

Global Medical Insurance由Sirius International Insurance Corporation (publ) (简称“公司”)承保。它由国际医疗集团公司International Medical Group®, Inc. (简称“IMG®”)作为代理人并代表公司, 发售、管理和经营。

重要信息

Global Medical Insurance提供两种选项: 全球承保, 或者不包括美国、加拿大、中国、香港、日本、澳门、新加坡和台湾的全球承保。两种选项都提供每天24小时承保, 并且您可以自由选择任何医生或医院进行治疗。请注意风险, 并且该计划下的保险对象, 并不打算或考虑通过公司或IMG成为居民、定居或要留在美国某个州, 以及特别资格需求的申请。

有关保护患者与平价医疗法案 (PPACA) 的重要事项

Global Medical Insurance不受PPACA制约, 也不提供其要求的福利。2014年1月1日, PPACA要求美国公民和某些美国居民购买PPACA兼容的保险, 除非他们得到PPACA的豁免。那些被要求购买PPACA兼容保险的美国公民和美国居民, 如果没有按要求做, 则可能受到税务处罚。购买、延期或续保本产品的资格, 或其条款及条件, 可能会因适用法律 (包括PPACA) 的改变, 而被修改或修订。

请注意, 决定PPACA是否对您适用, 这完全是您个人的责任。关于PPACA是否适合您或者您是否有资格购买Global Medical Insurance的更多信息, 请参阅IMG的常见问题回答 (FAQ): www.imglobal.com/client-resources/PPACA-FAQ.aspx。

本保险也不涉及1996年《健康保险流通与责任法案》要求的某些流通性、可用性、可持续性或其它要求。在购买保险之前请仔细阅读并审核所有资格要求、承保条件和原有疾病免责。可按要求提供营销手册和包括完整承保条款的证书样本。具体信息请联系IMG或您的独立保险代理人/经纪人。

申请书的填写说明

【未能提供清晰完整的信息, 可能会延误您的申请处理。】

1. 在第1节中, 请用正楷填写或键入您的姓名和所有申请保险的其他家庭成员姓名, 如果您希望他们出现在您的识别卡上。同样, 也请提供您居住的完整地址, 以及任何邮件转发地址。
2. 所有申请必须认真填写完整、签名并注明日期。本申请必须由申请人、监护人或者代理人签名。监护人必须有合法授权可以代表申请人, 特别是未成年入签名。监护人应该包括一位家长。任何年龄未满十六 (16) 岁的申请人, 必须有一位监护人的签名。代理人是申请者授权代表他们行事的人。
作为监护人或代理人在申请表上签字, 签字者须保证其有权限和能力代表申请者。通过验收承保项目和/或提交任何赔付的索赔, 申请者授权的监护人或代理人签字并有权代表申请者。
3. 如果第2节的任何问题回答“是”, 则您必须指定适用“是”回答的家庭成员, 包括姓名、地址和主治医生的电话号码、诊断、所有治疗日期、治疗类型、预后和目前正在进行治疗。(请使用第3节提供的空白, 加上标题“医疗信息”来提供这些信息。如果必要, 请附加额外的纸张)。
4. **美国公民** - 资格: 美国公民从生效日期 (或续保日期) 开始, 必须居住在美国境外, 并且计划在接下来的十二个月中至少六个月居住在美国境外。本保险的生效日期将是最后的一个: a) 申请表中要求的生效日期; 或b) 被保人离开美国的日期; 或者c) IMG接受该申请表并发出保险凭证的日期。

非美国公民 - 资格: 非美国公民必须: a) 申请 (或续保) 时居住在美国境外; 或者b) 计划在接下来的十二个月中至少六个月居住在美国境外并且在生效日期 (或续保日期) 之后三十天内离开美国; 或者c) 如果申请 (或续保) 时定居在美国, 并且没有计划离开美国, 则应提供给IMG一份资格书面证词。您的保险代理人/经纪人在这方面可以协助您。每份续保都要求一份新的资格书面证词。关于您是否有资格购买全球医疗保险 (Global Medical Insurance) 的更多信息, 请参阅IMG的常见问题回答 (FAQ): www.imglobal.com/client-resources/PPACA-FAQ.aspx。

