

PATRIOT EXCHANGE PROGRAMSM



为参加教育或文化交流的个人和团体而设计的医疗
保险



Hello. Hola. Hallo. Hej. 您好.

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[®])。

G L O B A L
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？如果您没有准备好应对紧急医疗情况，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)。该保险提供一套完整的国际性福利套餐，每天24小时运作。请选择其中一种最适合您需求的计划选项。

Patriot Exchange ProgramSM

Patriot Exchange Program是专为符合美国签证保险要求而设计，适用于个人或五人及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保障范围，以及一个可选的附加险(Add-On Plan)，包括高中体育运动、第三方人身和财产伤害和法律援助。另外，团队可以购买按年续保的长期计划，可以灵活地定制以满足每个留学和文化交流项目的具体要求。

《美国平价医疗法案》(ACA) 如何影响我的保险？

非美国公民：持有F、J、M和Q类签证的外籍非居民、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、实习生、旅行工作项目参与者、互惠生、高中生）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、美国国民和外籍居民购买最低基本保险（符合ACA要求的保险），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福利项目。2014年1月1日起，ACA要求美国公民、美国国民和外籍居民购买符合ACA要求的保险，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、实习生、旅行工作项目参与者、互惠生、高中生）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，如果没有按要求执行，则可能受到处罚。购买或续保本产品的资格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因未持有符合ACA要求的保险导致的惩处，本公司和IMG不承担任何责任。如需关于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常见问答。

该网页上的材料仅以提供信息为目的，而不是为了向您提供法律咨询意见。您应该和您的律师联系以获得关于任何问题的法律意见。

全球援助服务

我们知道，出国旅行的原因多种多样 – 这也是我们提供多样化产品的原因。我们的全方位服务工作方法旨在提供各种国际医疗保险产品，包括为度假者、在国外短期或长期工作或生活的人员、经常在各国家之间旅行的人员以及在多个国家居住的人员提供服务。

但是，提供保险保障还不够。最重要的是服务和支持。自 1990 年以来，我们已经为全球数百万客户提供了首屈一指的服务。我们提供有全天 24 小时待命的现场急救医护人员、多语言客户服务专员，以及每年处理全球数以万计索赔案例的专属索赔管理员。在 IMG，我们时刻与您相伴，为您提供全球性心灵的平安 (Global Peace of Mind®)。

PEP 保险赔付摘要 (个人和团体)

除非规定为最高限额外，否则，符合条件的医疗费用仅限于每个保险期限的通常、合理和惯例费用

最高限额	\$5,000,000
自付额	可选每次疾病或受伤限额 \$0、\$100、\$250 或 \$500
每次疾病或受伤最高限额	可选每次疾病或受伤限额 \$50,000、\$100,000、\$250,000 或 \$500,000
共同保险	公司赔付 100%
住院病人 / 门诊病人的赔付	
住院食宿	最多报销至平均双人病房费用
重症监护	在缴纳自付额后，公司赔付 100%
理疗	在缴纳自付额后，公司赔付 100%；每天就诊一次（需要医嘱或治疗计划）
病房探视	\$1,500 最高限额。必须在重症监护病房住院。没有自付额
医生诊疗费	在缴纳自付额后，公司赔付 100%；每天就诊一次
学生健康中心	每次就医共付额 \$5。没有自付额
处方药	在缴纳自付额后，公司赔付 100% 最多配药 90 天
紧急护理诊所	\$50 共付额。没有自付额。 如果您选择 \$0 自付额，则共付额不适用
免预约诊所	\$20 共付额。没有自付额。 如果您选择 \$0 自付额，则共付额不适用
符合条件的医疗费用	在缴纳自付额后，公司赔付 100%
急诊室（需住院）	在缴纳自付额后，公司赔付 100%
急诊室（无需住院）	额外 \$250 自付额
设施间救护车运送（适用于在美国提供的服务）	公司赔付 100%。运送必须是由于病人需要住院而引起；没有自付额
牙科	因意外而在牙科服务提供商处接受非急诊治疗：保险期间内每次受伤 \$500；因健康的天然牙意外疼痛而接受治疗：保险期限限额 \$350
精神或神经/药物滥用	如果在学生健康中心发生，则不予承保 住院：最高限额 \$10,000 门诊：每天最高限额 \$50。最高限额 \$500
运送赔付（没有自付额）	
紧急医疗运送	\$50,000 最高限额
紧急团聚	\$15,000 最高限额
遗体运送回国或火葬/土葬	\$25,000 本金；没有自付额 或者 \$5,000 火葬/土葬的最高限额
政治疏散和送返	\$10,000 最高限额
附加赔付	
意外身故与伤残	\$25,000 赔付金；没有自付额
恐怖袭击事件	\$50,000 最高限额；没有自付额
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：\$5,000 最高限额；紧急医疗运送：\$25,000 最高限额
预先存在的状况	对于在生效日期前 36 个月内预先存在的状况，在保险生效后 12 个月内的费用不予赔付，在此之后，每个保险期限 \$500，最高限额 \$1,500
原居住国意外旅行保险（仅适用于非美国居民）	累计最多 14 天
可选的附加追加条款	
丢失个人财产	\$250 保险期限限额
法律援助	\$500 保险期限限额
个人责任—导致第三者受伤个人责任—损毁第三者财产	在缴纳自付额 \$100 后，每个保险期限限额 \$2,000 在缴纳自付额 \$100 后，每个保险期限限额 \$500
有限的高中和高校体育运动	在缴纳自付额后，公司赔付 100%

