

GLOBAL MEDICAL INSURANCE® APPLICATION
ĐƠN ĐĂNG KÝ BẢO HIỂM Y TẾ TOÀN CẦU



Global Medical Insurance is a surplus lines product underwritten by Sirius International Insurance Corporation (publ) (the "Company"). It is distributed, managed and administered, as agent for and on behalf of the Company, by International Medical Group®, Inc. ("IMG").

Bảo hiểm Y tế Toàn cầu là sản phẩm bảo hiểm vượt mức do Tổng Công ty Bảo hiểm Quốc tế Sirius (được gọi tắt trong tài liệu này là "Công ty") bảo hiểm. Sản phẩm được phân phối, quản trị và quản lý với tư cách là đại diện và thay mặt cho Công ty bởi Tập đoàn Y tế Quốc tế® (IMG).

Important Information/ Thông tin quan trọng

Global Medical Insurance offers two options: worldwide coverage or worldwide coverage excluding the U.S. and Canada. Both options provide coverage 24 hours a day, and you have the freedom to choose any doctor or hospital for treatment. Please note the risks and subjects of insurance under this plan are not intended or considered by the Company or IMG to be resident, located, or to be performed in any particular State of the United States, and special eligibility requirements apply. Also, this insurance is not subject to certain portability, access, renewal or other requirements of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996. Please read and review all of the eligibility requirements, coverage conditions, and pre-existing condition exclusions carefully before purchasing coverage. Marketing brochures and certificate wordings containing complete terms of coverage are available upon request. Please contact IMG or your independent insurance agent/broker for details.

Bảo hiểm Y tế Toàn cầu mang đến cho quý vị hai lựa chọn: bảo hiểm toàn cầu hoặc bảo hiểm toàn cầu ngoại trừ Mỹ và Canada. Cả hai lựa chọn đều cung cấp bảo hiểm 24 giờ/ngày và quý vị có quyền lựa chọn bất cứ bác sỹ hoặc bệnh viện nào để điều trị. Xin lưu ý là nếu quý vị là công dân hoặc sinh sống ở bất kỳ bang nào ở Hoa Kỳ, các rủi ro và đối tượng thụ hưởng bảo hiểm theo chương trình này sẽ không được Công ty hoặc IMG áp dụng và xem xét, hoặc sẽ không được thực hiện ở bất kỳ bang nào ở Hoa Kỳ, và các yêu cầu đặc biệt về tính hợp lệ sẽ được áp dụng. Ngoài ra, hợp đồng bảo hiểm không phụ thuộc vào tính khả chuyển, tiếp cận, gia hạn hoặc các yêu cầu khác trong Đạo Luật về Tính Khả chuyển và Trách nhiệm Giải trình Bảo hiểm Y tế ban hành năm 1996 (của Hoa Kỳ). Xin đọc kỹ tất cả yêu cầu về tính hợp lệ, điều kiện bảo hiểm và trường hợp loại trừ đối với các điều-kiện-y-tế-đã-có-sẵn trước khi mua bảo hiểm. Các tài liệu tiếp thị và toàn thể nội dung của Chứng chỉ Bảo hiểm trong đó có đầy đủ thông tin về các điều khoản bảo hiểm sẽ được cung cấp cho quý vị theo yêu cầu. Vui lòng liên hệ IMG hoặc các đại lý bảo hiểm độc lập để biết thêm chi tiết.

Directions for Completing the Application *Hướng dẫn điền đơn đăng kí mua bảo hiểm*

[Failure to provide legible and complete information may delay processing of your Application.]
[Việc khai báo sai hoặc thiếu thông tin có thể làm chậm quá trình xem xét đơn đăng ký của quý vị.]

1 In Section 1, print or type your name and the names of all other family members applying for coverage as you want them to appear on your identification card(s). Also, please provide the complete address of your residence, and any mail forwarding address.

Ở Phần 1, hãy in hoặc điền tên của quý vị và các thành viên trong gia đình đăng ký mua bảo hiểm nếu quý vị muốn tên của họ xuất hiện trên thẻ ID của quý vị. Đồng thời quý vị vui lòng cung cấp địa chỉ thường trú và địa chỉ gửi thư.

2 All Applications must be fully completed, signed and dated to be considered. If any questions are answered "YES" in Section 2, you must identify the family member(s) to whom the "Yes" answer applies, and include the name, address and telephone number of the attending physician(s), diagnosis, all treatment dates, type(s) of treatment, prognosis, and present course of treatment. (Please use the space provided in Section 3, entitled "Medical Information," to provide this information. Please attach additional pages as necessary).

Tất cả mọi đơn đăng kí đều phải được điền đầy đủ thông tin, kèm chữ ký và ngày tháng thì mới hợp lệ. Nếu bất kỳ câu hỏi nào ở Phần 2 được trả lời "Có", xin hãy chỉ rõ thành viên nào trong gia đình của quý vị trả lời "Có", kèm theo tên, địa chỉ và số điện thoại của bác sỹ chăm sóc thường xuyên, chẩn đoán, tất cả các ngày điều trị, loại hình điều trị, dự đoán bệnh và giai đoạn điều trị hiện tại (Xin điền những thông tin này vào khoảng trống ở Phần 3, Thông tin Y tế, quý vị có thể bổ sung thêm giấy nếu cần thiết)

3 **U.S. Citizens:** If you or any family member applying for coverage are located in the U.S. on the date of this application, the effective date of this insurance, if issued, will be the later of:

***Nếu là quý vị là công dân Hoa Kỳ:** Nếu quý vị hoặc thành viên trong gia đình đăng ký mua bảo hiểm hiện đang cư trú tại Hoa Kỳ vào ngày ghi trên đơn đăng kí này, thì ngày bảo hiểm có hiệu lực, nếu được cấp, sẽ là ngày sau cùng của các ngày sau đây:*

a) The effective date requested on the application; or b) The date the insured person departs the U.S.; or c) The date the application is accepted by IMG and a certificate of insurance issued.

a) Ngày có hiệu lực được khách hàng yêu cầu trên đơn đăng kí ; b) Ngày người được bảo hiểm rời khỏi Hoa kỳ; hoặc c) Ngày đơn đăng kí mua bảo hiểm được IMG duyệt và cấp chứng nhận bảo hiểm

Non-U.S. Citizens: If you or any family member applying for coverage are located in the U.S. on the date of this application and do not plan to depart the U.S., an affidavit of eligibility must be completed. Your insurance agent/broker can assist you in this regard. A new affidavit of eligibility will be required at each renewal.

***Nếu quý vị không phải là công dân Hoa Kỳ:** Nếu quý vị hoặc thành viên trong gia đình đăng kí mua bảo hiểm hiện cư trú tại Hoa Kỳ vào ngày ghi trên đơn đăng kí và không có dự định rời Hoa Kỳ thì quý vị cần phải làm bản tuyên thệ về tính hợp lệ. Đại lý bảo hiểm của quý vị có thể hỗ trợ quý vị trong vấn đề này. Mỗi lần gia hạn đơn đăng kí sẽ cần một bản tuyên thệ về tính hợp lệ mới.*

4 Annual premiums may be paid by check, money order, wire transfer or eCheck (available online); or by Visa, MasterCard, American Express, Discover or JCB credit cards. IMG will not accept checks, money orders or wire transfers for semi-annual, quarterly, or monthly payment modes. These alternative payment modes are only accepted with pre-authorization to debit your credit card on the due date(s) of your future premium installment(s), and result in total payments of 110%, 112%, and 120%, respectively, of the annual premium. An optional \$25 fee may be paid in addition to the premium to have your insurance certificate express mailed to you after approval.

Phí bảo hiểm thường niên có thể được thanh toán bằng ngân phiếu (séc), phiếu chuyển tiền Money Order, chuyển khoản hoặc thông qua eCheck (dịch vụ trực tuyến); hoặc bằng thẻ tín dụng Visa, MasterCard, American Express, Discover hoặc JCB. IMG sẽ không nhận thanh toán bằng ngân phiếu, phiếu chuyển tiền Money Order hoặc chuyển khoản nếu quý vị trả phí bảo hiểm dưới hình thức 6 tháng/lần, theo quý hoặc theo tháng. Những hình thức thanh toán thay thế này chỉ được chấp nhận nếu IMG được quý vị ủy quyền để thu tiền qua thẻ tín dụng của quý vị trước ngày đáo hạn để trả góp phí bảo hiểm trong tương lai, và tổng số tiền thanh toán sẽ lần lượt là 110%, 112% và 120% của phí bảo hiểm thường niên. Một chi phí không bắt buộc là 25 đôla Mỹ dành cho phí chuyển phát nhanh Chứng chỉ Bảo hiểm của quý vị có thể sẽ phải trả thêm ngoài phí thường niên.

