

STUDENT HEALTH ADVANTAGESM



SEGURO MÉDICO MUNDIAL DE LARGO PLAZO PARA
ESTUDIANTES Y ACADÉMICOS INTERNACIONALES



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 Student Health AdvantageSM, un plan de seguro médico internacional único que le ofrece tranquilidad a nivel mundial (Global Peace of Mind[®]) cuando viaja al extranjero.

GLOBAL
peace of mind[®]



Seguro Médico Confiable

Como académico o estudiante internacional, es extraordinaria la emoción de estudiar fuera de su país de origen. Sus nuevos alrededores son impresionantes y sus experiencias son nuevas y emocionantes. Está viendo y visitando lugares por primera vez, al tiempo que recibe los beneficios de una educación a largo plazo.

Envuelto en todo el entusiasmo, tal vez no piense en sufrir una enfermedad o lesión durante sus estudios. Sin aviso, su experiencia en el extranjero puede convertirse rápidamente en aterradora o arriesgada si no está preparado para una emergencia médica. Como estudiante internacional, la tranquilidad es una prioridad cuando estudia en el extranjero.

Su aventura educativa o intercambio escolar debe ser agradable y gratificante. Conservando la capacidad de ser flexible y sensible a las necesidades, International Medical Group® (IMG®) ha desarrollado Student Health AdvantageSM, un plan médico internacional diseñado para cumplir específicamente con las necesidades de los estudiantes y académicos internacionales que participan en programas educativos a largo plazo e intercambios culturales. El plan ofrece un paquete completo de beneficios mientras se encuentra fuera de su país de origen, disponible las 24 horas del día, para brindarle tranquilidad a nivel mundial (Global Peace of Mind®). Después de todo, usted es mundial. Su seguro médico y tranquilidad también deben serlo.

Student Health AdvantageSM

- » Cumple con los requisitos de visa para programas de intercambio cultural, para estudiantes y becarios de los EE. UU.
- » Diseñado para cumplir con los requisitos de la visa de los programas de estudiante, estudiante académico e intercambio cultural de EE.UU.
- » Cobertura para personas o grupos de cinco o más participantes y sus dependientes
- » Cobertura para Trastornos Mentales y Nerviosos y Abuso de Sustancias
- » Cobertura para Deportes Intercolegiales / Interescolares / Intramurales o de Club
- » Cobertura por maternidad (solamente para clientes Platinum)
- » Atención de emergencia internacional

¿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 Student Health Advantage.

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 Student Health Advantage.

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 Student Health Advantage, consulte las Preguntas Frecuentes de IMG en www.imglobal.com

Servicios de asistencia global

Sabemos que las razones para viajar al extranjero son muchas y variadas, por eso nuestros productos también lo son. Nuestro enfoque de servicio completo para proveer productos de seguro médico internacional incluye atender a turistas, quienes trabajan viven en el extranjero durante plazos cortos o extensos, las personas que viajan con frecuencia entre países y las mantienen múltiples países de residencia.

Pero proveer una cobertura de seguro no es suficiente. Lo más importante es el servicio y apoyo. Desde 1990, hemos atendido a millones de personas alrededor del mundo con un insuperable servicio al cliente. Proveemos personal médico en el sitio, disponible las 24 horas del día para emergencias, profesionales del servicio al cliente en varios idiomas y administradores especializados en reclamaciones que procesan anualmente decenas de miles de reclamaciones de todo el mundo. En IMG estamos con usted, para brindarle Global Peace of Mind®.