团体也可以购买可定制的长期计划。我们提供的任何保险、项目限额和保险费率均以美元为单位。赔付涉及到限制和免责项目。本文件仅是内容摘要，不会以任何方式取代保险凭证和项目解释文件（统称为“保险合同”）。保险合同是提供实际赔付项目的唯一依据。





PEP 个人费率

个人每月费率

保险 (不含美国)				
年龄	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000
31 天 - 24 岁	\$36	\$42	\$45	\$47
25 岁 - 49 岁	\$42	\$49	\$52	\$55
50 岁 - 64 岁	\$109	\$117	\$135	\$142

保险 (含美国)				
年龄	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000
31 天 - 24 岁	\$51	\$59	\$63	\$67
25 岁 - 49 岁	\$67	\$77	\$83	\$87
50 岁 - 64 岁	\$142	\$165	\$177	\$186

个人每日费率

保险 (不含美国)				
年龄	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000
31 天 - 24 岁	\$1.20	\$1.40	\$1.50	\$1.57
25 岁 - 49 岁	\$1.40	\$1.63	\$1.73	\$1.83
50 岁 - 64 岁	\$3.63	\$3.90	\$4.50	\$4.73

保险 (含美国)				
年龄	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000
31 天 - 24 岁	\$1.70	\$1.97	\$2.10	\$2.23
25 岁 - 49 岁	\$2.23	\$2.57	\$2.77	\$2.90
50 岁 - 64 岁	\$4.73	\$5.50	\$5.90	\$6.20

PEP 个人费率 (含附加险费用)

个人费率 - 每月

保险 (不含美国)				
年龄	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000
31 天 - 24 岁	\$38	\$44	\$47	\$49
25 岁 - 49 岁	\$44	\$51	\$55	\$58
50 岁 - 64 岁	\$114	\$123	\$142	\$149

保险 (含美国)				
年龄	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000
31 天 - 24 岁	\$54	\$62	\$66	\$70
25 岁 - 49 岁	\$70	\$81	\$87	\$91
50 岁 - 64 岁	\$149	\$173	\$186	\$195

个人费率 - 每日

保险 (不含美国)				
年龄	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000
31 天 - 24 岁	\$1.27	\$1.47	\$1.57	\$1.63
25 岁 - 49 岁	\$1.47	\$1.70	\$1.83	\$1.93
50 岁 - 64 岁	\$3.80	\$4.10	\$4.73	\$4.97

保险 (含美国)				
年龄	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000
31 天 - 24 岁	\$1.80	\$2.07	\$2.20	\$2.33
25 岁 - 49 岁	\$2.33	\$2.70	\$2.90	\$3.03
50 岁 - 64 岁	\$4.97	\$5.77	\$6.20	\$6.50

PEP 个人自付额系数

自付额	\$0	\$100	\$250	\$500
系数	1.20	1.00	0.90	0.80

定价基于整月的数量加上剩余的天数

因此, 7 月 1 日至 8 月 4 日 = 1 个月零 3 天

对于您的申请, 您将包括一个每月费率加上剩余的每日费率乘以三 (天)。

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 团体费率

个人每月费率

保险 (不含美国)				
年龄	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000
31 天 - 24 岁	\$32	\$38	\$41	\$42
25 岁 - 49 岁	\$38	\$44	\$47	\$50
50 岁 - 64 岁	\$98	\$105	\$122	\$128