SECTION 1. Please complete for all Family Members applying for coverage
PHẦN 1. Xin điền thông tin cho các thành viên gia đình đăng kí tham gia bảo hiểm

<p align="center">NAME TÊN</p> <p align="center">Please print your name below <i>Xin viết hoa họ tên dưới đây</i></p>	<p align="center">HEIGHT <i>CHIỀU</i> <i>CAO</i> <i>(Meter/Mét)</i></p>	<p align="center">WEIGHT <i>CÂN</i> <i>NẶNG</i> <i>(Kg/Kilô)</i></p>	<p align="center">DATE OF BIRTH Month/Day/Year <i>NGÀY SINH</i> <i>Tháng/Ngày/Năm</i> <i>*Tháng cần được viết bằng chữ</i></p>	<p align="center">COUNTRY OF CITIZENSHIP <i>Quốc tịch</i></p>	<p align="center">GOVERNMENT ISSUED ID NUMBER <i>Số CMND</i></p>
<p>A. APPLICANT (LAST, MIDDLE, FIRST) <i>NGƯỜI YÊU CẦU BẢO HIỂM (HỌ, TÊN ĐỆM, TÊN)</i></p> <p align="center"> <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> NAM <input type="checkbox"/> NỮ </p>					
<p>B. SPOUSE (LAST, MIDDLE, FIRST) <i>NGƯỜI HÔN PHỐI (HỌ, TÊN ĐỆM, TÊN)</i></p> <p align="center"> <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> NAM <input type="checkbox"/> NỮ </p>					
<p>C. FIRST CHILD (BELOW AGE 19 - LAST, MIDDLE, FIRST) <i>CON THỨ NHẤT (DƯỚI 19 TUỔI - HỌ, TÊN ĐỆM, TÊN)</i></p> <p align="center"> <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> NAM <input type="checkbox"/> NỮ </p>					
<p>D. SECOND CHILD (BELOW AGE 19 - LAST, MIDDLE, FIRST) <i>CON THỨ HAI (DƯỚI 19 TUỔI - HỌ, TÊN ĐỆM, TÊN)</i></p> <p align="center"> <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> NAM <input type="checkbox"/> NỮ </p>					
<p>E. THIRD CHILD (BELOW AGE 19 - LAST, MIDDLE, FIRST) <i>CON THỨ BA (DƯỚI 19 TUỔI - HỌ, TÊN ĐỆM, TÊN)</i></p> <p align="center"> <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> NAM <input type="checkbox"/> NỮ </p>					
<p>RESIDENCE ADDRESS ĐỊA CHỈ CƯ NGỰ THƯỜNG TRÚ</p>					
<p>STREET ADDRESS <i>ĐỊA CHỈ (SỐ NHÀ, ĐƯỜNG)</i></p>					
<p>CITY <i>THÀNH PHỐ</i></p>	<p>STATE, COUNTRY, POSTAL CODE <i>BANG, QUỐC GIA, MÃ BƯU CHÍNH</i></p>				
<p>TELEPHONE <i>ĐIỆN THOẠI</i></p>	<p>FAX <i>FAX</i></p>				
<p>EMAIL <i>EMAIL</i></p>					
<p>IS YOUR EXPECTED LENGTH OF RESIDENCE OUTSIDE THE U.S. AT LEAST 6 OF THE NEXT 12 MONTHS? YES / NO <i>THỜI GIAN CƯ TRÚ DỰ TÍNH BÊN NGOÀI NƯỚC MỸ CỦA QUÝ VỊ CÓ KÉO DÀI ÍT NHẤT 6 TRONG SỐ 12 THÁNG TỚI KHÔNG? CÓ KHÔNG</i></p>					
<p>U.S. CITIZENS - DATE YOU DID (OR WILL) DEPART FROM THE U.S. (mo./day/yr.) <i>NẾU LÀ CÔNG DÂN HOA KỶ- NGÀY QUÝ VỊ ĐÃ (SẼ) RỜI HOA KỶ (tháng/ngày/năm)</i></p>	<p>NON-U.S. CITIZENS - IF YOUR RESIDENCE ADDRESS IS IN THE U.S. AND YOU ANSWERED "NO" TO THE QUESTION ABOVE, OR THE RESIDENCE ADDRESS IS NOT COMPLETED, AN AFFIDAVIT OF ELIGIBILITY MUST BE COMPLETED. <i>NẾU KHÔNG PHẢI LÀ CÔNG DÂN HOA KỶ- NẾU ĐỊA CHỈ THƯỜNG TRÚ CỦA QUÝ VỊ Ở HOA KỶ VÀ CÂU TRẢ LỜI CỦA QUÝ VỊ CHO CÂU HỎI TRÊN LÀ "KHÔNG", HOẶC NẾU ĐỊA CHỈ CHƯA ĐƯỢC HOÀN TẤT, QUÝ VỊ CẦN PHẢI CÓ BẢN KHAI TUYÊN THỆ VỀ TƯ CÁCH HỢP LỆ.</i></p>				

MAIL FORWARDING ADDRESS <i>ĐỊA CHỈ GỬI THƯ QUA BUƯ ĐIỆN</i>	
STREET ADDRESS <i>ĐỊA CHỈ (SỐ NHÀ, ĐƯỜNG)</i>	
CITY <i>THÀNH PHỐ</i>	STATE, COUNTRY, POSTAL CODE <i>BANG, QUỐC GIA, MÃ BUƯ CHÍNH</i>
TELEPHONE <i>ĐIỆN THOẠI</i>	FAX <i>FAX</i>
EMAIL <i>EMAIL</i>	
IF EITHER ADDRESS ABOVE IS IN FLORIDA, IS THE APPLICANT CURRENTLY LOCATED IN FLORIDA? YES / NO (DETERMINES APPLICABLE SURPLUS LINES TAX AND WILL NOT AFFECT COVERAGE) <i>NẾU MỘT TRONG HAI ĐỊA CHỈ TRÊN NẴM Ở FLORIDA, NGƯỜI YÊU CẦU BẢO HIỂM HIỆN TẠI CÓ ĐANG CƯ TRÚ Ở FLORIDA? CÓ / KHÔNG</i> <i>(SẼ QUYẾT ĐỊNH THUẾ VƯỢT MỨC ÁP DỤNG VÀ KHÔNG ẢNH HƯỞNG ĐẾN PHẠM VI BẢO HIỂM)</i>	

SECTION 2. Please answer all questions for the Applicant and for each Family Member applying for coverage
PHẦN 2. Xin trả lời tất cả các câu hỏi cho người yêu cầu bảo hiểm và mỗi thành viên trong gia đình tham gia bảo hiểm.

	IF YES, SHOW FAMILY MEMBER USING LETTERS FROM SECTION 1 <i>NẾU CÓ, XIN CHO BIẾT TÊN CỦA THÀNH VIÊN TRONG GIA ĐÌNH ĐÓ BẰNG CHỮ CÁI TỪ PHẦN 1</i>	
1. Are you or any other applicant currently disabled or unable to perform normal activities? <i>Quý vị hoặc bất kỳ người yêu cầu bảo hiểm nào khác hiện tại có bị khuyết tật hay mất khả năng thực hiện các hoạt động thông thường?</i>	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> KHÔNG	
2. Are you or any other applicant presently hospitalized, or scheduled for or in need of hospitalization or surgery? <i>Quý vị hay bất kỳ người yêu cầu bảo hiểm nào khác hiện có đang phải nằm viện, hoặc có lịch nằm viện hoặc cần nằm viện hay phẫu thuật?</i>	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> KHÔNG	
3. Have you or any other applicant ever tested positive for, been diagnosed with, or been treated for Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), AIDS Related Complex (ARC), Lymphadenopathy Syndrome, Human Immunodeficiency Virus (HIV) or any other Immune System Disorder? <i>Quý vị hay bất kỳ người yêu cầu bảo hiểm nào khác đã có, đã thử nghiệm kết quả dương tính, đã được chẩn đoán hay đang được điều trị hội-chứng-suy-giảm-miễn-dịch-mắc-phải (SIDA/AIDS), các triệu chứng phức hợp liên quan đến SIDA/AIDS (ARC), hội chứng bạch huyết, vi rút suy giảm miễn dịch người (HIV) hay bất kỳ rối loạn về hệ thống suy giảm miễn dịch nào khác?</i>	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> KHÔNG	
4. Have you or any other applicant ever had, been recommended to have, or are you currently on a waiting list for any organ transplant (other than corneal)? <i>Quý vị hay người yêu cầu bảo hiểm khác đã từng được, hoặc đã từng được khuyến nghị hoặc hiện tại đang chờ được ghép nội tạng (ngoại trừ việc ghép giác mạc)?</i>	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> KHÔNG	
5. Do you participate in professional sports? <i>Quý vị có tham gia vào các môn thể thao chuyên nghiệp?</i>	<input type="checkbox"/> YES / CÓ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> KHÔNG	
If any individual answered YES to any of the above five questions, he or she does not qualify for this insurance. Thank you for your interest. <i>Nếu bất cứ cá nhân nào có câu trả lời "CÓ" cho bất kỳ câu hỏi nào trong số 5 câu hỏi trên đây thì người đó sẽ không đủ điều kiện tham gia bảo hiểm. Xin cảm ơn quý vị đã quan tâm.</i>		
6. Have you or any other applicant been diagnosed with or treated for any type of cancer or precancerous condition during the past five (5) years? If yes, please explain in Section 3. <i>Quý vị hay bất kỳ người yêu cầu bảo hiểm nào khác đã từng được chẩn đoán hoặc điều trị bất kỳ loại ung thư nào hoặc trong giai đoạn tiền ung thư trong 5 năm trở lại đây? Nếu có, mời ghi rõ ở mục 3</i>	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> KHÔNG	

