, 作为参与者的保险; (ii) 不可续保; (iii) 担保人必须支付整个所申请保险期间的保费, 在公司或IMG代表公司以书面形式接受此申请前, 任何保险都不会生效; (iv) 在公司或IMG的官员以书面形式批准申请之前, 与此申请或所申请保险相关的任何修改或弃权都不具有约束力; (v) 通过提交此申请和/或任何未来的赔付索赔, 担保人即代表自己和参与者有目的地启动并利用通过由IMG作为管理总保险公司和计划管理者与公司在印第安纳州开展业务的特权, 由总保单代表且由保险凭证证明的保险合同将被视为已在印第安纳州印第安纳波利斯制定和颁发, 与此保险有关的任何法律程序的唯一和专属管辖权和审判地将是印第安纳州马里恩县, 对此担保人代表自己和参与者表示明确同意。印第安纳州溢额法将监管保险凭证下的所有权利和索赔。

2. 确认. 担保人代表自己和参与者理解并同意: (i) 征求、被指定到或协助此申请的保险业务员/代理人/经纪人即是申请人的代理人及代表; (ii) 本保险不为任何具有合理的医学确定性, 在申请时或在保险生效日期前三年内即已存在的任何伤害、疾病或其他身体、医学、心理和神经紊乱、状况或疾病提供赔付, 无论这些状况或疾病之前是否已表现出来、有症状或已知, 是否已被诊断、治疗或在生效日期之前向公司披露, 包括任何和全部后续、慢性或反复并发性或这些状况或疾病有关或因其而造成的后果。(即“预先存在的状况”), 而所有因预先存在的状况而产生的费用和/或索赔都将不在此保险的承保范围之内; (iii) 申请人、公司或IMG不希望也不认为所申请保险的主体居住于、位于或明确将在美国任何特定州生活; (iv) 公司作为保险计划的运营者及保险公司, 将全权负责保险合同中提供的保险和赔付。

3. 授权发布信息. 担保人代表各参与者, 授权任何健康计划、医疗服务提供者、医疗保健专业人士、MIB、联邦、州或地方政府机构、保险或再保险公司、消费者信用报告机构、雇主、赔付计划或任何向参与者或代表参与者提供护理、建议、诊断、付款、治疗或服务, 拥有参与者的健康记录或知晓参与者的健康状况, 拥有任何可用于诊断、治疗和预后任何身体或心理状况和/或参与者的治疗的信息, 以及任何将暴露我的完整医疗记录、档案、病历、药物的非医疗信息和有关于我的任何其他信息, 并授权上述各方将任何和全部信息交与参与者的备案的代理人以及公司、IMG及其关联公司和子公司的授权代表。

4. 证明. 担保人代表自己和参与者特此证明、声明并保证, 他们已阅读上述声明以及任何在提出要求后和在申请前提供的营销材料和样本保险合同, 他们理解上述声明, 并且列出的各参与者: (i) 有资格参加所申请的保险计划; (ii) 目前的健康状况良好, 没有诊断、会诊或治疗, 没有任何表现或症状, 且没有任何预先存在的或预见将在此保险期间接受治疗或意图寻求此保险索赔的其他医疗状况。作为担保人及各参与者的法定代表, 签字人应保证其具有如此行事及约束担保人和各申请人的权力和能力。通过接受保险和/或提交任何赔付索赔, 各参与者认可签字人和担保人具有如此行事及约束申请人的权力。

5. 担保人声明并保证, 根据向参与者提供的保险, 参加计划是完全自愿的; 在不签署计划的情况下, 担保人对于保险的唯一职责是允许承保人向参与者宣传计划、收缴保费并将保费转交给承保人; 担保人不收取任何现金形式的报酬, 担保人与此保险没有任何其他联系。担保人确认其必须, 且同意其将向参与者、受益人和其他指定人员披露部分材料, 包括报告、声明、通知和其他文件, 包括但不限于在既定时间或发生特定事件时, 向保险合同涵盖的所有参与者以及领取保险合同提供的赔付的受益人提供部分材料; 以及在合理的事件和地点向参与者和受益人提供特定材料, 以供其检查。担保人声明并保证其将使用合理计算的措施, 以确保参与者、受益人和其他指定人员能够实际、及时收到材料。