个人每日费率

保险 (不含美国)				
年龄	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000
31 天 - 24 岁	\$1.07	\$1.27	\$1.37	\$1.40
25 岁 - 49 岁	\$1.27	\$1.47	\$1.57	\$1.67
50 岁 - 64 岁	\$3.27	\$3.50	\$4.07	\$4.27

保险 (含美国)

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

保险 (含美国)

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

PEP 团体费率 (含附加险费用)

个人费率 - 每月

保险 (不含美国)				
年龄	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000
31 天 - 24 岁	\$34	\$40	\$42	\$44
25 岁 - 49 岁	\$40	\$46	\$50	\$52
50 岁 - 64 岁	\$103	\$111	\$128	\$134

个人费率 - 每日

保险 (不含美国)				
年龄	\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000
31 天 - 24 岁	\$1.13	\$1.33	\$1.40	\$1.47
25 岁 - 49 岁	\$1.33	\$1.53	\$1.67	\$1.73
50 岁 - 64 岁	\$3.43	\$3.70	\$4.27	\$4.47

保险 (含美国)

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

保险 (含美国)

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

PEP 团体自付额系数

自付额	\$0	\$100	\$250	\$500
系数	1.20	1.00	0.90	0.80

定价基于整月的数量加上剩余的天数

因此, 7 月 1 日至 8 月 4 日 = 1 个月零 3 天

对于您的申请, 您将包括一个每月费率加上剩余的每日费率乘以三 (天)。

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 计划信息

保险资格:

要符合申请 Patriot Exchange Program 计划的资格, 您必须:

- » 是参与者: 为了教学、学习、研究或在短期内接受职业培训而加入教育或文化交流项目的学生、学者、实习生、教师或培训生
- » 是参与者的配偶或参与者的子女且在短期内居住在他/她的主要居住国之外。主要申请人必须持有 J、M 或 F 签证。
- » 年龄至少达到 31 天, 但不满 65 岁
- » 确实在目的国合法居住, 并打算在生效日期和续保之后至少在该国居住 30 天
- » 在初始生效日期当天未住院、未发生残障、未妊娠且未检出 HIV 阳性

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。当您填写完申请表, 请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, 将从下述最晚的日期开始受到保障:

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. 申请表中的申请生效日期

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项目的完整说明。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网站下载保险文件。

如果您不选择以电子邮件来接收保险资料包, IMG将邮寄资料包给您。这可能导致时间延误。我们建议您选择以电子邮件接收资料包, 以便立即获得您的保险信息。

获保条件:

1) 保障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计划下的保险不优先于任何其他保险。 3) 保障和赔付仅限于医疗必需的、且通常、合理、惯例的赔付赔付。 4) 费用必须是按照持证医生的指引或要求。 5) 费用必须在保险有效期内产生。

续保:

符合条件的被保人, 只要在保险到期时已经支付保费、并且被保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。

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保障下的所有65岁以下的个人、团体及其未成年子女。某些被认定为冒险体育运动的活活动可以被保障到下列最高保险额度。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活所有活列表, 追加条款样本可以按照要求提供给申请人。

年龄	最高限额
49 岁以下	\$50,000
50 - 59	\$30,000
60 - 64	\$15,000

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。



赔付涉及到限制和免责项目。本文件仅是内容摘要, 不会以任何方式取代保险凭证和项目解释文件(统称为“保险合同”)。保险合同是提供实际赔付项目的唯一依据。

PEP 索赔程序

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，而不能保证该治疗在保险范围之内，也不能确认赔付或者保证予以报销，这点非常重要。所有符合保险条件的医疗费用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、： 紧急医疗运送和返送回国：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、医疗手术或医疗运送的事先授权。

*赔付涉及到限制和免责项目。本文件仅是内容摘要，不会以任何方式取代保险凭证和项目解释文件（统称为“保险合同”）。保险合同是提供实际赔付项目的唯一依据。

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的选择，支付给被保人或直接支付给医疗服务提供者。

您必须在医疗费用发生之日起 180 天内向 IMG 提出索赔。

索赔可以在 imglobal.com/member，在线提交，或通过发送电子邮件至insurance@imglobal.com，或通过邮寄索赔申请表至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提交料包中。您也可以通过传真联系IMG：1.317.655.4505。