<p>7. If a non-U.S. citizen, do you or any other applicant have a U.S. visa? If yes, please complete the following:</p> <p>a. Type of visa _____</p> <p>b. Issue date _____</p> <p>c. Expiration date _____</p> <p>d. Date of arrival in U.S. _____</p> <p><i>Nếu không phải là công dân Mỹ, quý vị hay bất kì người yêu cầu bảo hiểm nào khác có thị thực (visa) để vào nước Mỹ không? Nếu có, xin mời điền các thông tin sau:</i></p> <p>a. Loại thị thực(visa) _____</p> <p>b. Ngày cấp _____</p> <p>c. Ngày hết hạn _____</p> <p>d. Ngày đến Hoa Kỳ. _____</p>	<p>___ YES ___ CÓ ___ NO ___ KHÔNG</p>	
<p>8. If a non-U.S. citizen, have you or any other applicant resided continuously in the U.S. for the last five (5) years?</p> <p><i>Nếu không phải là công dân Mỹ, quý vị hay bất kỳ người yêu cầu bảo hiểm nào khác đã từng sống liên tục ở Hoa Kỳ 5 năm trở lại đây?</i></p>	<p>___ YES ___ CÓ ___ NO ___ KHÔNG</p>	
<p>9. Are you or any other applicant currently pregnant? If yes, please provide due date:</p> <p><i>Quý vị hay bất kỳ người yêu cầu bảo hiểm nào khác có đang mang thai? Nếu có, xin cho biết ngày dự tính sinh:</i></p>	<p>___ YES ___ CÓ ___ NO ___ KHÔNG</p>	
<p>If any individual answered YES to any of the above four questions, he or she may not qualify for this insurance. <i>Nếu một trong số bốn câu hỏi trên có câu trả lời là "CÓ" thì người trả lời có khả năng sẽ không đủ điều kiện tham gia bảo hiểm.</i></p>		
<p>Questions 10 - 31, below must be answered for the applicant and every family member included on this Application. For any question answered "YES," please identify the family member to whom the answer applies (use the letter that corresponds to the family member from Section 1), and provide complete details of the medical condition at issue in the space provided in Section 3 of this Application, including the name, address and telephone number of all attending physician(s), diagnoses, all treatment dates, type(s) of treatment, prognosis, and present course of treatment. IMG and the Company reserve the right to request additional medical information.</p> <p>Câu hỏi 10-31 dưới đây phải được người yêu cầu bảo hiểm và mọi thành viên trong gia đình có tên trong đơn đăng kí trả lời. Nếu câu trả lời là "Có", mời chỉ rõ thành viên nào trong gia đình ứng với câu trả lời này (dùng chữ cái tương ứng với tên thành viên trong gia đình ở Phần 1), và điền đầy đủ chi tiết về tình trạng sức khỏe vào chỗ trống trong Phần 3 của đơn yêu cầu bảo hiểm này, bao gồm tên, địa chỉ, và số điện thoại của bác sỹ chăm sóc thường xuyên, chẩn đoán, ngày điều trị, loại hình điều trị, dự đoán bệnh và giai đoạn điều trị hiện tại. IMG và Công ty có quyền yêu cầu bổ sung thông tin y tế.</p>		
<p>10. During the last twelve (12) months, have you or any family member applying for coverage experienced manifestation or symptoms of, been diagnosed with, or received any consultation, examination, testing or treatment (including medications) for, any medical, health, mental, physical or nervous condition? If yes, please explain in Section 3.</p> <p><i>Trong 12 tháng vừa qua, quý vị hay bất kì thành viên nào trong gia đình yêu cầu bảo hiểm có biểu hiện hay có triệu chứng, được chẩn đoán, hoặc được tư vấn, khám, xét nghiệm hoặc điều trị (bao gồm cả điều trị bằng thuốc) cho bất kỳ căn bệnh về y tế, sức khỏe, tâm thần, thể chất hoặc điều kiện về hệ thần kinh? Nếu có, xin ghi rõ ở Phần 3.</i></p>	<p>___ YES ___ CÓ ___ NO ___ KHÔNG</p>	
<p>11. Have you or any family member applying for coverage ever been rejected, cancelled, rated or declined for coverage under any health, life or disability insurance policy? If yes, please explain in Section 3.</p> <p><i>Quý vị hay bất kì thành viên nào trong gia đình yêu cầu bảo hiểm đã bị từ chối, hủy bỏ, xếp loại hoặc không được chấp thuận bảo hiểm dưới bất kỳ chương trình bảo hiểm y tế, nhân thọ hay khuyết tật nào?</i></p>	<p>___ YES ___ CÓ ___ NO ___ KHÔNG</p>	

Have you or any family member applying for coverage ever experienced manifestation or symptoms of, suffered from, sought consultation, examination, testing or been treated for, or been diagnosed with, any disease, condition, illness, medical problem, disorder, sickness or other problem arising from, involving, or relating to any of the following: <i>Quý vị hay bất kì thành viên nào trong gia đình yêu cầu bảo hiểm đã từng có biểu hiện, hoặc triệu chứng, hoặc đã từng mắc, hoặc đã từng yêu cầu tư vấn, khám bệnh, xét nghiệm hoặc điều trị, hoặc được chẩn đoán mắc các bệnh, các điều kiện, chứng rối loạn, tình trạng sức khỏe yếu hoặc các vấn đề khác phát sinh từ, hoặc bao gồm hoặc có liên quan tới một trong các bệnh dưới đây:</i>		IF YES, SHOW FAMILY MEMBER USING LETTERS FROM SECTION 1 NEU CÓ, GHI RÕ THÀNH VIÊN TRONG GIA ĐÌNH BẰNG CHỮ CÁI Ở PHẦN 1	
12. Heart, cardiac, cardiovascular and/or circulatory, including, but not limited to: congestive heart failure, heart attack, angina, chest pain, arteriosclerosis, atherosclerosis, elevated blood pressure, hypertension, swelling of feet/ankles, thrombosis, phlebitis, rheumatic fever, or heart murmur? If yes, in addition to Section 3, please complete the following: a. Date of most recent blood pressure reading? _____ b. Most recent blood pressure reading: ____AS/ ____DS c. Medications taken (Types and Dosage) _____ <i>Bệnh tim, rối loạn tim, bệnh tim mạch và/hoặc hệ tuần hoàn, bao gồm nhưng không giới hạn trong số các bệnh: suy tim xung huyết, đau tim, đau thắt ngực, đau ngực, xơ cứng động mạch, xơ vữa động mạch, huyết áp cao, tăng huyết áp, sưng chân/mắt cá chân, chứng huyết khối, viêm tĩnh mạch, sốt thấp khớp hoặc tâm thu? Nếu có, xin bổ sung vào Phần 3, đồng thời điền thông tin vào mục dưới đây:</i> a. Ngày đo huyết áp gần đây nhất? _____ b. Huyết áp đo gần đây nhất: ____AS/ ____DS c. Thuốc đang dùng (Loại thuốc và liều lượng) _____		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> KHÔNG	
13. Blood, blood vessels, spleen, arteries, veins or disorders of the blood, including, but not limited to: anemia, hemophilia, leukemia, hepatitis, lymph glands, or high cholesterol? <i>Bệnh máu, mạch máu, lá lách, động mạch, mạch máu hoặc rối loạn về máu, bao gồm, nhưng không giới hạn trong số các chứng sau: bệnh thiếu máu, máu khó đông, bệnh bạch cầu, viêm gan, bạch huyết, hoặc hàm lượng cholesterol cao?</i>		<input type="checkbox"/> YES CÓ <input type="checkbox"/> NO KHÔNG	
14. Diabetes, hyperglycemia or hypoglycemia? If yes to diabetes, in addition to Section 3, please complete the following: a) Diabetic Type: I ____ or II ____ b) Date diagnosed: _____ c) Controlled by diet only? Yes ____ No ____ d) Medications (Types and Dosage) _____ e) Date of most recent HbA1c Test? _____ f) Results of HbA1c Test (1 - 10) _____ <i>Bệnh tiểu đường, tăng đường huyết, hạ đường huyết? Nếu có mắc bệnh tiểu đường, xin bổ sung vào Phần 3, ngoài ra xin hoàn thành thông tin dưới đây:</i> a) Tiểu đường loại: I ____ or II ____ b) Ngày phát hiện: _____ c) Chỉ cần điều trị bằng chế độ ăn uống? Có ____ Không ____ d) Thuốc đang dùng (Loại và liều lượng) _____ e) Ngày thử nghiệm HbA1c gần nhất? _____ f) Kết quả thử nghiệm HbA1c (1 - 10) _____		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> KHÔNG	
15. Asthma or allergies? If yes, in addition to Section 3, please specify which one and complete the following: a) Date diagnosed: _____ b) Has hospitalization or emergency room treatment been required? If yes, describe and list date(s): _____ c) Please list known triggers: _____ d) Medications (Types and Dosage): _____ e) Frequency of attacks: _____			