6. 患者保护与平价医疗法案 (PPACA) 担保人已知所有参与者, 他们和任何陪同的配偶和家属可能还会受到《平价医疗法案》要求的限制。担保人代表自己和参与者理解并同意: (i) 本保险不受PPACA制约, 也不提供其要求的赔付; (ii) 2014年1月1日, PPACA要求美国公民、美国国民和侨民购买PPACA兼容的保险, 除非他们得到PPACA 的豁免(持有F、J、M和Q签证的国际学生(以及学生的部分家庭成员)在他们在美国的最初5年内不受此强制保险限制。所有其他J类签证(教师、实习、工作、旅游、互惠生、高中)持有者可在过去六年中的两年内不受此强制保险限制); (iii) 那些被要求购买ACA兼容保险的美国公民和美国居民, 如果没有按要求做, 则可能受到处罚; (iv) 购买或续保本产品的资格性或产品条款和条件可能会根据适用法律(包括PPACA)的变更而被修改或修订。请注意, 决定PPACA是否对您适用, 这完全是您的责任。对于您可能受到的任何处罚、您无法获得所申请的PPACA兼容保险, 本公司和IMG不承担任何责任。

担保人特此安排将保险提供给参与者, 参与者已通过书面形式自愿授权批准此行动, 参与者有机会进行其他安排来获得保险。这些授权已由担保人备案, 并会根据要求向公司提供。

7. 担保人代表自己和参与者特此证明、声明并保证他们已阅读此申请中的所有声明, 或者已由其他人将此申请中的所有声明读给他们听。担保人代表自己和参与者声明的答复是真实、完整的, 并已准确记录下来; 并且此申请中所列出的所有游客从医学上说都可以在购买此计划的日期出行。担保人代表自己和参与者理解并同意, 在此申请被接受并支付了应付总金额之后, 保险应在完成的申请被接受和批准后的第二天上午12:01开始生效。担保人代表自己和参与者理解, 如果保费因任何原因被返回未付, 则保险将失效。担保人代表自己和参与者确认并理解, 如果在收到保险合同后不完全满意, 则被保险人可以在保险合同上列明的审核期内向公司寄送一份书面申请来申请取消追溯到生效日期的保险, 并会因此得到已支付保费的退款。担保人代表自己和参与者表示, 他们希望以电子方式接收信息和通讯, 且与常规信件相比, 更倾向于使用电子邮件地址。担保人代表自己和参与者同意IMG可以向收件人提供任何电子版通讯, 而不需要寄送纸质通讯, 除非并至直参与者撤销此同意。担保人代表自己和参与者还同意, 参与者有责任向IMG提供真实、准确且完整的电子邮件地址、合同和其他与保险有关的信息, 以及维护并及时更新此信息中的任何变更。

授权代表签名 _____
日期



P.O. Box 88509
2960 North Meridian Street, Indianapolis, IN 46208-0509 USA
关于营销问题，请致电 +1.866.368.3724
所有其他咨询，请致电 +1.800.628.4664 或 1.317.655.4500
传真： +1.317.655.4505
电子邮件： insurance@imglobal.com
www.imglobal.com
IMG 作为 Sirius International 的授权代表和计划管理者，
代表 Sirius International。



保险计划由 Sirius International Insurance Corporation (publ)
承保并颁发，（在此资料印刷时）被 A.M. Best 评为 A 级（卓越），
标准普尔评级为 A-。
Sirius International 属于 White Mountains Re 公司。

本咨询邀请给符合条件的申请人提供了解保险计划信息的机会，仅限于简短描述保险有可能赔付的任何损失。按保险合同所述进行赔付。赔付涉及到保险合同中的自付额、共同保险、规定、条款、条件、限制和免责项目。保险合同包含原有疾病免责条款，不承保原有疾病相关的损失和费用。

本册子包含许多 International Medical Group, Inc. 及其在世界各地的代表所拥有、注册和使用的宝贵商标、名称、标题、标识、图像、设计、版权和其他专有材料。© 2007-2016 International Medical Group, Inc. All rights reserved.





仅供IMG保险业务员使用

Crossborder Services LLC
Five Greentree Centre, Suite 104
Route 73
Marlton, NJ 08053
Phone: 877-340-7910
info@americanvisitorinsurance.com
<http://www.americanvisitorinsurance.com>

www.imglobal.com | 1.800.628.4664