Resumen de Beneficios de SHA Standard Plan

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	Estudiante- \$500,000 periodo de cobertura Dependiente- \$100,000 periodo de cobertura
Límite Máximo por Enfermedad o lesión	Estudiante- \$300,000 Dependiente- \$100,000
Deducible	\$100 por Enfermedad/Lesión Centro de Salud Estudiantil: \$5 de copago por visita
Coseguro	Fuera de los EE. UU.: La Compañía abona el 100%. En la red de Organizaciones de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organizations, PPO) o en el centro de atención estudiantil dentro de los EE. UU.: La Compañía abona el 100%. Fuera de la red de PPO, si se encuentra dentro de los EE. UU.: La Compañía abona el 80% de los gastos elegibles hasta \$5,000; luego el 100% a partir de allí
Alojamiento y Comida en el Hospital	Tarifa promedio de habitación semi-privada, incluye servicio de enfermería
Cuidados Intensivos	Una vez que se alcanza el deducible, la Compañía abona el 80% de los gastos fuera de la red (EE. UU.) o el 100% dentro de la red (EE. UU.) e internacionalmente
Consulta en la Sala de Emergencias Debido a Lesión	Una vez que se alcanza el deducible, la Compañía abona el 80% de los gastos fuera de la red (EE. UU.) o el 100% dentro de la red (EE. UU.) e internacionalmente
Consulta en la Sala de Emergencias Con Ingreso Hospitalario	Una vez que se alcanza el deducible, la Compañía abona el 80% de los gastos fuera de la red (EE. UU.) o el 100% dentro de la red (EE. UU.) e internacionalmente
Consulta en la Sala de Emergencias Sin Ingreso Hospitalario	Una vez que se alcanza el deducible, la Compañía abona el 80% de los gastos fuera de la red (EE. UU.) o el 100% dentro de la red (EE. UU.) e internacionalmente, sujeto a un deducible adicional de \$250
Trastornos Mentales y Nerviosos y Abuso de Sustancias	Paciente ambulatorio: \$50 por día; límite máximo de \$500; paciente hospitalizado: Una vez que se alcanza el deducible, la Compañía abona el 80% de los gastos fuera de la red (EE. UU.) o el 100% dentro de la red (EE. UU.) e internacionalmente hasta \$10,000 de límite máximo; Tratamiento en el centro de atención estudiantil: \$0
Medicamentos Recetados	Paciente hospitalizado: una vez que se alcanza el deducible, la Compañía abona el 80% de los gastos fuera de la red (EE. UU.) o el 100% dentro de la red (EE. UU.) e internacionalmente Paciente ambulatorio: el 50% de los cargos reales Máximo de 90 días de suministro
Terapia Física (Se requiere la receta médica o plan de tratamiento)	Una vez que se alcanza el deducible, la compañía abona el 80% de los gastos fuera de la red (EE. UU.) o el 100% dentro de la red (EE. UU.) e internacionalmente, límite de una consulta por día
Ambulancia Local	\$350 por enfermedad derivada de la hospitalización o lesión de un paciente hospitalizado
Dental	Tratamiento que no sea de emergencia con un proveedor odontológico debido a un accidente - límite por período de cobertura de \$500 ; Tratamiento derivado de dolor inesperado en dientes sanos y naturales - límite por período de cobertura de \$350
Gastos Médicos Elegibles	Una vez que se alcanza el deducible, la Compañía abona el 80% de los gastos fuera de la red (EE. UU.) o el 100% dentro de la red (EE. UU.) e internacionalmente
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
Evacuación Médica de Emergencia	Límite máximo de \$500,000
Reunión de Emergencia	Límite máximo de \$50,000
Repatriación de Restos Mortales	Límite máximo de \$50,000
Evacuación Política y Repatriación	Límite máximo de \$10,000
Deportes Intercolegiales/Interescolares /Intramurales o de Club	Límite por período de cobertura por enfermedad/lesión de \$5,000
Cobertura por Viaje Incidental (Sólo para los residentes no de los EE.UU.)	Hasta un total acumulado de 14 días
Condiciones Preexistentes	Cargos se excluyen hasta después de 12 meses de cobertura continua
Terrorismo	Límite máximo de \$50,000
Muerte Accidental y Desmembramiento	Estudiante- \$25,000 suma principal; Cónyuge- \$10,000 suma principal; Hijo Dependiente- \$5,000 suma principal; Desmembramiento Accidental porcentaje de la suma principal
Responsabilidad Personal (Adicional a cualquier otro seguro)	Límite máximo de \$10,000 Lesión a terceros: sujeto a un deducible por lesión de \$100. Daño a bienes de terceros: sujeto a un deducible por daño de \$100.

Todas las coberturas y beneficios de esta Póliza son en dólares estadounidenses (EE. UU.). Los beneficios están sujetos a exclusiones y limitaciones y son pagaderos solo con cargos Usuales, Razonables y Habituales. Este es simplemente un resumen y no reemplaza en modo alguno al Certificado de Seguro ni a los documentos de la póliza vigente (que constituyen el "Contrato de Seguro"). El Contrato de Seguro es la única fuente de los beneficios reales que se prestan. Los gastos médicos elegibles se limitan a los usuales, razonables y habituales.

Resumen de Beneficios de SHA Platinum Plan

Eligible Medical Expenses are limited to Usual, Reasonable and Customary Limits per Period of Coverage unless stated as Maximum Limit