<p>Bệnh hen hay dị ứng? Nếu có, xin bổ sung ở Phần 3, đồng thời ghi rõ và hoàn thành thông tin dưới đây:</p> <p>a) Ngày phát hiện: _____</p> <p>b) Căn nằm viện điều trị hoặc đi cấp cứu? Nếu có, xin ghi rõ và liệt kê ngày tháng: _____</p> <p>c) Xin liệt kê các tác nhân gây bệnh: _____</p> <p>d) Thuốc đang dùng (Loại và liều lượng): _____</p> <p>e) Tính thường xuyên của cơn bệnh: _____</p>	<p>__ YES __ CÓ __ NO __ KHÔNG</p>	
<p>16. Cancer, tumor, cyst, polyp, melanoma, Kaposi's sarcoma, cell disorder, shingles, lump, calcification, or growth of any kind? <i>Ung thư, u bướu, u nang, bướu nhỏ Polyp, u ác tính, bướu thịt Kaposi, rối loạn tế bào, bệnh zona, u bướu sung, hóa vôi hay có dấu hiệu phát triển các bệnh ở trên?</i></p>	<p>__ YES __ CÓ __ NO __ KHÔNG</p>	
<p>17. Liver, Pancreas, Gall Bladder or endocrine disorders including, but not limited to: pituitary, thyroid or metabolic disorders, or obesity? <i>Bệnh gan, lá lách, bàng quang hay các chứng rối loạn nội tiết, bao gồm, nhưng không giới hạn trong số các bệnh sau: rối loạn tuyến yên, tuyến giáp hay rối loạn về chuyển hóa, hay béo phì?</i></p>	<p>__ YES __ CÓ __ NO __ KHÔNG</p>	
<p>18. Kidney, urinary tract functions, kidney or bladder stones or infections? <i>Bệnh thận, hoạt động của ống đường tiết niệu, sỏi thận hay sỏi bàng quang hay nhiễm trùng?</i></p>	<p>__ YES __ CÓ __ NO __ KHÔNG</p>	
<p>19. Respiratory system including, but not limited to: tuberculosis, lung disorders, emphysema, chronic cough, bronchitis, bronchial asthma, pleurisy pneumonia? <i>Hệ hô hấp bao gồm, nhưng không giới hạn trong số các bệnh sau: lao, rối loạn phổi, khí thũng, ho kéo dài, viêm cuống phổi, hen phế quản, viêm phổi màng phổi?</i></p>	<p>__ YES __ CÓ __ NO __ KHÔNG</p>	
<p>20. Mental and nervous system disorders including, but not limited to: psychosis, mental or behavioral disorders, chemical or drug abuse or dependency, alcoholism, psychiatric counseling and/or support groups, depression, anxiety, chronic fatigue, or eating or sleeping disorders? <i>Rối loạn tâm thần và hệ thần kinh bao gồm, nhưng không giới hạn trong số các bệnh sau: rối loạn tâm thần, rối loạn tâm lý hay hành vi, nghiện hay lệ thuộc vào các hóa chất/ma túy hoặc các dược phẩm, nghiện rượu, cần tư vấn tâm thần và/hoặc cần nhóm hỗ trợ, bệnh trầm cảm, lo lắng, mệt mỏi kinh niên, hay rối loạn về ăn uống hay giấc ngủ.</i></p>	<p>__ YES __ CÓ __ NO __ KHÔNG</p>	
<p>21. Neurological disorders, including but not limited to: multiple sclerosis (MS), muscular dystrophy, Lou Gehrig's disease (ALS), Parkinson's disease, paralysis, epilepsy, convulsions, seizures, migraines, chronic headaches, stroke, or transient cerebral ischemic attacks? <i>Rối loạn thần kinh bao gồm nhưng không giới hạn trong số các bệnh sau: Đa xơ cứng (MS), loạn đường cơ, bệnh Lou Gehrig (ALS), bệnh Parkinson, liệt, động kinh, co giật, tai biến, đau nửa đầu, đau đầu kinh niên, cơn đột quỵ (stroke), chứng thiếu máu cục bộ não ngắn hạn?</i></p>	<p>__ YES __ CÓ __ NO __ KHÔNG</p>	
<p>22. Muscular, skeletal, spine, bone, or joint, including but not limited to: scoliosis, disc disease or disorder, vertebrae, degeneration, or any other back or neck condition, rheumatism, arthritis, gout, tendonitis, osteoporosis or inflammation? <i>Cơ, bộ xương, xương sống, xương, khớp, bao gồm nhưng không giới hạn trong số: vẹo xương sống, hông hay rối loạn đĩa đệm, đốt sống, thoái hóa, hoặc các chứng bệnh về lưng hoặc cổ, thấp khớp, viêm khớp, bệnh gút, gân, loãng xương hay các chứng viêm xương?</i></p>	<p>__ YES __ CÓ __ NO __ KHÔNG</p>	
<p>23. For female applicants, miscarriage, complicated pregnancy or delivery, or infertility consultation, advice, diagnosis or treatment? <i>Đối với nữ, đã từng được tư vấn, khuyến cáo, chẩn đoán, điều trị về sảy thai, mang thai khó, đẻ khó hay vô sinh?</i></p>	<p>__ YES __ CÓ __ NO __ KHÔNG</p>	
<p>24. Congenital, genetic, hereditary or other birth condition or defect including, but not limited to: mental retardation, Down Syndrome, or other chromosome disorder, physical disorder, deformity or defect? <i>Các bệnh bẩm sinh, di truyền hay điều kiện hoặc khiếm khuyết lúc sinh, bao gồm nhưng không giới hạn trong số: thiếu năng, hội chứng Down, hay các rối loạn nhiễm sắc thể, rối loạn thể chất, dị hình dị dạng?</i></p>	<p>__ YES __ CÓ __ NO __ KHÔNG</p>	
<p>25. Digestive system, stomach, or intestines, including, but not limited to: esophageal regurgitation, gastritis, ulcers, colon, or rectum disorders? <i>Hệ tiêu hóa, dạ dày, ruột, bao gồm nhưng không giới hạn trong số: ợ thực quản, viêm dạ dày, loét ruột, bệnh về ruột kết, hay rối loạn trực tràng?</i></p>	<p>__ YES __ CÓ __ NO __ KHÔNG</p>	

26. Reproductive systems, including but not limited to: prostate or elevated PSA level, vaginal bleeding, fibroids, nodules or breast cysts, fallopian tubes, ovaries or uterus? <i>Sinh sản, bao gồm nhưng không giới hạn trong số: tuyến tiền liệt hay mức PSA tăng cao, chảy máu âm đạo, xơ, u hoặc u nang vú, ống dẫn trứng, buồng trứng hay tử cung?</i>	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> KHÔNG	
27. Eyes, ears, nose, mouth, throat or jaw, including, but not limited to: cataracts, glaucoma, nasal septum deviation, chronic sinusitis, or temporomandibular joint (TMJ) syndrome? <i>Mắt, tai, mũi, miệng, họng, quai hàm, bao gồm nhưng không giới hạn trong số: bệnh đục nhân mắt, tăng nhãn áp, lệch vách ngăn mũi, viêm xoang hay hội-chứng-đau-do-hoạt-động-của-hàm (TMJ)?</i>	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> KHÔNG	
28. Any other disease, medical problem, illness, injury or condition of any kind not listed? <i>Các bệnh, vấn đề y tế, vết thương hay những tình trạng khác chưa được liệt kê kể trên?</i>	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> KHÔNG	
29. Do you or any family member applying for coverage currently use or during the past five years have you used tobacco in any form? <i>Quý vị hay bất kì thành viên nào trong gia đình yêu cầu bảo hiểm hiện đang dùng hoặc trong 5 năm trở lại đây có dùng thuốc lá dưới bất kỳ dạng nào?</i>	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> KHÔNG	
30. Have you or any family member applying for coverage ever applied for or purchased insurance through IMG? (If yes, please provide certificate number, if any, and details.) <i>Quý vị hay thành viên trong gia đình yêu cầu bảo hiểm đã từng yêu cầu hoặc mua bảo hiểm thông qua IMG? (Nếu có, xin ghi rõ số Chứng chỉ Bảo hiểm và chi tiết)</i>	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> KHÔNG	
31. During the last twelve (12) months, have you or any family member applying for coverage been covered under any health or medical insurance plan? If yes, please state the name and location of the insurance company, the policy/plan number, and the applicable dates of coverage. <i>Trong 12 tháng qua, quý vị hay bất kì thành viên nào trong gia đình tham gia bảo hiểm đã được hưởng chương trình bảo hiểm y tế nào? Nếu có, xin ghi tên và địa chỉ của công ty bảo hiểm, số hợp đồng/chương trình bảo hiểm và ngày hiệu lực.</i>	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> KHÔNG	