5. 年度保费可以通过支票、汇票、电汇或电子支票 (可在线操作) 付款; 或者通过Visa、MasterCard、American Express、Discover或者JCB信用卡。除了Global Group, IMG将不接受支票、汇票或电汇支付按半年、按季度或按月度的付款方式。这些备选的付款方式, 只接受在您未来保费分期付款的到期日, 可从您的信用卡扣款支付的预授权, 这将导致总支付分别为年度保费的110%、112%和120%。您获批准后, 如果需要将保险凭证快递邮寄给您, 则需额外支付\$25的费用。

为方便客户, 本手册已翻译成中文。当该手册的中、英文版本发生冲突时, 以英文版本为准。

本手册仅包括当前Global Medical Insurance® [插入产品名称] 的福利、条件、限制和免责项目的摘要说明。含有全部条款、条件和免责项目的完整证书样本将包括在资料包中, 可按需索取。

第1节。 请填写申请保险的所有家庭成员

| 姓名 请在下面以正楷填写您的姓名 | 身高 | 体重 | 生日 月/日/年 | 国籍 | 政府颁发的身份证 号码 |
|---|----|----|-------------|----|----------------|
| A. 申请者 (姓, 名, 中间名) <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | | | | |
| B. 配偶 (姓, 名, 中间名) <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | | | | |
| C. 第一个孩子 (不满19岁 - 姓, 名, 中间名) <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | | | | |
| D. 第二个孩子 (不满19岁 - 姓, 名, 中间名) <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | | | | |
| E. 第三个孩子 (不满19岁 - 姓, 名, 中间名) <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | | | | |

| 居住地址 | |
|--|--|
| 街道地址 | |
| 城市 | 州, 国家, 邮政编码 |
| 电话 | 传真 |
| 电子邮箱 | |
| 您是否计划在未来十二个月内至少6个月居住在美国境外? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如果您是美国公民并且回答“否”, 您就没有资格购买本保险。如果非美国公民, 并且回答“否”, 那么您必须填写一份资格宣誓书。) | |
| 美国公民/非美国公民 | |
| 你离开 (或将要离开) 美国的日期 (月/日/年): | |
| 非美国公民 | |
| 非美国公民, 您或者任何其他申请者是否持有绿卡或美国签证? 如果是, 请填写以下内容: a. 签证类型 _____ b. 发放日期 _____ c. 到期日期 _____ d. 到达美国的日期 _____ | 绿卡 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 美国签证 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 邮件转发地址 (如果和上面的不同) | |
| 街道地址 | |
| 城市 | 州, 国家, 邮政编码 |
| 电话 | 传真 |
| 电子邮箱如果否, | |
| 如果上面有一个地址在佛罗里达州, 申请者现在是否定居在佛罗里达州? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (用于确定保费税, 不影响保险范围) | |

第2节。 请为申请人和申请保险的每位家庭成员回答所有问题

| | 如果是，请按照第1节填上家庭成员对应的代号 | |
|---|---|--|
| 1. 您或任何其他申请人，目前是否伤残或无法执行任何日常活动？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 2. 您或者任何其他申请人，是否现在住院治疗、或者计划或者需要或被告知应该住院治疗或手术？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 3. 对艾滋病（AIDS）、艾滋相关综合症（ARC）、淋巴结综合症、人类免疫缺陷病毒（HIV）或者其它任何免疫系统疾病，您或任何其他申请者，是否曾经检测呈阳性、被诊断过、或者接受过治疗？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 4. 您或任何其他申请人，是否曾经有过、被推荐过、或者目前正在等候任何器官移植（除角膜外）的名单上？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 5. 您是否参加专业运动？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 上述五个问题中，如果有一个回答为“是”，他或者她就不符合本保险要求。感谢您的关注。 | | |
| 6. 在过去的五（5）年中，您或任何其他申请人，是否曾被诊断或者治疗过任何类型的癌症或癌症前期疾病？如果是，请在第3节解释。 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 7. 您或任何其他申请人，目前是否有人怀孕？如果是，请提供预产期：_____ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |

问题 8-29，下面的问题，申请人和本申请所包括的每一位家庭成员都必须回答。如果对于任何问题回答“是”，请标识出是哪一位成员（使用第1节家庭成员对应的代号），并在本申请表中第3节提供的空白区域写明医疗状况的完整信息，包括所有主治医生的姓名、地址和电话号码，诊断和治疗的日期、治疗类型、预后和目前的治疗进展。IMG和公司有要求额外医疗信息的权利。