Límite Máximo	Student: \$1,000,000; Dependent: \$100,000
Límite Máximo por Enfermedad o Lesión	Student: \$500,000; Dependent: \$100,000
Deducible	Por tratamiento recibido fuera de los EE. UU.: \$25 por enfermedad o lesión Por tratamiento recibido dentro de los EE. UU.: proveedor de la PPO: \$25 por enfermedad o lesión; no proveedor de la PPO: \$50 por enfermedad o lesión; centro de atención estudiantil: \$5 de copago por visita
Coseguro	Fuera de los EE. UU.: La Compañía abona el 100%. En la red de Organizaciones de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organizations, PPO) o en el centro de atención estudiantil dentro de los EE. UU.: La Compañía abona el 100%. Fuera de la red de PPO si se encuentra dentro de los EE. UU.: La Compañía abona el 80% de los gastos elegibles hasta \$5,000; luego el 100% a partir de allí
Alojamiento y Comida en el Hospital	Tarifa promedio de habitación semi-privada, incluye servicio de enfermería
Cuidados Intensivos	Una vez que se alcanza el deducible, la Compañía abona el 80% de los gastos fuera de la red (EE. UU.) o el 100% dentro de la red (EE. UU.) e internacionalmente
Maternidad y Atención del Recién Nacido	Límite máximo de \$5,000. El beneficio incluye atención de rutina para el recién nacido durante los primeros 31 días de vida. Una vez que se alcanza el deducible, la Compañía abona el 60% de los gastos elegibles fuera de la red (EE. UU.), el 80% dentro de la red (EE. UU.) y el 100% internacionalmente
Consulta en la Sala de Emergencias Debido a Lesión	Una vez que se alcanza el deducible, la Compañía abona el 80% de los gastos fuera de la red (EE. UU.) o el 100% dentro de la red (EE. UU.) e internacionalmente
Consulta en la Sala de Emergencias Con Ingreso Hospitalario	Una vez que se alcanza el deducible, la Compañía abona el 80% de los gastos fuera de la red (EE. UU.) o el 100% dentro de la red (EE. UU.) e internacionalmente
Consulta en la Sala de Emergencias Sin Ingreso Hospitalario	Una vez que se alcanza el deducible, la Compañía abona el 80% de los gastos fuera de la red (EE. UU.) o el 100% dentro de la red (EE. UU.) e internacionalmente, sujeto a un deducible adicional de \$250
Trastornos Mentales y Nerviosos y Abuso de Sustancias	Paciente ambulatorio: \$50 por día ; límite máximo de \$500; Paciente hospitalizado: una vez que se alcanza el deducible, la Compañía abona el 80% de los gastos fuera de la red (EE. UU.) o el 100% dentro de la red (EE. UU.) e internacionalmente hasta \$10,000 de límite máximo; Tratamiento en el centro de atención estudiantil: \$0
Medicamentos Recetados	Paciente hospitalizado: una vez que se alcanza el deducible, la Compañía abona el 80% de los gastos fuera de la red (EE. UU.) o el 100% dentro de la red (EE. UU.) e internacionalmente. Paciente ambulatorio: el 50% de los cargos efectivos. Máximo de 90 días de suministro
Terapia Física (Se requiere la receta médica o plan de tratamiento)	Una vez que se alcanza el deducible, la Compañía abona el 80% de los gastos fuera de la red (EE. UU.) o el 100% dentro de la red (EE. UU.) e internacionalmente, límite de una consulta por día
Local Ambulance	\$750 por enfermedad derivada de la hospitalización o lesión de un paciente hospitalizado
Dental	Tratamiento que no sea de emergencia con un proveedor odontológico debido a un accidente - límite por período de cobertura de \$500; Tratamiento derivado de dolor inesperado en dientes sanos y naturales - límite por período de cobertura de \$350
Gastos Médicos Elegibles	Una vez que se alcanza el deducible, la Compañía abona el 80% de los gastos fuera de la red (EE. UU.) o el 100% dentro de la red (EE. UU.) e internacionalmente
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
Evacuación Médica de Emergencia	Límite máximo de \$500,000
Reunión de Emergencia	Límite máximo de \$50,000
Repatriación de Restos Mortales	Límite máximo de \$50,000
Evacuación Política y Repatriación	Límite máximo de \$10,000
Deportes Intercolegiales/Interescolares /Intramurales o de Club	Límite por período de cobertura por enfermedad/lesión de \$5,000
Cobertura por Viaje Incidental	Hasta un total acumulado de 14 días
Condiciones Preexistentes	Los cargos se excluyen hasta después de 6 meses de cobertura continua
Terrorismo	Límite máximo de \$50,000
Muerte Accidental y Desmembramiento	Estudiante- \$25,000 suma principal; Cónyuge- \$10,000 suma principal; Hijo Dependiente- \$5,000 suma principal
Responsabilidad Personal (Adicional a cualquier otro seguro)	Límite máximo de \$10,000 Lesión a terceros: sujeto a un deducible por lesión de \$100. Daños a bienes de terceros: sujeto a un deducible por daño de \$100.

Todas las coberturas y beneficios de esta Póliza son en dólares estadounidenses (EE. UU.). Los beneficios están sujetos a exclusiones y limitaciones y son pagaderos solo con cargos Usuales, Razonables y Habituales. Este es simplemente un resumen y no reemplaza en modo alguno al Certificado de Seguro ni a los documentos de la póliza vigente (que constituyen el "Contrato de Seguro"). El Contrato de Seguro es la única fuente de los beneficios reales que se prestan. Los gastos médicos elegibles se limitan a los usuales, razonables y habituales.



SHA STANDARD

Tarifas Mensuales Individuales

COBERTURA EXCLUYENDO LOS EE. UU.			
Edad	Estudiante	Cónyuge	Hijo Dep
31 días -18	\$50	\$292	\$60
19 - 23	\$56	\$292	\$60
24 - 30	\$74	\$320	\$60
31 - 40	\$112	\$426	\$60
41 - 50	\$181	\$437	\$60
51 - 64	\$242	\$426	\$60

Tarifas Diarias Individuales

COBERTURA EXCLUYENDO LOS EE. UU.			
Edad	Estudiante	Cónyuge	Hijo Dep
31 días -18	\$1.67	\$9.73	\$2.00
19 - 23	\$1.87	\$9.73	\$2.00
24 - 30	\$2.47	\$10.67	\$2.00
31 - 40	\$3.73	\$14.20	\$2.00
41 - 50	\$6.03	\$14.57	\$2.00
51 - 64	\$8.07	\$14.20	\$2.00

COBERTURA INCLUYENDO LOS EE. UU.