Family Practitioner's Details - The following information must be completed
Thông tin về bác sĩ riêng của gia đình- Xin điền đầy đủ tất cả các thông tin dưới đây

Doctor's Name: <i>Tên bác sĩ</i>	Telephone: <i>Điện thoại</i>
Address: <i>Địa chỉ</i>	
Country: <i>Quốc gia</i>	Postal/Zip Code: <i>Mã bưu điện</i>
Date Last Seen: <i>Lần khám gần nhất</i>	Reason: <i>Lý do</i>

SECTION 3 Medical Information/Prior Insurance**PHẦN 3. Thông tin Y tế/Các Hợp đồng Bảo hiểm đã có trước**

For any question answered "YES" in Section 2, please identify each Family Member for whom the answer applies (using the corresponding letter(s) from Section 1), and provide complete details of the medical condition at issue, including the name, address and telephone number of the attending physician(s), hospital(s), clinic(s) and all other health care providers involved, diagnosis, all treatment dates, type(s) of treatment, prognosis, and present course of treatment. **Please attach additional pages as necessary.** IMG and the Company reserve the right to request additional medical information prior to acceptance of Application.

Với bất kỳ câu trả lời "CÓ" nào ở phần 2, xin ghi rõ từng thành viên có câu trả lời "Có" (sử dụng chữ cái viết tắt tương ứng ở Phần 1), và điền đầy đủ thông tin về tình trạng bệnh, bao gồm tên, địa chỉ và số điện thoại của bác sỹ điều trị, bệnh viện, phòng khám và các cơ sở khám chữa bệnh có liên quan khác, ngày chẩn đoán, ngày chữa trị, loại hình điều trị, dự đoán và giai đoạn điều trị hiện tại. **Xin vui lòng bổ sung thêm giấy nếu cần.** IMG và Công ty có quyền yêu cầu bổ sung thông tin y tế trước khi chấp nhận yêu cầu bảo hiểm.

Family Member (use letters from Section 1) <i>Tên thành viên gia đình (sử dụng chữ cái ở Phần 1)</i>	Condition(s)/Diagnosis, Prognosis, Past and Present Course of Treatment(s) <i>Tình trạng/ Chẩn đoán, dự đoán, giai đoạn trước và giai đoạn điều trị hiện tại</i>	Physician/Hospital/Clinic/Health Care Provider Name(s), Address & Telephone <i>Tên Bác sỹ/Bệnh viện/Phòng khám/Cơ sở khám chữa bệnh, địa chỉ và số điện thoại</i>	Date(s) of Treatment <i>Ngày điều trị</i>

If any family member applying for coverage has ever been rejected, cancelled, rated or declined for coverage under any health, life or disability insurance policy (see Question 11), please explain below.

Nếu thành viên gia đình yêu cầu bảo hiểm đã từng bị từ chối, hủy bỏ hay xếp loại hay không được chấp thuận bảo hiểm dưới bất kỳ chương trình bảo hiểm y tế, nhân thọ hay khuyết tật nào (xin xem câu hỏi 11), xin vui lòng giải thích lý do vào dưới đây.

SUBSCRIPTION I (we) hereby apply to the Global Medical Services Group Insurance Trust, c/o MutualWealth Management Group, Carmel, IN, for Global Medical Insurance[®] as offered by the Company on the date of its receipt hereof. I (we) understand and agree that: (i) no coverage will be effective until this Application has been duly accepted in writing by the Company, (ii) no modification or waiver relating to this Application or the coverage applied for will be binding upon the Company or IMG unless approved in writing by an officer of the Company or IMG, (iii) IMG and the Company will rely on the accuracy and completeness of the information provided herein, (iv) any misrepresentation or omission contained herein will void the insurance certificate, and any and all claims and benefits thereunder will be forfeited and waived, (v) by submission of this Application and/or any future claim for benefits I (we) purposefully initiate and take advantage of the privilege of conducting business with the Company in Indiana, through IMG as its selected agent and administrator, and invoke the benefits and protections of its laws, and (vi) the contract of insurance represented by the Master Policy and evidenced by the Certificate of insurance shall be deemed issued and made in Indianapolis, IN, and sole and exclusive jurisdiction and venue for any court action or administrative proceeding relating to this insurance shall be in Marion County, Indiana, for which applicant(s) hereby consent(s). I (we) agree to use Indiana law for all rights and claims arising under this insurance.

ĐĂNG KÍ BẢO HIỂM Tôi (chúng tôi) dưới đây đăng kí yêu cầu mua Bảo hiểm Y tế Toàn cầu từ Quỹ Global Services Group Insurance Trust, thuộc tập đoàn Mutual Wealth Management Group, tại Carmel, Indiana theo đề nghị của Công ty tính theo ngày nhận của người nhận. Tôi (chúng tôi) hiểu và đồng ý rằng: (i) bảo hiểm sẽ không có hiệu lực cho đến khi Đơn yêu cầu bảo hiểm này nhận được chấp thuận đầy đủ bằng văn bản từ Công ty, (ii) không có bất kỳ sửa đổi hay ngừng nào liên quan đến Đơn yêu cầu bảo hiểm này hay phạm vi bảo hiểm được áp dụng sẽ ràng buộc Công ty hoặc IMG trừ phi có văn bản chấp thuận của một viên chức của Công ty hoặc IMG, (iii) IMG và Công ty sẽ dựa vào độ chính xác và hoàn chỉnh của thông tin cung cấp trong Đơn đăng kí bảo hiểm này, (iv) bất kì sai sót trong diễn đạt hoặc bỏ sót thông tin nào trong Đơn đăng kí bảo hiểm này sẽ làm mất giá trị giấy chứng nhận bảo hiểm, và bất kì và tất cả mọi khiếu nại bồi thường và quyền lợi do đó sẽ bị mất và bị hủy bỏ, (v) bằng việc nộp Đơn đăng kí yêu cầu bảo hiểm này và/hoặc bất cứ yêu cầu đòi bồi thường bảo hiểm nào trong tương lai tôi (chúng tôi) tự nguyện và chủ động đề xướng và tận dụng lợi thế làm việc với Công ty ở Indiana, thông qua IMG là đại diện chính thức và đơn vị quản lý bảo hiểm được lựa chọn của Công ty, và dẫn chứng quyền lợi và sự bảo vệ bởi luật pháp của phía Công ty, và (vi) hợp đồng bảo hiểm được miêu tả bởi Hợp đồng Bảo hiểm Chủ và được dẫn chứng bởi Chứng chỉ Bảo hiểm sẽ được phát hành và lập ở Indianapolis, Indiana, và quyền thực thi pháp lý duy nhất và nơi xử án cho bất kỳ thủ tục tòa án hay hành chính liên quan đến chương trình bảo hiểm này sẽ được thụ ký ở Hạt Marion, Indiana (Hoa Kỳ), và người yêu cầu bảo hiểm xác nhận đồng thuận theo cách này. Tôi (chúng tôi) đồng ý áp dụng luật bang Indiana cho các quyền và đòi hỏi phát sinh từ sự bảo hiểm này.