您或任何其他申请本保险的家庭成员，是否曾经有过患病表现或症状，忍受疾病、寻求咨询、检查、测试或者治疗过、诊断出过任何患病、不适、疾病、医疗问题、障碍、病痛或其它由以下因素产生、涉及或与之相关的问题：

| | | |
|---|---|--|
| 8. 心脏、心脏病、心血管和/或者循环系统，包括但不限于：充血性心脏衰竭、心脏发作、心绞痛、胸痛、动脉硬化、动脉粥样硬化、血压升高、高血压、浮肿英尺/脚踝，血栓，静脉炎，风湿热，或心脏杂音？如果是，除了第3节，请填写以下内容： a) 最近量血压的日期？_____ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 b) 最近的血压：_____AS/_____DS c) 服用的药物（种类和用量）_____ | | |
| 9. 血液、血管、脾、动脉、静脉或血液的疾病，包括但不限于：贫血、血友病、白血病、肝炎、淋巴腺，或高胆固醇？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 10. 糖尿病、高血糖或低血糖？如果是糖尿病，除了第3节，请填写以下的内容： a) 糖尿病类型：I _____ or II _____ b) 确诊日期：_____ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 c) 只通过饮食控制？是 _____ 否 _____ d) 药物治疗（类型和用量）_____ e) 最近一次糖化血红蛋白检测日期？_____ f) 糖化血红蛋白的检测结果（1 - 10）_____ | | |
| 11. 哮喘或者过敏？如果是，除了在第3节提供说明外，请指出是哪一个并填写以下内容： a) 确诊日期：_____ b) 是否已被要求过住院或急诊治疗？ 如果是，请描述并列日期：_____ c) 请列出已知触发因素：_____ d) 药物治疗（类型和用量）_____ e) 发作频率：_____ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | |
| 12. 癌症、肿瘤、囊肿、息肉、黑色素瘤、卡波西氏肉瘤、细胞疾病、带状疱疹、肿块、钙化，或任何形式的增生？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 13. 肝脏、胰腺、胆囊或内分泌紊乱，包括但不限于：垂体、甲状腺或代谢紊乱、或肥胖？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 14. 肾、尿道功能、肾或膀胱结石或感染？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 15. 呼吸系统，包括但不限于：结核、肺疾病、肺气肿、慢性咳嗽、支气管炎、支气管哮喘、胸膜炎、肺炎？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 16. 心理、情感和/或神经系统疾病，包括但不限于：精神病、精神或行为障碍、ADD或ADHD，化学或药物滥用或依赖、酒精中毒、心理辅导和/或支持团体、抑郁、焦虑、慢性疲劳，或进食或睡眠障碍？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |

第2节 (继续)

| | 如果是, 请按照第1节填上家庭成员对应的代号 | |
|--|---|--|
| 17. 神经系统紊乱, 包括但不限于: 多发性硬化 (MS)、肌营养不良、卢伽雷氏病 (ALS)、帕金森氏病、麻痹、癫痫、惊厥、癫痫发作、偏头痛、慢性头痛, 中风或暂时性脑缺血发作? | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 18. 肌肉, 骨骼, 脊椎, 骨, 或关节, 包括但不限于: 脊柱侧弯, 椎间盘疾病或病症, 椎骨, 变性, 或任何其他背部或颈部问题, 风湿病, 关节炎, 痛风, 肌腱炎, 骨质疏松症或炎症? | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 19. 对于女性申请者, 流产、妊娠并发症或分娩, 或不育咨询, 建议, 以及/或者生殖系统或经期的疾病, 包括但不限于: 阴道出血, 子宫肌瘤, 结节或乳腺囊肿, 输卵管, 卵巢或子宫, 和激素替代疗法? | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 20. 对于男性申请者, 生殖系统紊乱, 包括但不限于: 前列腺或升高的PSA水平, 或勃起功能障碍疾病? | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 21. 先天性、遗传性、遗传或其他先天疾病或缺陷, 包括但不限于: 智力发育迟缓、唐氏综合症或其他染色体异常、物理障碍、畸形或缺陷? | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 22. 消化系统、胃、结肠、直肠或肠内, 包括但不限于: 食管返流、胃炎、溃疡、克罗恩病和/或憩室炎? | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 23. 眼睛、耳朵、鼻子、嘴、喉咙和下巴, 包括但不限于: 白内障、青光眼、鼻中隔偏曲、慢性鼻窦炎、或颞下颌关节? | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 24. 您或申请保险的任何家庭成员, 是否目前使用或在过去五年中以任何形式使用烟草? | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 25. 任何其它疾病、医疗问题、生病、受伤或以上未列出的任何种类的疾病? | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 26. 在过去的十二 (12) 个月中, 您或任何申请保险的家庭成员, 是否曾经患过疾病或有症状、曾被诊断、检查或治疗 (包括药物治疗), 任何医疗、健康、心理、身体或神经疾病? 如果是, 请在第3节解释。 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 27. 您或任何申请保险的家庭成员, 是否曾经通过IMG申请或购买过保险? (如果是, 请提供保险凭证号码, 如果有的话, 请再提供详细资料) | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 28. 您或任何申请保险的家庭成员, 是否曾经被拒绝、取消、增加保费或根据任何健康、生命或伤残保险政策而拒绝承保? 如果是, 请在第3节解释 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 29. 在过去的十二 (12) 个月中, 您或任何申请保险的家庭成员, 已经被任何健康或医疗保险计划承保, 包括政府资助的医疗保健计划? 如果是, 请说明保险公司的名称和位置、保单/承保号, 以及承保的适用日期。 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |

第2A节。 请列出在过去十二个月中, 申请人及每位家庭成员所用过的所有处方药和非处方药以及任何治疗, (使用第1节对应的代号)。如有必要请另加页。

| 家庭成员 (使用第1节对应的代号) | 药物和剂量 | 情况 | 治疗日期 |
|-------------------|-------|----|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 家庭成员 (使用第1节对应的代号) | 手术 | | 治疗日期 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

家庭医生的详细信息 - 以下信息必须填写

| | |
|---------|----------|
| 医生的姓名: | 电话: |
| 地址: | |
| 国家: | 邮政/邮递编号: |
| 最后看病日期: | 原因: |

第3节。 医疗信息/之前的保险

对于第2节的任何问题如果回答“是”，请指出是哪一位家庭成员适用此回答（使用第1节对应的代号），并提供关于其医疗状况的完整的详细资料，包括所有参与、诊断的主治医生（们）、医院、诊所和其它所有医疗服务提供者的名称、地址和电话号码，所有治疗日期、治疗类型、预后和目前的治疗进程。**如有必要请另加页。**IMG和公司保留在接受申请之前要求额外医疗信息的权利。

| 家庭成员（使用第1节对应的代号） | 条件/诊断、预后，过去和目前的治疗进程 | 主治医生/医院/诊所/医疗服务提供者名称、地址和电话号码 | 治疗日期 |
|------------------|---------------------|------------------------------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

如果任何申请保险的家庭成员曾经被拒绝、取消、增加保费或根据任何健康、生命或伤残保险政策而拒绝承保（参见问题28），请在下面解释。

申购 我（们）特此向MutualWealth Management Group, Carmel, IN, 转呈Global Medical Services Group Insurance Trust或者他们的继任者，申请 Global Medical Insurance®，本计划在收到此文件之日，由本公司提供。我（们）了解并同意：(i) 在本公司书面接纳该申请之后，保单才能生效，(ii) 不能修改或放弃本申请、或者受本公司或IMG约束的保单，除非本公司或IMG的高级官员书面批准，(iii) IMG和本公司将依赖此处资料提供的准确性和完整性，(iv) 此处包含的任何虚假陈述或遗漏将导致保险凭证无效，以及任何及所有据此得到的索赔和利益将被没收和放弃，(v) 通过提交该申请和/或任何未来的赔付索赔，我（们）我们决定接受并利用本公司在印第安纳州开展业务的优势，通过IMG作为其管理的普通核保人和计划管理人，实施给付和法律保护，(vi)通过主保单所代表的保险合同、保险凭证的凭证将视为由印第安纳州印第安纳波利斯印制及发行，有关本保险的任何法庭诉讼或行政诉讼的唯一和专属管辖权和地点，都将在印第安纳州马里恩县，申请人（们）特此同意。我（们）同意并赞成印第安纳州溢额保险法将根据发给我（们）的保险凭证规范所有权利和索赔。并且任何有争议的审判应当由法院作为实情调查者，不设陪审团。