Edad	Estudiante	Cónyuge	Hijo Dep
31 días -18	\$64	\$336	\$80
19 - 23	\$84	\$336	\$80
24 - 30	\$98	\$372	\$80
31 - 40	\$176	\$495	\$80
41 - 50	\$286	\$511	\$80
51 - 64	\$382	\$495	\$80

COBERTURA INCLUYENDO LOS EE. UU.

Edad	Estudiante	Cónyuge	Hijo Dep
31 días -18	\$2.13	\$11.20	\$2.67
19 - 23	\$2.80	\$11.20	\$2.67
24 - 30	\$3.27	\$12.40	\$2.67
31 - 40	\$5.87	\$16.50	\$2.67
41 - 50	\$9.53	\$17.03	\$2.67
51 - 64	\$12.73	\$16.50	\$2.67

SHA PLATINUM

Tarifas Individuales-Mensuales

COBERTURA EXCLUYENDO LOS EE. UU.			
Edad	Estudiante	Cónyuge	Hijo Dep
31 días -18	\$85	\$501	\$92
19 - 23	\$94	\$501	\$92
24 - 30	\$124	\$548	\$92
31 - 40	\$135	\$730	\$92
41 - 50	\$305	\$750	\$92
51 - 64	\$404	\$730	\$92

Tarifas Individuales-Diarias

COBERTURA EXCLUYENDO LOS EE. UU.			
Edad	Estudiante	Cónyuge	Hijo Dep
31 días -18	\$2.83	\$16.70	\$3.07
19 - 23	\$3.13	\$16.70	\$3.07
24 - 30	\$4.13	\$18.27	\$3.07
31 - 40	\$4.50	\$24.33	\$3.07
41 - 50	\$10.17	\$25.00	\$3.07
51 - 64	\$13.47	\$24.33	\$3.07

COBERTURA INCLUYENDO LOS EE. UU.

Edad	Estudiante	Cónyuge	Hijo Dep
31 días -18	\$108	\$576	\$122
19 - 23	\$142	\$576	\$122
24 - 30	\$164	\$636	\$122
31 - 40	\$294	\$847	\$122
41 - 50	\$481	\$875	\$122
51 - 64	\$642	\$847	\$122

COBERTURA INCLUYENDO LOS EE. UU.

Edad	Estudiante	Cónyuge	Hijo Dep
31 días -18	\$3.60	\$19.20	\$4.07
19 - 23	\$4.73	\$19.20	\$4.07
24 - 30	\$5.47	\$21.20	\$4.07
31 - 40	\$9.80	\$28.23	\$4.07
41 - 50	\$16.03	\$29.17	\$4.07
51 - 64	\$21.40	\$28.23	\$4.07

SHA STANDARD

Tarifas Mensuales Grupales

COBERTURA EXCLUYENDO LOS EE. UU.			
Edad	Estudiante	Cónyuge	Hijo Dep
31 días -18	\$44	\$249	\$52
19 - 23	\$48	\$249	\$52
24 - 30	\$63	\$272	\$52
31 - 40	\$95	\$363	\$52
41 - 50	\$154	\$373	\$52
51 - 64	\$206	\$363	\$52

Tarifas Diarias Grupales

COBERTURA EXCLUYENDO LOS EE. UU.			
Edad	Estudiante	Cónyuge	Hijo Dep
31 días -18	\$1.47	\$8.30	\$1.73
19 - 23	\$1.60	\$8.30	\$1.73
24 - 30	\$2.10	\$9.07	\$1.73
31 - 40	\$3.17	\$12.10	\$1.73
41 - 50	\$5.13	\$12.43	\$1.73
51 - 64	\$6.87	\$12.10	\$1.73

COBERTURA INCLUYENDO LOS EE. UU.

Edad	Estudiante	Cónyuge	Hijo Dep
31 días -18	\$54	\$287	\$67
19 - 23	\$72	\$287	\$67
24 - 30	\$83	\$317	\$67
31 - 40	\$149	\$421	\$67
41 - 50	\$244	\$435	\$67
51 - 64	\$325	\$421	\$67

COBERTURA INCLUYENDO LOS EE. UU.