ACKNOWLEDGEMENT I (we) understand and agree that: (i) marketing brochures and certificate wordings are available prior to application upon request, (ii) the insurance agent, broker, website, or other producer, if any, involved with respect to the solicitation of this application is acting solely as my legal agent and representative and is representing my personal interests, and that such person has no authority to bind or speak for, and is not acting as the legal agent or representative of, the Company or IMG, (iii) any injury, illness, sickness, disease, or other physical, medical, mental or nervous condition, disorder or ailment that, with reasonable medical certainty, existed on or at any time prior to the effective date of coverage, including any subsequent, chronic or recurring complications or consequences related thereto or arising therefrom, whether or not previously manifested or symptomatic, diagnosed or treated prior to the effective date or disclosed herein (a "pre-existing condition"), will be excluded from coverage for two years from the effective date, and thereafter will be limited to \$50,000 lifetime per person, with a maximum of \$5,000 per person per annual coverage period, (iv) the subjects of insurance applied for are not intended or considered by the applicant(s), the Company or IMG to be resident, located, or to be performed in any particular state of the United States, and (v) the Company, as carrier and underwriter of the plan, is solely liable for the coverages and benefits to be provided thereunder, and IMG acts solely as agent for the Company and has no direct or independent liability under the Master Policy or any Certificate of insurance.

KHAI BÁO Tôi (chúng tôi) hiểu và đồng ý rằng: (i) các tài liệu tiếp thị và toàn nội dung của Chứng chỉ Bảo hiểm được cung cấp theo yêu cầu trước khi nộp đơn đăng ký yêu cầu bảo hiểm, (ii) đại diện bảo hiểm, đại lý bảo hiểm, trang web hay cơ sở dịch vụ bảo hiểm khác, nếu có, tham gia vào quá trình yêu cầu bảo hiểm này chỉ hoạt động với tư cách duy nhất là người đại diện pháp lý của tôi và chỉ đại diện cho ý muốn cá nhân của tôi, và những cá nhân này không có thẩm quyền ràng buộc hay phát ngôn, và không hoạt động với tư cách là đại diện pháp lý của Công ty hay IMG, (iii) bất kỳ thương tích, đau ốm, đau yếu, bệnh tật hay bất kỳ điều kiện, rối loạn hay đau đơn về thể chất, y tế, tâm lý hay tâm thần, được chứng thực y tế hợp lý, xuất hiện vào ngày hoặc tại bất kì thời điểm nào trước ngày có hiệu lực của bảo hiểm, bao gồm bất cứ các biến chứng hay hậu quả nào, kéo dài hay lặp lại theo chu kỳ có liên quan hoặc được phát sinh sau đó, dù có dấu hiệu hay triệu chứng trước đó hay không, được chẩn đoán hoặc điều trị trước ngày bảo hiểm có hiệu lực hoặc được nêu ra trong tài liệu này (các điều-kiện-y-tế-đã-có-sẵn) sẽ không được tính bảo hiểm trong hai năm kể từ ngày có hiệu lực, và sau đó sẽ được giới hạn ở mức còn 50.000 đôla Mỹ bảo hiểm trọn đời một người, với mức bảo hiểm thường niên tối đa là 5.000 đôla, (iv) đối tượng bảo hiểm được nộp đơn đăng ký yêu cầu sẽ không có ý định hoặc được coi là cư dân sống, định cư hoặc hành nghề tại bất cứ bang nào thuộc Hoa Kỳ bởi người yêu cầu bảo hiểm, Công ty hoặc IMG, và (v) Công ty, với tư cách là hãng bảo hiểm và chịu trách nhiệm chương trình bảo hiểm này, sẽ hoàn toàn chịu trách nhiệm đối với các chi phí bảo hiểm và quyền lợi được cung cấp theo đó, và IMG chỉ đóng vai trò là đại diện chính thức cho Công ty và không có trách nhiệm pháp lý trực tiếp hay độc lập nào đối với Hợp đồng Bảo hiểm Chủ hay bất cứ Chứng chỉ Bảo hiểm nào.

CERTIFICATION I (we) hereby certify, represent and warrant to IMG and the Company that: (i) I (we) have read the questions contained in this Application or they have been read to me (us), and I (we) understand them, (ii) my (our) responses to the questions are true, accurate and complete in all respects as of the date hereof, and that I (we) will supplement such responses prior to the requested effective date in the event of any change or addition

thereto, (iii) I am (we are) currently in good health and, except for the conditions and other information disclosed herein, I (we) have not been diagnosed with, sought consultation or been treated for, and have not experienced manifestation or symptoms of and do not suffer from any preexisting condition which I (we) foresee may require treatment in the future or for which I (we) intend to claim under this insurance, and (iv) if this Application is signed as guardian or proxy of the applicant, the signer warrants their authority and capacity to so act and bind the applicant. By acceptance of coverage and/or submission of any claim for benefits, the applicant ratifies the authority of the signer to so act and bind the applicant.

XÁC NHẬN Tôi (chúng tôi) dưới đây xác nhận, đại diện và bảo đảm với IMG và Công ty rằng: (i) Tôi (chúng tôi) đã đọc các câu hỏi trong giấy đăng ký yêu cầu bảo hiểm hoặc các câu hỏi này đã được đọc cho tôi (chúng tôi) và tôi (chúng tôi) hiểu toàn bộ các câu hỏi, (ii) những câu trả lời của tôi (chúng tôi) là hoàn toàn chính xác, hoàn chỉnh, trung thực về mọi mặt tính đến ngày ghi ở bên dưới, và tôi (chúng tôi) sẽ bổ sung thêm những thông tin cho các câu trả lời trên trước ngày yêu cầu có hiệu lực nếu có sự thay đổi hay bổ sung thêm vào đó, (iii) tôi (chúng tôi) hiện đang trong tình trạng sức khỏe tốt, và ngoài các bệnh/tình trạng được trình bày trong tài liệu này, tôi (chúng tôi) không hề được chẩn đoán, cần khám tư vấn hoặc đã qua điều trị, và chưa có dấu hiệu hay triệu chứng và không hề có các điều-kiện-y-tế-đã-có-sẵn nào trước đây mà theo tôi (chúng tôi) đoán trước sẽ cần điều trị trong tương lai hay vì đó mà tôi (chúng tôi) chủ ý đòi bảo hiểm theo chương trình bảo hiểm này, và (iv) nếu Đơn đăng ký yêu cầu bảo hiểm này được ký bởi người bảo hộ hoặc người ủy quyền của người yêu cầu bảo hiểm, người ký đảm bảo thẩm quyền và năng lực của họ để thực hiện việc đó và ràng buộc người yêu cầu bảo hiểm. Bằng việc đồng ý với phạm vi bảo hiểm và/hoặc nộp bất kỳ đơn yêu cầu bồi hoàn quyền lợi bảo hiểm nào, người yêu cầu bảo hiểm đồng ý trao quyền cho người ký tên để đại diện và ràng buộc người yêu cầu bảo hiểm.

MEDICAL RELEASE I (we) authorize any doctor, practitioner of the healing arts, hospital, clinic, health care related facility, pharmacy, government agency, insurance agency, insurance company, group policyholder, employee or benefit plan administrator having information as to my (our) care, advice, treatment, diagnosis or prognosis of any physical or mental condition, and/or employment status, to provide such information to IMG and/or the Company and my producer/broker involved in procurement of this application and/or insurance coverage.

GIẤY CHỨNG NHẬN Y TẾ Tôi (chúng tôi) ủy quyền cho bất kỳ bác sỹ, người hành nghề chữa bệnh, bệnh viện, phòng khám, cơ sở chăm sóc sức khỏe, nhà thuốc, cơ quan ban ngành của chính phủ, hãng bảo hiểm, công ty bảo hiểm, đối tượng đứng tên bảo hiểm nhóm, nhân viên hay quản lý các chương trình về quyền lợi bảo hiểm nào có thông tin về tình trạng sức khỏe, tư vấn, điều trị, chuẩn đoán, dự đoán về bất kỳ tình trạng thể chất và tâm lý của tôi (chúng tôi), và/hoặc tình trạng nghề nghiệp, để cung cấp những thông tin như vậy cho IMG và/hoặc Công ty và đơn vị cung cấp dịch vụ bảo hiểm/đại lý bảo hiểm của tôi đã có tham gia vào quá trình đăng ký yêu cầu bảo hiểm và/hoặc phạm vi bảo hiểm này.

SATISFACTION GUARANTY/REVIEW PERIOD It is understood I (we) will have 15 days from the effective date to review the insurance Certificate and all benefits, terms, conditions, limitations and exclusions of coverage. If not completely satisfied, I (we) may cancel this insurance by written request retroactive to the effective date and receive a full refund of premium.

ĐẢM BẢO HÀI LÒNG/QUÁ TRÌNH XEM XÉT Tôi (chúng tôi) hiểu rằng tôi (chúng tôi) sẽ có 15 ngày kể từ ngày có hiệu lực để xem xét giấy Chứng chỉ Bảo hiểm và tất cả mọi quyền lợi, điều khoản, điều kiện, hạn chế và trường hợp ngoại lệ của phạm vi bảo hiểm. Nếu không hoàn toàn hài lòng, tôi (chúng tôi) có thể hủy yêu cầu bảo hiểm này bằng yêu cầu dưới dạng văn bản trước ngày hiệu lực và được hoàn lại toàn bộ phí bảo hiểm đã trả trước.