确认 我（们）了解并同意：
 (A)(i) 营销手册和保险凭证在申请前可根据要求提供，
 (ii) 保险代理、经纪、网站、或其它保险业务员，如果参与招揽此申请保险的生意的，仅作为我的合法代理人 and 代表，并且代表我个人的利益，而这些人没有权力代表或替公司说话，不作为公司或IMG的法律代理人或代表，
 (iii) 对于有合理的医疗鉴定、在申请时或保险生效日之前任意时间已经存在的任何患病、受伤、不适、疾病，或其它物理、医疗、心理或精神疾病、障碍或疾病，包括任何后遗症、慢性或反复发生的并发症、与之相关或者由其产生、无论在生效日期之前是否已有表现或已知、已诊断、已治疗或已披露的疾病（称为“原有疾病”），根据某种计划选项，从生效日开始的两年内将不提供承保，在此之后将提供每人终身最高限额\$50,000，承保期内每人每年最高限额\$5,000，
 (iv) 在本申请表中未透露的任何原有疾病/诊断/病患，将不受本保单或续保的承保。
 (v) 涉及到保险申请的目的，申请人、公司或者IMG没有意图或考虑成为居民、定居或明确表示留在美国某个州，
 (vi) 本公司，作为该计划的营运商和核保人，根据保险合同的规定，对承保项目和赔付承担全部责任，并且IMG仅为本公司的代理人，在主保单或任何保险凭证方面，没有直接或独立的责任。
 (B) 本保险与PPACA无关，且不提供PPACA要求的相关福利。2014年1月1日，PPACA要求美国公民和某些美国居民购买PPACA兼容的保险，除非他们得到了PPACA的豁免。那些被要求购买PPACA兼容保险的美国公民和美国居民，如果没有购买，则可能被依法予以处罚。购买、延期或续保本产品的资格，或其条款及条件，将根据适用的法律（包括PPACA）而改变，可能被修改或修订。

请注意，判定PPACA是否适合自己，这完全是被保人自己的责任。对于任何人是否能够成功获得或保持与PPACA兼容的保险承保，公司和IMG均不承担责任。关于PPACA是否适合您，以及您是否有资格购买全球医疗保险（Global Medical Insurance）的更多信息，请参阅IMG的常见问题回答（FAQ）：www.imglobal.com/client-resources/PPACA-FAQ.aspx。

证明 我（们）在此证明、声明并向IMG和公司保证：
 (i)我（们）已经阅读过申请表中所包含的问题，或者他们已经读给我（们）听，我（们）已经了解，
 (ii) 我（们）在此申请日期，对所有问题的回答是真实、准确和完整的，并且在生效日期之前，我们将对任何的改变或添加进行补充回答，
 (iii) 除了本文公开的情况及其他信息以外，我（们）当前身体状况良好，我（们）未被确诊过、寻求咨询过或治疗过，无患病表现或症状、也未忍受过任何原有疾病的病痛，没有其它我（们）预料在将来需要治疗的疾病，或者我（们）打算在此保险中索赔的疾病。
 (iv)如果作为监护人或申请人的代理签名，签名者须保证其有权力和能力代表申请者。申请者认可签字者有权代表申请者接受承保项目和/或提交任何赔付的索赔。

医疗授权书 我（们）在此授权任何医生、行医从业者、医院、诊所、健康相关机构、药房、政府机构、保险代理机构、保险公司、团体投保人、员工或保险计划管理者等所拥有我（们）的保健、咨询、治疗、诊断或任何身体或精神疾病预后的信息，或者经济和就业状态，可以向IMG和/或本公司和参与购买此保险的保险业务员/经纪人提供此类信息。

满意保证/重审期 自生效日起，我（们）明白有15日可审阅此保险凭证及所有的福利、条款、条件、限制和承保的免责项目。如果不完全满意，我（们）可以通过书面要求取消此保险，而且取消日期可追溯到生效日并领取保费的全额退款。

| | |
|--|------------------|
| 申请人、监护人或代理人*签名 （如果作为监护人或代理人，请填写与申请人的关系） | 日期（月/日/年） |
| 配偶签名 | 日期（月/日/年） |

*对于任何不满十六（16）岁的申请人，必须有监护人的签名。请参阅“填写申请表指导”，第1页，第2点，关于监护人或代理人的签名。

GLOBAL TERM LIFE INSURANCESM
GLOBAL DAILY INDEMNITYSM

International Medical Insurance Company(IMICSM)承保的公司。作为IMIC的代理,由International Medical Group*, Inc. (“IMG*”)公司发售、管理、监管。Global Term Life Insurance和Global Daily Indemnity仅在您申请时可用,他们由Global Medical Insurance*收购。