GLOBAL
peace of mind®



MyIMGSM

MyIMG是一项版权所有的在线服务，网址为 imglobal.com/member 它让您每天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
- » 查找并推荐医疗服务提供者/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。

AkesoCare 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的成员在评估服务需求、确保及时提供服务和控制成本方面都是专家。

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保健知识教育、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。



ACCREDITED

Health Utilization
Management

Expires 05/01/2019



Patriot Exchange ProgramSM 个人申请

请将本申请表的所有部分（正面和背面）清晰且完整地打印出来。通过邮寄、传真或电子邮件将本申请表发送至：International Medical Group, P.O.Box 88509, Indianapolis, IN 46208-0509 USA，并以英文填写。传真：+1.317.655.4505，电子邮件：insurance@imglobal.com



1 主要申请人信息:

名字:	姓氏:	中间名:
政府签发的身份证号:		性别: ☐ 男 ☐ 女
您目前是否参加了工作和旅行项目 (Work&Travel Program)? ☐ 是 ☐ 否		如为“是”，项目名称

2 履行和信息递送方式:

☐ 沟通联系信息应通过电子邮件的方式寄送至:

申请人是否为 J2 签证持有者? ☐ 是 ☐ 否 (如为“是”，申请人只有在 J1 签证持有者通过他或她的教育或文化项目参加计划投保时才有资格申请)。如为“否”，申请人持有何种类型的签证? _____

☐ 仅限邮件履行包之目的：我不介意因通过常规邮寄方式接收初始通信资料而产生的延误。我更愿意在下列地址接收承保确认函与保险合同的纸质副本:

姓名:	地址:
城市:	邮政编码:
居住国家:	国籍:

如果提供的地址在佛罗里达州，那么，申请人目前是否在佛罗里达州居住? ☐ 是 ☐ 否
(确定适用的溢额线税，不会影响保险)

☐ 我允许 IMG 处理我的个人信息。我已阅读并理解 IMG 的隐私政策 (可从 imglobal.com/legal/privacy-policy 查阅)，而且，我允许 IMG 将我的信息用于营销和会员通信

3 计划选项和附加保险选项:

选择保险区域和每次疾病/受伤最高限额。仅勾选一个计划和一个选项:

☐ 保险 (含美国)	☐ \$50,000 ☐ \$100,000 ☐ \$250,000 ☐ \$500,000
☐ 保险 (不含美国)	☐ \$50,000 ☐ \$100,000 ☐ \$250,000 ☐ \$500,000

目的地国:	申请的生效日期: ____/____/____ (月/日/年)
-------	---------------------------------

4 保费计算:

被保险人姓名: 请为更多子女另附表格式	出生 日期 (月/日/年)	每月费率	旅行保险 月数	总计	每日费率	除整月之 外的剩余 天数	总计	签证 类型
学生/ 学者	____/____/____	_____ x _____ = _____			_____ x _____ = _____			
配偶	____/____/____	_____ x _____ = _____			_____ x _____ = _____			
子女 1	____/____/____	_____ x _____ = _____			_____ x _____ = _____			
子女 2	____/____/____	_____ x _____ = _____			_____ x _____ = _____			
总计	(A)			(B)			(C)	

5 自付额选项:

请圈选一项:
通过圈选的方式选择一个自付额，然后，在第 5 (D) 部分的保费计算方框中输入适用的费率系数数额

自付额	\$0	\$100	\$250	\$500
费率系数	1.2	1.0	.90	.80

受益人:
如果申请人希望指定受益人，则可以通过 imglobal.com/member 访问受益人指定表。

仅供IMG保险业务员使用

保险代理人编号: _____
姓名: _____
地址: _____
城市、州、邮编: _____
电话: _____
电子邮件: _____

申请表
背面
接续

Patriot Exchange ProgramSM 个人申请

请将本申请表的所有部分（正面和背面）清晰且完整地打印出来。



6 计划保费:

基础计划

(B) 每月保费总计 (来自第 4 部分中的 B)	
(C) 每日保费总计 (来自第 4 部分中的 C)	
B + C =	
(D) 自付额费率系数 (参见第 5 部分)	x _____
(E) 基础保费	_____

附加保险选项

(F) 冒险体育运动追加条款 (如适用, 请输入 0.20)	_____
-----------------------------------	-------

保费总计

输入来自 (E) 的数额	_____
输入来自 (F) 的数额 在 1. 的右侧	x1. _____ = _____
可选特快专递 \$20	+ _____
应付总额	= _____