Signature of Applicant, Guardian or Proxy

Chữ ký của người yêu cầu bảo hiểm hoặc Người giám hộ

Date (Mo./Day/Yr.)

Ngày (tháng/ngày/năm)

Signature of Spouse

Chữ ký của người hôn phối

Date (Mo./Day/Yr.)

Ngày (tháng/ngày/năm)

GLOBAL TERM LIFE INSURANCESM/BẢO HIỂM TỬ VONG TOÀN CẦUSM
GLOBAL DAILY INDEMNITYSM/TIỀN BÒI THƯỜNG BỔ TÚC ĐIỀU TRỊ BỆNH VIỆN NỘI TRÚ HÀNG NGÀY TOÀN CẦUSM

Underwritten by International Medical Insurance CompanySM, Inc. (IMICSM). It is distributed, managed and administered, as agent for IMIC, by International Medical Group®, Inc. ("IMG®"). Global Term Life Insurance and Global Daily Indemnity are only available at the time of application for, and with the purchase of, Global Medical Insurance®

Được bảo hiểm bởi Công ty International Medical Insurance Company (IMICSM). Sản phẩm được phân phối, quản lý và cung cấp, bởi cơ quan là đại lý của IMCI là Tập đoàn Y tế Quốc tế International Medical Group® ("IMG®"). Bảo hiểm Tử vong Toàn cầu và Tiền Bồi thường Bổ túc Điều trị Bệnh viện Nội trú (BTĐTBVNT) Hàng ngày Toàn cầu chỉ có vào thời điểm nộp đơn mua bảo hiểm và chỉ được mua khi mua Bảo hiểm Y tế Quốc tế®.

**SECTION 4. Please indicate the name of each Family Member applying for these optional plans/
 PHẦN 4. Xin vui lòng điền tên của từng thành viên gia đình yêu cầu bảo hiểm cho những chương trình tùy chọn không bắt buộc này**

NAME TÊN	TERM LIFE UNIT ONE BẢO HIỂM TỬ VONG ĐƠN VỊ 1	TERM LIFE UNIT TWO BẢO HIỂM TỬ VONG ĐƠN VỊ 2	DAILY INDEMNITY TIỀN BÒI THƯỜNG BTĐTBVNT HÀNG NGÀY
A. APPLICANT NGƯỜI NỘP ĐƠN	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> KHÔNG	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> KHÔNG	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> KHÔNG
B. SPOUSE NGƯỜI HÔN PHỐI	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> KHÔNG	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> KHÔNG	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> KHÔNG
C. FIRST CHILD CON THỨ NHẤT	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> KHÔNG	NOT APPLICABLE KHÔNG ÁP DỤNG CHO CÁC THÀNH VIÊN NÀY	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> KHÔNG
D. SECOND CHILD CON THỨ HAI	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> KHÔNG		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> KHÔNG
E. THIRD CHILD CON THỨ BA	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> KHÔNG		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> KHÔNG

If accepted for the Global Medical Insurance plan, I (we) understand that I (we) may qualify for Global Term Life Insurance and/or Global Daily Indemnity underwritten by International Medical Insurance Company. I (we) do hereby apply to the Global Life Insurance Services Group Insurance Trust, Bank of Bermuda, Hamilton, Bermuda, for Global Term Life Insurance and/or Global Daily Indemnity, as indicated above. I (we) hereby incorporate herein certifications, representations, understandings, agreements, acknowledgements, authorizations, and warranties from the foregoing Application for Global Medical Insurance, and understand and agree that the terms, conditions, restrictions and penalties thereof shall likewise apply hereto. If I (we) have also applied for the optional Global Daily Indemnity plan, I (we) understand that only hospital stays eligible under my (our) Global Medical Insurance plan, excluding pregnancies, are covered. I (we) also understand: (i) there is an additional premium for Global Daily Indemnity, (ii) that in the event IMG does not accept this Application, its sole obligation is to return the premium to me (us), (iii) that the death benefit will be determined by my (our) age at the time of my (our) death, and (iv) that the Master Policy for Global Term Life Insurance and Global Daily Indemnity is issued in Bermuda and is governed by its laws.

Nếu được chấp nhận tham gia chương trình Bảo hiểm Y tế Toàn cầu, tôi (chúng tôi) hiểu rằng tôi (chúng tôi) sẽ có thể đủ điều kiện tham gia Bảo hiểm Tử vong Toàn cầu và/hoặc Tiền Bồi thường Bỏ tấc Điều trị Bệnh viện Nội trú Hàng ngày Toàn cầu được Công ty International Medical Insurance Company bảo hiểm. Tôi (chúng tôi) do đó xin tham gia Bảo hiểm Tử vong Toàn cầu và/hoặc Tiền Bồi thường Bỏ tấc Điều trị Bệnh viện Nội trú Hàng ngày Toàn cầu, như đã chỉ ra ở trên với Quỹ Global Life Insurance Services Group Insurance Trust, thuộc Ngân hàng Bermuda ở Hamilton, Bermuda. Tôi (chúng tôi) xin được kèm theo đơn yêu cầu bảo hiểm này mọi chứng nhận, tuyên bố, thỏa thuận, thống nhất, xác nhận, ủy quyền và đảm bảo từ Đơn yêu cầu mua Bảo hiểm Y tế Toàn cầu đã đề cập ở trên, và hiểu và đồng ý rằng điều khoản, điều kiện, hạn chế và chế tài từ đó cũng được áp dụng ở đây. Nếu tôi (chúng tôi) cũng đã yêu cầu chương trình tùy chọn Tiền Bồi thường Bỏ tấc Điều trị Bệnh viện Nội trú Hàng ngày Toàn cầu, tôi (chúng tôi) hiểu rằng chỉ có việc nằm viện qua đêm hợp lệ theo chương trình Bảo hiểm Y tế Toàn cầu của tôi (chúng tôi), trừ các trường hợp thai sản, là được bồi thường. Tôi (chúng tôi) cũng hiểu rằng: (i) phải đóng thêm phí thường niên khi tham gia Tiền Bồi thường Bỏ tấc Điều trị Bệnh viện Nội trú Hàng ngày Toàn cầu (ii) trong trường hợp IMG không chấp thuận Đơn đăng ký yêu cầu bảo hiểm này thì nghĩa vụ duy nhất của IMG là trả lại phí thường niên cho tôi (chúng tôi), (iii) quyền lợi trong trường hợp tử vong sẽ được xác định bởi tuổi của tôi (chúng tôi) vào thời điểm xảy ra cái chết của tôi (chúng tôi), và (iv) Hợp đồng Bảo hiểm Chủ cho Bảo hiểm Tử vong Toàn cầu và Tiền Bồi thường Bỏ tấc Điều trị Bệnh viện Nội trú Hàng ngày Toàn cầu được phát hành ở Bermuda và được chi phối bởi luật của Bermuda.

Signature of Applicant or Guardian
Chữ kí người nộp đơn hay người giám hộ

Date (Mo./Day/Yr.)
Tháng/Ngày/Năm

Signature of Spouse
Chữ kí người hôn phối

Date (Mo./Day/Yr.)
Tháng/Ngày/Năm

SECTION 5. Deductible Selection and Premium Calculation**PHẦN 5. Lựa chọn mức khấu trừ và tính phí thường niên**

Note: Plan Option, Deductible Selection, Payment Mode, and Area of Coverage must be the same for all Family Members.

Lưu ý: Lựa chọn Chương trình bảo hiểm, Mức khấu trừ, Phương thức thanh toán và Phạm vi bảo hiểm đối với mọi thành viên trong gia đình phải như nhau.

Check one Plan Option	<input type="checkbox"/> Silver	<input type="checkbox"/> Gold	<input type="checkbox"/> Platinum	
<i>Chọn một chương trình</i>	<i>Bạc</i>	<i>Vàng</i>	<i>Bạch kim</i>	
Check one Deductible/ Chọn một mức khấu trừ	<input type="checkbox"/> \$100 (Platinum only/chỉ áp dụng cho chương trình Bạch kim)			
<input type="checkbox"/> \$250	<input type="checkbox"/> \$500	<input type="checkbox"/> \$1,000	<input type="checkbox"/> \$2,500	<input type="checkbox"/> \$5,000
<input type="checkbox"/> \$10,000				
Check one Payment Mode	Annual = 1.00	Semi-annual = 0.55	Quarterly = 0.28	Monthly = 0.10
<i>Chọn một phương thức thanh toán</i>	<i>Hàng năm</i>	<i>6 tháng/lần</i>	<i>Hàng quý</i>	<i>Hàng tháng</i>
Check one Area of Coverage	Worldwide		Worldwide excluding the US and Canada	
<i>Chọn một phạm vi bảo hiểm</i>	<i>Toàn thế giới</i>		<i>Toàn thế giới trừ Mỹ và Canada</i>	

PREMIUM CALCULATION (Applications without payment of premium will not be approved)**TÍNH PHÍ THƯỜNG NIÊN (Đơn yêu cầu bảo hiểm không gửi kèm thanh toán hay phí thường niên sẽ không được chấp nhận)**

Annual premiums may be paid by check, money order, wire transfer or eCheck (available online); or by Visa, MasterCard, American Express, Discover or JCB credit cards. IMG will not accept checks, money orders or wire transfers for semi-annual, quarterly, or monthly payment modes. These alternative payment modes are only accepted with pre-authorization to debit your credit card on the due date(s) of your future premium installment(s) prior to the expiration date. An optional \$25 fee may be paid in addition to the premium to have your insurance certificate express mailed to you after approval.