第4节。
请为指出申请这些可选计划的每位家庭成员的姓名

| 姓名 | TERM LIFE 第1单元 | TERM LIFE 第2单元 | INDEMNITY 第1单元 | INDEMNITY 第2单元 |
|----------|---|---|---|---|
| A. 申请者 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| B. 配偶 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| C. 第一个孩子 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 不适用 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| D. 第二个孩子 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| E. 第三个孩子 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |

| 对于每个申请人寿保险的个人, 请指出: | | | 身故赔付的百分比% |
|---------------------|----|--|-----------|
| 申请人 A | | | |
| 主要受益人 姓名 | 关系 | | % |
| 第二受益人 姓名 | 关系 | | |
| 申请人 B | | | |
| 主要受益人 姓名 | 关系 | | % |
| 第二受益人 姓名 | 关系 | | |
| 申请人 C | | | |
| 主要受益人 姓名 | 关系 | | % |
| 第二受益人 姓名 | 关系 | | |
| 申请人 D | | | |
| 主要受益人 姓名 | 关系 | | % |
| 第二受益人 姓名 | 关系 | | |
| 申请人 E | | | |
| 主要受益人 姓名 | 关系 | | % |
| 第二受益人 姓名 | 关系 | | |

如果是美国公民, 我(们)明白Global Term Life Insurance的承保在我(们)离开美国之前不会生效。

x _____ (这里填写首字母) x _____ (这里填写首字母) x _____ (这里填写首字母)
 申请人 配偶 受保子女

如果接受Global Medical Insurance计划, 我(们)明白, 我们可能有资格申请International Medical Insurance Company承保的Global Term Life Insurance以及/或者Global Daily Indemnity保险。如上所述, 我(们)特此向Global Life Insurance Services Group Insurance Trust、Bank of Bermuda、Hamilton、Bermuda申请Global Term Life Insurance以及/或者Global Daily Indemnity。我(们)特此将从上面申请的Global Medical Insurance纳入本协议的证明、代表、理解、同意、确认、授权和担保, 了解并同意这些条款、条件、限制和处罚也将同样适用本协议。

我(们)还申请了可选的Global Daily Indemnity计划, 我(们)明白, 在我(们)的Global Medical Insurance计划下承保的只有留宿住院资格, 不包括妊娠。我(们)明白:
 (i) 需付额外的保费给Global Daily Indemnity,
 (ii) 在IMG不接受我们申请的情况下, 唯一的义务就是将保费退还给我(们),
 (iii) 身故赔付将取决于我(们)身故时的年龄,
 (iv) Global Term Life Insurance和Global Daily Indemnity的主保单, 由Bermuda发行, 并受其法律约束。

| | | | |
|-----------------------|------------------|-------------|------------------|
| 申请人、监护人或代理人*签名 | 日期(月/日/年) | 配偶签名 | 日期(月/日/年) |
|-----------------------|------------------|-------------|------------------|

第5节。

自付额选择和保费计算。注意：

计划选项、自付额选项、付款方式、和承保范围，所有家庭成员都必须一样。



选择一个计划选项 Silver Gold Gold Plus Platinum
 选择一种自付额: \$100 (仅适用于Platinum计划) \$250 \$500 \$1,000 \$2,500 \$5,000 \$10,000
 选择一种付款方式 年度 = 1.00 半年度 = 0.55 季度 = 0.28 月度 = .10
 选择一种承保范围: 全球承保 不包括美国、加拿大、中国、香港、日本、澳门、新加坡和台湾的全球承保

保费计算 (没有缴付保费的申请将不会获准)

年度保费可以由支票、汇票、电汇或电子支票支付(可在线操作); 或者通过Visa、MasterCard、American Express、Discover 或者JCB信用卡支付。除了Global Group, 对于按半年、季度和月度支付的方式, IMG将不接受支票、汇票或电汇。这些备选的付款方式, 只接受在您未来保费分期付款的到期日, 可从您的信用卡扣款支付的预授权。您获批准后, 如果需要将保险凭证快递邮寄给您, 需额外支付\$25的费用。

为每一位家庭成员录入年度Global Medical Insurance保费, 与他们的年龄、性别和自付额。

主申请人 \$ _____
 配偶 \$ _____
 第一个孩子 \$ _____
 第二个孩子 \$ _____
 第三个孩子 \$ _____
 第三个孩子 \$ _____