Edad	Estudiante	Cónyuge	Hijo Dep
31 días -18	\$1.80	\$9.57	\$2.23
19 - 23	\$2.40	\$9.57	\$2.23
24 - 30	\$2.77	\$10.57	\$2.23
31 - 40	\$4.97	\$14.03	\$2.23
41 - 50	\$8.13	\$14.50	\$2.23
51 - 64	\$10.83	\$14.03	\$2.23

SHA PLATINUM

Tarifas Grupales-Mensuales

COBERTURA EXCLUYENDO LOS EE. UU.			
Edad	Estudiante	Cónyuge	Hijo Dep
31 días -18	\$70	\$410	\$76
19 - 23	\$78	\$410	\$76
24 - 30	\$102	\$449	\$76
31 - 40	\$153	\$599	\$76
41 - 50	\$250	\$615	\$76
51 - 64	\$332	\$599	\$76

Tarifas Grupales-Diarias

COBERTURA EXCLUYENDO LOS EE. UU.			
Edad	Estudiante	Cónyuge	Hijo Dep
31 días -18	\$2.33	\$13.67	\$2.53
19 - 23	\$2.60	\$13.67	\$2.53
24 - 30	\$3.40	\$14.97	\$2.53
31 - 40	\$5.10	\$19.97	\$2.53
41 - 50	\$8.33	\$20.50	\$2.53
51 - 64	\$11.07	\$19.97	\$2.53

COBERTURA INCLUYENDO LOS EE. UU.

Edad	Estudiante	Cónyuge	Hijo Dep
31 días -18	\$88	\$472	\$101
19 - 23	\$116	\$472	\$101
24 - 30	\$135	\$522	\$101
31 - 40	\$242	\$695	\$101
41 - 50	\$395	\$718	\$101
51 - 64	\$527	\$695	\$101

COBERTURA INCLUYENDO LOS EE. UU.

Edad	Estudiante	Cónyuge	Hijo Dep
31 días -18	\$2.93	\$15.73	\$3.37
19 - 23	\$3.87	\$15.73	\$3.37
24 - 30	\$4.50	\$17.40	\$3.37
31 - 40	\$8.07	\$23.17	\$3.37
41 - 50	\$13.17	\$23.93	\$3.37
51 - 64	\$17.57	\$23.17	\$3.37

SHA JINETES OPCIONALES

ENDOSO PARA DEPORTES DE AVENTURA: El Endoso para Deportes de Aventura está disponible para los participantes elegibles. Ciertas actividades designadas como deportes de aventura pueden ser cubiertas hasta los máximos enumerados a continuación. Ciertas actividades nunca están cubiertas, independientemente de emitir

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

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. (Disponible para asegurados de hasta 64 años de edad)



GLOBAL 
peace of mind®





Elegibilidad

Para ser elegible a solicitar el plan Student Health Advantage, 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 J1, M1 o F1, y el cónyuge debe postularse como solicitante principal. No pueden postularse solos
- » 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 su cónyuge estarán viajando. Una vez que haya completado la Solicitud, debe devolverla a su agente de seguros y/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 de partida de su país de residencia principal
3. La fecha solicitada en su Solicitud

Las personas elegibles pueden abonar sus aranceles en forma mensual, pero se les cobrará una tarifa administrativa del 4%.

Confirmación de Cobertura:

IMG procesa solicitudes de manera rápida y oportuna. Al completar el proceso, IMG le enviará por correo o correo electrónico la Confirmación de Cobertura a la dirección o 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 sitio web de IMG.

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

Condiciones de la Cobertura:

1) La cobertura y los beneficios están sujetos al deducible, los límites y coaseguro, y todos los términos del Certificado de Seguro y la Póliza Maestra. **2)** La cobertura en virtud de un plan Student Health Advantage 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 Período de Cobertura.

Renovación de Cobertura:

Los asegurados elegibles con una cobertura inicial de al menos 3 meses pueden solicitar que la cobertura en virtud del plan sea renovada mensualmente hasta por periodos de 12 meses, por un máximo de 60 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.



**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 (que constituyen el "Contrato de Seguro"). El Contrato de Seguro es la única fuente de los beneficios reales que se prestan.*

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 Precertificación 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.

For Precertification, emergency evacuation and repatriation, please call: IMG in the U.S.: 1.800.628.4664 (toll free) or 1.317.655.4500. Call IMG outside the U.S.: 001.317.655.4500 (collect if necessary). This information will also be provided on your ID card.

Nota: Usted puede comenzar el proceso de Pre-certificación a través de MyIMG o la sección de Recursos para clientes de 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.

Pago de Reclamaciones:

Todos los beneficios pagaderos en virtud de Student Health Advantage 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 enviar en línea los formularios de reclamación a través de imglobal.com/member, enviarlos por correo electrónico a insurance@imglobal.com o por correo a International Medical Group, P.O. Box 88500, Indianapolis, IN 46208-0500 USA. También puede comunicarse con IMG por fax al 1.317.655.4505.



SHA Servicios

MyIMGSM

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

With 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. Asimismo, para ayudarle a encontrar proveedores de atención médica fuera de EE.UU., IMG ofrece su International Provider AccessSM (IPA), una base de datos con más de 17,000 proveedores.

Nuestra meta es proporcionar una cobertura médica de calidad donde sea que usted esté fuera de su país de residencia. La red PPO y nuestro IPA nos da la habilidad de hacer eso, y nuestros directorios en línea ponen la información a su alcance - cualquier hora, donde sea que usted esté. Sólo visite: imglobal.com/member

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.

Akeso Care Management[®] (AkesoCareSM)

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. y otros países, IMG formó AkesoCare, una división especializada y en sitio dedicada exclusivamente a la administración médica.