仅供IMG保险代理人使用

保险代理人编号:	
姓名:	
地址:	
城市:	州:
电话:	邮政编码:
电子邮件:	

7 认购:

1. 认购。签字人代表上述所有申请者（以下统称申请人）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”）在收到此申请表的日期承保和提供，由公司的授权代表和计划管理者International Medical Group, Inc.(IMG)负责管理。申请人理解并同意：(i) 申请的保险不是雇员福利项目、意外和健康险、普通健康保险、重大疾病险、或遵循美国法律的保险，而是为在发生可能适用于符合保险条件的突然和意外疾病或伤害时，作为被保险人的旅行保险；(ii) 申请人必须提前支付整个保险期间的保费，在申请人支付全部保费且公司以书面形式接受此申请前，任何该保险下的保障都不会生效；(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对权责的放弃都不具有约束力；(iv)公司依赖于申请表中所提供信息的准确性、真实性和完整性，表格中的任何错误信息或不完整信息都会导致保险合同失效以及一切赔付和福利项目的收回和取消；(v)通过提交此申请和/或任何未来的索赔，申请人即有目的地启动并利用通过由IMG作为承保管理者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区域和审判地将是印第安纳州马里恩县，对此申请人表示同意。申请人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.确认知晓：申请人理解并同意：(i)销售该保险或协助此申请的保险业务员/代理人/经纪人，或是被指定的保险业务员/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的，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、心理和神经紊乱的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保障之内；(iii)所申请保险的主体并不是为了，也不会被申请人、公司或IMG认为是定居、位于，或专门在任意特定的司法和裁定权辖区内履行；(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障和赔付项目，并且IMG不承担任何保险合同下的直接或独立的责任。3.授权信息披露：申请人授权任何健康计划、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、赔付计划或任何向申请人或代表申请人提供护理、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/或申请人的治疗信息，以及任何将暴露申请人的完整医疗记录、档案、病历、药物的非医疗信息和有关于申请人的任何其它信息的组织或个人，并授权上述各方将任何及全部信息交与申请人的保险代理人以及公司、IMG及其关联公司和子公司的授权代表。4.声明：申请人特此证明、声明并保证：(i)申请人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申请人听，并且申请人已理解其内容；(ii)申请人作为不可使用美国国内医疗保险的，有资格加入所申请的保险计划；(iii)申请表中所列申请者目前的健康状况良好，没有收到诊断、接受会诊或治疗，没有任何异常表现或症状，且没有任何预先存在的，或预见将在此保险期间接受治疗的已有疾病或外伤，或意图寻求接受此保险索赔的其他医疗状况。(iv)所有申请人目前没有住院、残疾，或者感染或携带人体免疫缺陷病毒（HIV）。(v)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的已有疾病或外伤行事及约束申请人的权力和能力。通过接受保险和/或提交任何索赔申请，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）申请人理解并同意：(i) 本保险不受PPACA制约，也不提供其所要求的保险福利项目；(ii)2014年1月1日，PPACA要求美国公民、美国国民和外籍居民购买符合PPACA要求的保险，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。所有其它J类签证持有者（教师、实习人员、工作和旅行项目参与者、互惠生、高中生可在过去六年中的两年内不受此强制保险限制)；(iii)被要求购买符合ACA要求的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是否对申请人适用，这完全是申请人的责任。对于申请人可能受到的任何因未持有符合PPACA要求的保险导致的惩处，本公司和IMG不承担任何责任。6.电子授权 申请人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。申请人同意IMG可以向其提供任何电子版通讯，而不需要向其寄送纸质通讯，直至申请人撤销此授权或许可。申请人明确地授权向欧盟成员国以外国家的实体传递私人信息。该授权为自愿授予，专用于管理保险保障和赔付项目，并且申请人知晓该授权表达其真实意愿。申请人知晓并理解这种信息传递是因履约、回应申请人的要求，以及为了订立和履行为了申请人的利益而订立的保险合同所必需的。申请人还同意，申请人有责任向IMG提供真实、准确且完整的电子邮件地址、合同和其他与申请人所申请保险相关的信息，以及维护并及时更新此信息中的任何变更。任何故意提供虚假或欺诈性的索赔信息以弥补支付损失或福利或者故意在保险申请中提供虚假信息的人都是违法的，并可能被依法处以罚款或监禁。

被保险人或代理经办人的签名（必需）	X
出生: ____/____/____ (月/日/年)	电话:

8 支付方式:

☐威士卡 ☐万事达卡 ☐发现卡 ☐美国运通卡 ☐JBC ☐电汇 ☐支票（支付给IMG） ☐邮政汇票（支付给IMG） ☐自动清算 (ACH)(可根据要求提供)

提供本人的账户信息，即表明我希望通过信用卡或每名保险申请人的指定账户支付保费。如果申请人获得批准，那么，该信用卡或指定账户将按照选定的支付方式缴纳保费。签署并提交本表，即表明申请人声明并保证其拥有该卡或账户持有者授权其使用该账户的权利，如果没有，申请人将对付款及其产生的任何费用承担全部责任。提交已签署的申请表，即表明我同意通过本人的信用卡或适用账户支付所欠的保费金额，而且我已阅读并同意本申请表中的所有条款、条件及其他声明。

卡号:	过期日期: ____/____/____ (月/日/年)	持卡人姓名:
签名（必需）:	持卡人日间电话:	电子邮件:
持卡人账单地址:		

款项必须按照您想要承保的月份总数支付。所有款项必须以美元为单位支付，自动清算付款行须为美国的银行。

请将本申请表的所有部分（正面和背面）清晰且完整地打印出来。通过邮寄、传真或电子邮件将本申请表发送至：
International Medical Group, P.O.Box 88509, Indianapolis, IN 46208-0509 USA， 传真：+1.317.655.4505， 电子邮件：insurance@imglobal.com

1	团体成员的姓名		出生 日期 (月/日/年)	政府 签发的身份证 号	团队成员 申 请的 生效 日期 (月/日/年)	团队成员申 请的失效 日期 (月/日/年)	团体成员的离 境日期（如与 团体不同 (月/日/年)	每月费率	每日费率（除 整月之外的剩 余天数）	签证 类型
	国籍	居住国								
☐ 1										
☐ 2										
☐ 3										
☐ 4										
☐ 5										
请勾选申请人姓名前面的方框，以确定领队/教职员领导（如已选择领队调换追加条款）（如有必要，另附表格） 请注意：如果申请人为 J2 签证持有者，则他/她只有在 J1 签证持有者通过他或她的项目参加计划投保时才有资格 申请此计划。								小计： A B		
☐ 我是希望购买保险的团体成员的授权代表，这些团体成员同意按照您的隐私政策（可访问 imglobal.com/legal/privacy-policy 查阅）规定对他们的个人信息 进行处理，包括用于客户服务和营销通信。										

2 保费

小计 A (来自上面的小计A)

x

月数

=

总计 A

小计 B (来自上面的小计 B)

x

除整月之外的剩余天数

=

总计 B

3 选择保险计划和计划选项 (仅勾选一个计划和一个每次疾病/受伤最高限额选项)

选择保险区域和计划选项：

☐ 保险（含美国）

☐ \$50,000 ☐ \$100,000 ☐ \$250,000 ☐ \$500,000

☐ 保险（不含美国）

☐ \$50,000 ☐ \$100,000 ☐ \$250,000 ☐ \$500,000

4 自付额选项：

请圈选一项：
通过圈选的方式选择一种自付额，然后，在第 5 部分的保费计算方框中输入适用的费率系数数额

自付额	\$0	\$100	\$250	\$500
费率系数	1.2	1.00	.90	.80

注意： 如果团体内的参与者希望指定受益人，请使用受益人指定表。

5 计划保费

基础计划

(A) 每月保费总计
(来自第 A 部分中的总计 2)

(B) 每日保费总计
(来自第 B 部分中的总计 2)

+

A + B =

=

自付额费率系数
(参见第 4 部分)

x

(C) 基础保费

=

附加保险选项

冒险体育运动追加条款
(如适用，请输入 .20)

领队调换追加条款
(如适用，请输入 .10)

(D) 追加条款系数总计

=

保费总计

输入来自 (C)