除非本节内容填写完毕, 否则无法处理申请表。

可选赔付

恐怖袭击追加条款 -
 (仅适用于Platinum计划选项。如适用, 请勾选选项框, 并在1.1的右边录入.25) **1.**

GMI小计

Term Life第一单元 \$240 X _____ = **A \$ _____**
 成人申请的人数
 Term Life第二单元 \$180 X _____ = **B \$ _____**
 成人申请的人数
 Term Life第一单元 - 子女 \$100 X _____ = **D \$ _____**
 孩子申请的人数
 Daily Indemnity第一单元 \$100 X _____ = **E \$ _____**
 家庭成员申请的人数
 Daily Indemnity第二单元 \$100 X _____ = **F \$ _____**
 家庭成员申请的人数
 可选产科追加条款 Enter \$4,000 here **G \$ _____**
 (仅适用于Silver、Gold和Gold Plus计划选项)
 牙科与视力追加条款
 \$570 (全球承保) or \$460 (不包括部分地区的全球承保) X _____ = **H \$ _____** (仅适用于Silver、Gold和Gold Plus计划选项) 家庭成员申请的人数
 可选运动追加条款 \$250 X _____ = **I \$ _____**
 (仅适用于Gold Plus和Platinum计划选项) 家庭成员申请的人数

小计 (A+B+C+D+E+F+G +H+I) = **J \$ _____**

保费合计

\$ _____ X _____ + \$ _____ = **K**

小计J 模态系数 可选的快递邮寄*

模态系数: 年度=1.00 半年=.55 季度=.28 月度=.10
 注意: 选择半年支付选项(模态支付系数 .55) 最终合计支付为年度保费的110%, 选择季度支付选项(模态支付系数.28) 最终合计支付为年度保费的112%, 而选择月度支付选项(模态支付系数.10) 最终合计支付为年度保费的120%。

*可选\$25的快递邮寄费 - 保险凭证在批准后, 将通过快递邮寄给您。

如果您选择了快递邮寄 - 请选择您希望保险凭证快递邮寄到的地址 (如第1节所示)

居住地址 邮件转发地址
 其它(没有邮政邮箱请选此项) _____

付款方式

支票 (仅年度) 汇票 (仅年度)
 电汇 (仅年度) MasterCard Visa
 American Express Discover
 JCB
 Global Group (请填写额外的内容)
 集团名称: _____

电子支票 (ACH) 可在线操作

(信用卡支付需要授权签名)

支票和汇票应该支付给International Medical Group, Inc. (IMG)。电汇信息, 请与IMG联系。在保险申请时, 所有付款必须按美元并且由一家美国银行开出。

如果使用信用卡支付, 本人授权IMG从我的Visa/American Express/Discover/JCB 信用卡帐号扣取应缴总额。在我选择了半年、季度、或月度的模态系数时, 本人在此选择预授权信用卡支付承保年度期间(从生效日起12个月)余额的分期付款, 在此要求并授权IMG, 定期从我的信用卡扣款作为对到期保费的分期付款。授权将保持12个月有效, 除非本人提前书面提出取消, 并且IMG也收到取消通知, 因此后续的保险可能会受到影响。使用信用卡购买的保险, 应由信用卡公司确认和接受。

信用卡号 # _____
 到期日期 _____
 (不能早于最后一次保费分期付款的还款日)

授权签名 X _____

持卡人姓名 _____

白天电话号码# (_____) _____

帐单地址 _____

申请的生效日期: _____
(必须在签名后30天内。在被批准之前, 保险项目是无效的。)

第6节。更新联系信息

请指定更新时联系您的最佳方式:

- 邮件 (请提供地址) _____
- 传真 (请提供传真号码) _____
- 电子邮件 (请提供电子邮箱地址) _____

第7节。仅供保险代理/经纪人使用

| | |
|--------------|-----------|
| IMG代理人/经纪人号# | 代理人/经纪人姓名 |
| 公司名称 | |
| 地址 | |
| 城市, 州, 邮编 | 电话 |
| 传真 | 电子邮箱地址 |
| 网站 | |
| 代理人/经纪人签名 X | GA # |

请将该申请表邮寄或传真至:
International Medical Group, Inc.
P.O. Box 88509
Indianapolis, IN 46208-0509 USA

拨打直线电话 1-317-655-4500 或者
免费电话 (在美国) 1-800-628-4664
传真 1-317-655-4505
www.imglobal.com

变更地址信息或其它联系信息还请告知IMG。