El personal clínico está compuesto por médicos calificados y enfermeras registradas, expertos en evaluar la necesidad de los servicios médicos y en garantizar que esos servicios se presten de manera oportuna y rentable. AkesoCare tiene experiencia médica internacional, brindando servicios en más de 170 países alrededor del mundo.

AkesoCare está acreditada por URAC, una organización independiente y sin fines de lucro que es reconocida a nivel internacional para promover la mejora continua en la calidad y eficiencia en la administración de la atención médica. A través de un examen riguroso e integral que garantiza el cumplimiento continuo, AkesoCare fue acreditado por URAC en la Administración de la Utilización en la Salud.

Desde la atención médica de rutina hasta el manejo de casos complejos, desde chequeos hasta evacuaciones médicas de emergencia, AkesoCare está allí para usted. Están comprometidos con proveer 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.

**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 (que constituyen el "Contrato de Seguro"). El Contrato de Seguro es la única fuente de los beneficios reales que se prestan*



ACCREDITED
Health Utilization
Management
Expires 05/01/2019

Student Health AdvantageSM 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, Correo electrónico: 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

2 MÉTODO DE CUMPLIMIENTO Y ENTREGA DE INFORMACIÓN:

Las comunicaciones deben enviarse por correo electrónico a:

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:	

Si el domicilio proporcionado se encuentra en Florida, ¿el solicitante reside actualmente en Florida?
 (Determinará el impuesto estatal a los seguros y no incidirá en la cobertura) Sí No

Le permito a IMG procesar mi información personal. He leído y entiendo la Póliza de Privacidad de IMG, que se encuentra disponible en imglobal.com/legal/privacy-policy, y le permito a IMG usar mi información para comunicaciones de marketing y para miembros.

3 OPCIÓN DE PLAN Y OPCIONES DE COBERTURA ADICIONALES:

Seleccione el plan de cobertura y las opciones de plan:

<input type="checkbox"/> La cobertura no incluye a los EE. UU.	<input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Platinum
<input type="checkbox"/> La cobertura incluye a los EE. UU.	
País de ciudadanía:	País de residencia:
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 <i>(día/mes/año)</i>	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 _____ = _____			
TOTAL			(A)		(B)			(C)	

Beneficiarios:
 Si los solicitantes desean designar a un beneficiario, puede accederse al formulario de designación de beneficiario en www.imglobal.com/member.



EL FORMULARIO DE SOLICITUD CONTINÚA AL DORSO

Student Health AdvantageSM Solicitud Individual



Escriba en letra imprenta legible y complete TODAS LAS SECCIONES (frente y dorso) de esta solicitud.

5 PLAN PREMIUM:	
PLAN BÁSICO	
(B) Total de la prima mensual <i>(de B en la Sección 4)</i>	_____
(C) Total de la prima diaria <i>(de C en la Sección 4)</i>	_____
B + C =	_____
(D) Prima básica	_____
OPCIONES DE COBERTURA ADICIONALES	
(E) Anexo sobre deportes aventura <i>(ingrese .20, de resultar aplicable)</i>	X _____
PRIMA TOTAL	
Ingrese el monto de (D)	_____
Ingrese el monto de (E) a la derecha de 1.	X 1. _____ = _____
Correo urgente opcional \$20	+ _____
MONTO DE LA PRIMA TOTAL A PAGAR	= _____
Para pagar en cuotas mensuales, divida su total por la cantidad de meses y multiplique por 1.04 <i>(pago inicial mínimo requerido)</i>	÷ _____ cantidad de meses x 1.04 = _____ Pago periódico
PARA USO EXCLUSIVO DEL PRODUCTOR IMG	
#de Productor:	
Nombre:	
Dirección:	
Ciudad:	Estado: Posta Código:
Teléfono:	
Correo Electrónico:	