输入来自 (D)

x 1. _____

在 1. 的右侧

=

\$20 可选特快递送

+

应付总额

=

申请表
背面
接续

6 主办单位：			
邮寄地址：		城市：	州：
联络负责人姓名：		政府签发的身份证号：	
将保险确认函和通信材料发送至以下电子邮件地址：			电话号码：
☐ 邮寄选项：我不介意因通过常规邮寄方式接收初始通信资料而产生的延误。我更愿意接收承保确认函与保险合同的纸质副本。			
如果提供的地址在佛罗里达州，那么，团体目前是否在佛罗里达州居住？ ☐ 是 ☐ 否 (确定适用的溢额线税，不会影响保险)			
申请的生效日期： ____/____/____ (月/日/年)		最早离境日期： ____/____/____ (月/日/年)	
		申请的失效日期： ____/____/____ (月/日/年)	
旅行目的和项目：			
目的地：			
7 支付方式：			
☐ 威士卡 ☐ 万事达卡 ☐ 发现卡 ☐ 美国运通卡 ☐ JBC ☐ 电汇 ☐ 支票 (支付给 IMG) ☐ 邮政汇票 (支付给 IMG) ☐ 自动清算 (ACH)(可根据要求提供)			
提供本人的账户信息，即表明我希望通过信用卡或每名保险申请人的指定账户支付保费。如果申请人获得批准，那么，该信用卡或指定账户将按照选定的支付方式缴纳保费。签署并提交本表，即表明申请人声明并保证其拥有该卡或账户持有者授权其使用该账户的权利，如果没有，申请人将对付款及其产生的任何费用承担全部责任。提交已签署的申请表，即表明我同意通过本人的信用卡或适用账户支付所欠的保费金额，而且我已阅读并同意本申请表中的所有条款、条件及其他声明。			
卡号：		过期日期： ____/____/____ (月/日/年)	持卡人姓名：
授权代表签名：(需要)		持卡人日间电话：	电子邮件：
持卡人账单地址：			
付款必须按照您想要承保的月份总数支付。所有付款必须以美元为单位支付，自动清算付款行须为美国的银行。			

1. 认购。 签字人代表担保人（统称为“担保人”）声明并保证其是申请人的授权代理人，并在此为及代表申请表中列明的申请人，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”）在收到此申请表的日期承保和提供，由公司的授权代表和计划管理者International Medical Group, Inc.(IMG)负责管理。申请人理解并同意：(i) 所申请保险不是雇员福利项目、意外和健康险、普通健康保险、重大疾病险、或遵循美国法律的保险，而是为了在发生可能适用于符合保险条件的突然和意外疾病或伤害时，作为申请人的旅行医疗保险；(ii) 申请人必须提前支付整个保险期间的保费，在申请人支付全部保费且公司以书面形式接受此申请前，任何该保险下的保障都不会生效；(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对权责的放弃都不具有约束力；(iv) 公司依赖于申请表中所提供信息的准确性、真实性和完整性，表格中的任何错误信息或不完整信息都会导致保险合同失效以及一切赔付和福利项目的收回和取消；(v) 通过提交此申请和/或任何未来的索赔申请，申请人即有目的地启动并利用通过由IMG作为承保管理者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区域和审判地将是印第安纳州马里恩县，对此申请人表示明确同意。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。** 申请人理解并同意：(i) 销售该保险或协助此申请的保险业务员/代理人/经纪人，或是被指定的保险业务员/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的，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、疾病或其身体、医学、心理和神经紊乱的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保障范围之内；(iii) 所申请保险的主体并不是为了，也不会被申请人、公司或IMG认为是定居、位于，或专门在任意特定的司法和裁定权辖区内履行；(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障和赔付项目，并且IMG不承担任何保险合同下的直接或独立的责任。**3. 授权信息披露。** 担保人代表各申请人，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、赔付计划或任何向申请人或代表申请人提供护理、建议、诊断、付款、治疗或服务，拥有申请人的健康记录或知晓申请人的健康状况，拥有任何可用于诊断、治疗和预后任何身体或心理状况和/或申请人的治疗的信息，以及任何将披露申请人的完整医疗记录、档案、病历、药物的非医疗信息和有关于申请人的任何其他信息的组织或个人，并授权上述各方将任何和全部信息交与申请人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. 声明。** 担保人代表自己和申请人特此证明、声明并保证，申请人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，申请人理解上述声明；(ii) 申请人作为不符合购买美国国内保险要求的旅行和访问者，有资格申请该保险；(iii) 所有申请人目前的健康状况良好，没有收到诊断、接受会诊或治疗，没有任何异常表现或症状，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赔偿的其他医疗状况；(iv) 所有申请人目前没有住院、残疾，或者感染或携带人体免疫缺陷病毒（HIV）(v) 作为担保人及申请人的法定代表，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，申请人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. 申请人声明并保证。** 在向申请人提供的保险下，申请人参与该项目是完全自愿的；在申请、订立和履行保险合同的过程中，担保人的职责不是拥护和支持该项目，而是允许保险人向申请人宣传该项目，收取保费并转交给保险人；并且担保人不应因该保险而收取现金或任何其他形式的报酬。担保人知晓并同意其必须且将会向申请人、受益人和其他特定的个人透露相关材料，包括报告、声明、通知以及其它文件，包括但不限于当收到申请人或受益人要求时向他们提供相关材料；并且在合理的时间和场合向申请人和受益人提供相关材料以用于检查核对。担保人声明并保证其将采取合理的措施以保证申请人、受益人和其他特定的个人实际、及时地收到所要求的材料。**6. 患者保护与平价医疗法案（PPACA）** 担保人已通知所有申请人，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。申请人理解并同意：(i) 本保险不受PPACA制约，也不提供其要求的赔付项目；(ii) 2014年1月1日，PPACA要求美国公民、美国国民和外籍居民购买符合PPACA要求的保险，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J类签证持有人（教师、实习人员、工作和旅游项目参与者、互惠生、高中生）持有者可在过去六年中的两年内不受此强制保险限制]；(iii) 被要求购买符合ACA要求的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是否对申请人适用，这完全是申请人的责任。对于申请人可能受到的任何因未持有符合PPACA要求的保险而导致的惩处，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申请人，申请人已通过书面形式自愿授权批准此行为，并且申请人已被提供其它购买保险的途径和机会。这些授权已由担保人备案，并会根据要求向公司提供。7. 担保人代表自己和申请人表示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。担保人代表自己和申请人同意IMG可以向担保人和申请人提供任何电子版通讯，而不需要寄送纸质通讯和资料，直至担保人或申请人撤销此同意。担保人和申请人明确地授权向欧盟成员国以外国家的实体传递私人信息。该授权为自愿授予，专用于管理保险保障和赔付项目，并且申请人知晓该授权表达其真实意愿。申请人知晓并理解这种信息传递是因履约、回应申请人的要求，以及为了订立和履行为了申请人的利益而订立的保险合同所必需的。担保人和申请人还同意，申请人有责任向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。任何故意提供虚假或欺诈性的索赔信息以弥补支付损失或福利或者故意在保险申请中提供虚假信息的人都是违法的，并可能被依法处以罚款或监禁。

负责人签名 x _____		日期： ____/____/____ (月/日/年)	
仅供IMG保险代理人使用			
保险代理人编号：		姓名：	
电子邮件：		电话：	
地址：		城市：	州： 邮编：



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 or 1.317.655.9799
所有其他咨询，请致电： +1.800.628.4664 or 1.317.655.4500
传真： +1.317.655.4505

电子邮件： insurance@imglobal.com

IMG 作为 Sirius International 的授权代表和计划管理者，
代表 Sirius International。



此保险由 Sirius International Insurance Corporation 包销和
发行，该公司经 A.M. Best（贝氏）评级为 A（优秀）并
经 Standard & Poor's（标准普尔）评级为 A-（在本文列
印时）。

本询价邀请函让符合资格的申请人有机会寻找有关所提供保险的信息，而且，本询价邀请函仅限于对可能应赔付的任何
损失进行简要描述。赔付将按照保险合同的规定提供。赔付涉及到保险合同中的所有自付额、共同保险、规定、条款、
条件、限制和免责项目。

本手册含有 International Medical Group, Inc. 及其代表在全球范围内拥有、注册和使用的许多重要的商标、名称、称号、
徽标、图像、设计、版权及其他专有材料。© 2007-2018 年 International Medical Group, Inc. 保留所有权利。





PATRIOT EXCHANGE PROGRAMSM



仅供IMG保险代理人使用

CUB INTERNATIONAL LTD
71-75 shelton street
covent garden
london WC2H 9JQ United Kingdom
Phone: 00442034684981
admin@cubinternational.com
<http://www.cubinternational.com>



本询价邀请函让符合资格的申请人有机会寻找有关所提供保险的信息，而且，本询价邀请函仅限于对可能应赔付的任何损失进行简要描述。赔付将按照保险合同的规定提供。赔付涉及到保险合同中的所有自付额、共同保险、规定、条款、条件、限制和免责项目。

某些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。

本手册含有 International Medical Group, Inc. 及其代表在全球范围内拥有、注册和使用的许多重要的商标、名称、称号、徽标、图像、设计、版权及其他专有材料。2007-2018 年 International Medical Group, Inc. 保留所有权利。