6 SUBSCRIPCIÓN:
<p>Yo (nosotros) por la presente solicito y suscribo a Global Medical Services Group Insurance Trust, vinculado a MutualWealth Management Group, Carmel, IN, o su sucesor, para el Student Health Advantage 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 representante autorizado y administrador del plan, International Medical Group, Inc. (IMG), de la Compañía. Yo (nosotros) comprendo y acepto: (i) el seguro solicitado no es un seguro médico general, sino que está diseñado para mi (nuestro) uso como cobertura de viaje en caso de una enfermedad o lesión súbita e inesperada para los que la cobertura elegible puede estar disponible, (ii) yo (nosotros) debo pagar por anticipado las primas por la totalidad del periodo de cobertura y ninguna cobertura entrará en vigencia hasta que esta Solicitud sea aceptada por escrito por la Compañía, (iii) 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 (iv) mediante la presentación de esta solicitud y/o cualquier reclamación futura para los beneficios que yo (nosotros) intencionalmente inicie y aproveche el privilegio de realizar operaciones comerciales con la Compañía en Indiana, a través de 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/los solicitante(s) por la presente otorga(n) su consentimiento. Yo (nosotros) acepto y acuerdo que la ley de líneas excedentes o extraterritoriales de Indiana regirá todos los derechos y reclamaciones planteados en virtud del Certificado de Seguro.</p> <p>RECONOCIMIENTO YO (NOSOTROS) COMPRENDO Y ACEPTO QUE: Reconocimiento Yo (nosotros) comprendo y acepto que: (i) el productor/agente/broker que solicita, está asignado a, o asiste con esta Solicitud es el representante de el/los solicitante(s), (ii) este seguro no proporciona beneficios por lesión, enfermedad o trastorno, condición y afección física, médica, mental o nerviosa distinta 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 manifestada, sintomática o conocida, diagnosticada, tratada o revelada a la Compañía previo a la fecha de entrada en vigencia, e incluyendo alguna o todas las complicaciones o consecuencias subsecuentes, crónicas o recurrentes relativas al mismo o que resulten o emanen de la misma (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/los solicitante(s), 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. Autorización para la Divulgación de la Información Yo (nosotros) autorizo a 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 persona que ha provisto atención, asesoría, diagnóstico, pago, tratamiento o servicios a mí o en mi nombre, tiene registro o conocimiento alguno sobre mi salud, tiene información alguna disponible sobre el diagnóstico, pago, tratamiento y pronóstico relativo a mi condición física o mental y/o tratamiento, y toda información no-médica sobre mí, a divulgar la totalidad de mi expediente médico, archivo, historial, medicamentos y toda otra información acerca de mí y a proveer cualquiera y toda esa información a mi agente de registro y a los representantes autorizados de la Compañía, IMG y sus afiliados y subsidiarias. 4. Certificación Yo (nosotros) por la presente certifico, declaro y garantizo que: (i) yo (nosotros) he leído las declaraciones precedentes y todo material de marketing y el contrato de seguro de muestra que me fueron dispuestos a solicitud y previo a la solicitud o que me (nos) han sido leídas y yo (nosotros) los comprendo, (ii) yo soy (nosotros somos) elegible para participar en el programa de seguro solicitado como un viajero para quien la cobertura de atención médica nacional de Estados Unidos no está disponible, (iii) yo me encuentro (nosotros nos encontramos) actualmente en buena salud y no he sido diagnosticado con, buscado consulta por o sido tratado para, y no he sufrido la manifestación o los síntomas de y no sufro de condición médica preexistente o distinta alguna para la cual yo (nosotros) preveo podría requerir tratamiento durante este seguro o para la cual yo (nosotros) tenga la intención de presentar una reclamación en virtud de este seguro. En caso de firmar como el representante legal del solicitante, el firmante garantiza su autoridad y facultad para así actuar y obligar al solicitante. Al aceptar la cobertura y/o presentar reclamación alguna por los beneficios, el solicitante ratifica la autoridad del firmante para así actuar y obligar al solicitante.</p> <p>Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA) Yo comprendo y acepto que: (i) este seguro no está sujeto a y no provee los beneficios requeridos por PPACA, (ii) a partir del 1 de enero de 2014, PPACA exige que los ciudadanos de EE.UU., nacionales de EE.UU. y extranjeros residentes obtengan una cobertura de seguro compatible con PPACA, a menos que estén exentos de PPACA (los estudiantes internacionales de las categorías de visa F, J, M y O 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) se 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 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 PPACA. Tenga en cuenta que usted es el único responsable de determinar si PPACA 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. 6. Certificación Yo (nosotros) por la presente certifico, declaro y garantizo que he (hemos) leído o me (nos) han sido leídas todas las declaraciones de esta solicitud. Yo (nosotros) declaro 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. Yo (nosotros) comprendo y acepto 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 se reciba y acepte esta solicitud completa. Yo (nosotros) comprendo que en caso de devolución de la prima sin pago, por cualquier motivo, la cobertura quedará anulada y sin efecto. Yo (nosotros) reconozco y comprendo que en caso de no estar enteramente satisfecho tras recibir el contrato del 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. Deseo (deseamos) recibir información y comunicarme (comunicar-nos) de manera electrónica y prefiero (preferimos) emplear mi (nuestro) correo electrónico en vez de correo normal. Acuerdo (acordamos) que IMG puede proveerme (proveernos) toda comunicación en formato electrónico y que IMG no está obligado a enviar comunicaciones en papel, excepto hasta que yo (nosotros) retire este consentimiento. También acuerdo (acordamos) que es mi (nuestra) responsabilidad proporcionar a IMG una dirección de correo electrónico, contacto y otra información relativa a mi (nuestra) cobertura de manera verdadera, precisa y completa y a mantener y actualizar sin demora todo cambio a esta información.</p>
Firma del Solicitante Primario o Representante Legal (Requerido) X
Fecha: ___/___/___ (día/mes/año)
Teléfono:

7 MÉTODO DE PAGO:		
<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> Discover <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> JBC <input type="checkbox"/> Transferencia <input type="checkbox"/> Cheque (a IMG) <input type="checkbox"/> Giro postal (a IMG) <input type="checkbox"/> eCheck (ACH) (disponible a pedido)		
<p>Al entregar la información de mi cuenta, deseo 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 solicitante declara y garantiza que tiene la tarjeta o la autorización del titular de la cuenta para usar la cuenta y, de no ser así, se hará completamente responsable del pago y de todos los cargos derivados. Al enviar la solicitud firmada, acepto abonar con mi tarjeta de crédito o cuenta aplicable el monto de la prima pagadero y he leído todos los términos, condiciones y otras cuentas derivadas de esta solicitud.</p>		
#Número de Tarjeta	Expiration Date: ___/___/___ (día/mes/año)	Nombre del Titular de la Tarjeta:
Firma autorizada: (obligatorio)	Teléfono y Correo Electrónico del Titular de la Tarjeta	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:		

Student Health AdvantageSM Solicitud de Grupo

(PARA GRUPOS DE CINCO O MÁS)



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, 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 del grupo, si es diferente de la del grupo (día/mes/año)	Tarifa mensual	Tarifa diaria	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. Adjunte hojas adicionales, de ser necesario							Subtotal: A	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) \times # Cantidad de meses = Total A

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

Para pagar mensualmente (calcule su prima total en la sección 4 de la aplicación)

Total Prima \div Número de meses = \times Tasa de facturación \times 1.04 = \$ Pago periódico (Mínimo inicial pago requerido)

3 SELECCIONE EL PLAN DE COBERTURA Y LAS OPCIONES DEL PLAN:
(Verifique un plan y una opción de límite máximo)

Seleccione el área de cobertura y la opción del plan:

<input type="checkbox"/> No EE.UU. los ciudadanos - Cobertura mundial, excepto el país de residencia	<input type="checkbox"/> Standard
<input type="checkbox"/> Ciudadanos EE.UU. - Worldwide coverage except U.S.	<input type="checkbox"/> Platinum

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

4 PLAN PRIMA:

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 = (C) Prima básica = _____

OPCIONES DE COBERTURA ADICIONALES

Anexo sobre deportes aventura
(ingrese .20, de resultar aplicable) _____

(D) Factor(es) total(es) del Anexo = _____

MONTO TOTAL PAGADERO

Ingrese el monto desde (C) _____

Ingrese el monto desde (D) \times 1. _____

a la derecha de 1. = _____

\$20 correo urgente opcional + _____

CANTIDAD TOTAL DEBIDO = _____

EL FORMULARIO DE SOLICITUD CONTINÚA AL DORSO

5 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"/> Opción de correo postal: <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 (Determinará el impuesto estatal a los seguros y no incidirá en la cobertura)			
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:			

6 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.

Subscripción: La Organización Patrocinadora (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 la Solicitud a Global Medical Services Group Insurance Trust, c/o MutualWealth Management Group, Carmel, IN, o su sucesor, para el Student Health Advantage 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 administrador del plan de, International Medical Group, Inc. (IMG) de la Compañía. El Patrocinador en nombre propio y de los participantes comprende y acepta: (i) el seguro solli-citado 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 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 subsuentes, 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 pre-existentes 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 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 o 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, 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 ha informado a todos los participantes que ellos, y todo cónyuge o dependiente acompañante, también podrían estar sujetos a los requisitos de la Ley de Cuidado de Salud Asequible. El Patrocinador a nombre propio y de los participantes comprende y acepta que: (i) este seguro no está sujeto a y no provee los beneficios requeridos por PPACA, (ii) a partir del 1 de enero de 2014, PPACA exige que los ciudadanos de EE.UU., nacionales de EE.UU., y extranjeros residentes obtengan una cobertura de seguro compatible con PPACA, a menos que estén exentos de PPACA, y que sanciones podrán ser impuestas a las personas que están obligadas a conservar una cobertura compatible con PPACA pero no lo hacen, (iii) mi elegibilidad para comprar, extender o renovar este producto, o sus términos y condiciones, se podrá modificar o enmendar con base en los cambios a la ley aplicable, incluso PPACA, y (iv) comprendo que soy exclusivamente responsable de determinar si PPACA me es aplicable, y la Compañía e IMG no tendrán responsabilidad alguna, incluyendo por las sanciones en las que el asegurado pueda incurrir, en caso de no obtener la cobertura exigida o compatible. El Patrocinador por la presente dispone que el seguro sea ofrecido a los participantes, los participantes han autorizado esta acción por escrito de manera voluntaria y también se concedió a los participantes la oportunidad de adoptar otras medidas para obtener seguro. Estas autorizaciones permanecen archivadas por el Patrocinador y serán puestas a disposición de la Compañía a petición. 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 responsabilidad 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 X	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

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 y A- por Standard & Poor's (al momento de la impresión).

Esta invitación a realizar consultas les da a los solicitantes elegibles la oportunidad de solicitar información acerca del seguro que se ofrece y es solo una breve descripción de todos los daños por los cuales podrían abonársele beneficios. Los beneficios se ofrecen del modo descrito en el contrato de seguro. Los beneficios están sujetos a deducibles, coseguro, disposiciones, términos, condiciones, limitaciones y exclusiones en el contrato de seguro. El contrato contiene una exclusión de afecciones preexistentes y no cubre daños o gastos relacionados con afecciones preexistentes.

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.





STUDENT HEALTH ADVANTAGESM



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

Web site:
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.