Phí thường niên có thể được thanh toán bằng ngân phiếu, phiếu chuyển tiền Money Order, chuyển khoản hoặc eCheck (dịch vụ trực tuyến), hoặc bằng thẻ tín dụng Mastercard, American Express, Discover hoặc JCB. IMG sẽ không chấp nhận séc, phiếu chuyển tiền hoặc chuyển khoản đối với phương thức thanh toán 6 tháng/lần, hàng quý hoặc hàng tháng. Việc thanh toán bằng thẻ tín dụng chỉ được chấp nhận nếu có sự ủy quyền trước về việc ghi nợ thẻ tín dụng của quý vị vào ngày đáo hạn thanh toán khoản phí thường niên tiếp theo trước ngày hết hạn. Quý vị có thể sẽ cần thanh toán thêm 25 đôla ngoài khoản phí thường niên nếu yêu cầu gửi chuyển phát nhanh Chứng chỉ Bảo hiểm của mình sau khi được chấp thuận.

METHOD OF PAYMENT/PƯƠNG THỨC THANH TOÁN

Check/Ngân phiếu (Séc) (annual only/chỉ áp dụng cho phương thức thanh toán hàng năm)

Money Order/Phiếu chuyển tiền Money Order (annual only/chỉ áp dụng cho phương thức thanh toán hàng năm)

Wire/Chuyển khoản (annual only/chỉ áp dụng cho phương thức thanh toán hàng năm)

MasterCard Visa American Express Discover JCB

eCheck (ACH) available online/dịch vụ trực tuyến

(Authorized signature required for credit card payments/Thanh toán bằng thẻ tín dụng phải có chữ ký ủy quyền)

Full Name (Họ, Tên đệm, Tên) _____

Checks and money orders should be made payable to International Medical Group, Inc. (IMG). For wire transfer information, please contact IMG. All payments must be made in U.S. dollars and drawn on a U.S. bank at the time application for coverage is made. If paying by credit card, I authorize IMG to debit my Visa/MasterCard/American Express/Discover/JCB credit card account for the total amount due. In the event that I have chosen a semi-annual, quarterly, or monthly modal factor, **I hereby elect to pre-authorize future credit card payment installments for the balance of the annual period of coverage (12 months from the Effective Date), and hereby request and authorize IMG to charge my credit card periodically as payment installments become due for premiums. This authorization will remain in effect for 12 months, unless earlier revoked by me in writing and IMG actually receives notice of revocation, whereupon continuing coverage may be impacted.** Coverage purchased by credit card is subject to validation and acceptance by credit card company.

Ngân phiếu và phiếu chuyển tiền Money Order phải được viết trả cho Tập đoàn Y tế Quốc tế (IMG). Xin liên hệ với IMG để biết thêm thông tin về chuyển khoản. Mọi khoản thanh toán đều phải bằng đồng đô la Mỹ và có thể được chi trả từ một ngân hàng Mỹ vào thời điểm quý vị nộp yêu cầu đăng ký bảo hiểm. Nếu thanh toán bằng thẻ tín dụng, tôi ủy quyền cho IMG trừ tiền vào thẻ tín dụng Visa/Mastercard/American Express/Discover/JCB của tôi đúng bằng khoản tiền phải trả. Trong trường hợp tôi đã lựa chọn phương thức thanh toán 6 tháng/lần, hàng quý hoặc hàng tháng, tôi đồng ý ủy quyền trước để trả cho các khoản trả góp từ thẻ tín dụng của mình cho số tiền còn lại của thời hạn bảo hiểm hàng năm (12 tháng kể từ ngày hiệu lực) và yêu cầu cũng như ủy quyền cho IMG trừ thẳng vào thẻ tín dụng của tôi định kỳ khi tới hạn thanh toán trả góp phí thường niên. Sự ủy quyền này sẽ có hiệu lực trong 12 tháng, trừ trường hợp trước đây tôi đã đưa ra thay đổi bằng văn bản và IMG thực sự đã nhận được thông báo thay đổi, thì việc tiếp tục hợp đồng bảo hiểm có thể bị ảnh hưởng. Bảo hiểm mua bằng thẻ tín dụng phụ thuộc vào hiệu lực và sự chấp thuận của công ty phát hành thẻ.

Credit Card #/Số thẻ tín dụng _____

Exp. Date/Ngày hết hạn _____

(cannot be earlier than last premium installment due date/không thể trước ngày tới hạn thanh toán khoản trả góp phí thường niên cuối cùng)

Authorized Signature/Chữ kí ủy quyền X _____

Name as it appears on card/Tên ghi trên thẻ _____

Daytime Phone#/Số điện thoại ban ngày (_____) _____

Billing Address _____

Địa chỉ gửi hóa đơn _____

REQUESTED EFFECTIVE DATE/NGÀY YÊU CẦU CÓ HIỆU LỰC: _____

(Must be within 30 days after signature. Coverage will in no event be effective until approved./

Phải trong vòng 30 ngày sau ngày kí. Bảo hiểm sẽ không có hiệu lực cho tới khi được chấp thuận.)

Enter the annual Global Medical Insurance premium for each Family Member that corresponds to their age, gender and deductible.

Điền mức phí Bảo hiểm Y tế Toàn cầu thường niên cho mỗi thành viên trong gia đình tương ứng với số tuổi, giới tính và mức khấu trừ

Application cannot be processed unless this section is completed/Đơn yêu cầu sẽ không được xử lý nếu không điền đầy đủ phần này

Primary Applicant/Người yêu cầu bảo hiểm	\$	
Spouse/Người hôn phối	\$	
2nd Child/Con thứ hai	\$	
3rd Child/Con thứ ba	\$	
GMI Subtotal/Tổng Bảo hiểm Y tế Toàn cầu	\$	

Optional Benefits/Quyền lợi tùy chọn

_____ Optional Terrorism Rider/Bảo hiểm Khủng bố X _____ 1. _____
 Check X and enter .25 to the right of the 1. if applicable/Đánh dấu X và điền .25 vào bên phải số 1 nếu chọn
 (Applies only to **Platinum** plan option)/ (Chỉ áp dụng cho Chương trình **Bạch kim**)

GMI Subtotal/Tổng Bảo hiểm Y tế Toàn cầu A = \$ _____

Term Life Unit One \$240 X _____ = B \$ _____
 Bảo hiểm Nhân thọ kỳ 1 # of adults applying/số người lớn yêu cầu

Term Life Unit Two \$180 X _____ = C \$ _____
 Bảo hiểm Nhân thọ kỳ 2 # of adults applying/số người lớn yêu cầu

Term Life Unit One - Child \$100 X _____ = D \$ _____
 Bảo hiểm Nhân thọ kỳ 1 - Trẻ em # of children applying/số trẻ em yêu cầu

Global Daily Indemnity \$100 X _____ = E \$ _____
 Bồi thường Hằng ngày Toàn cầu # of adults applying/số người lớn yêu cầu

Optional Maternity Rider Enter/Điền \$2,500 ở đây F \$ _____
 Bảo hiểm thai sản
 (Applies only to **Silver** and **Gold** plan options/Chỉ áp dụng cho chương trình **Bạc** và **Vàng**)

Optional Sports Rider \$250 X _____ = G \$ _____
 Bảo hiểm Thể thao # of family members applying/số thành viên gia đình yêu cầu
 (Applies only to **Platinum** plan option/Chỉ áp dụng cho chương trình **Bạch kim**)

Subtotal/Tổng (A+B+C+D+E+F+G) = H \$ _____

Total Premium Due/Tổng phí thường niên phải trả

\$ _____ X _____ + \$ _____ =
 Subtotal/ HTổng H Modal Factor/Hệ số mẫu Optional Express Mail*/

I \$ _____

Phí chuyển phát nhanh tùy chọn*

Modal Factors/Hệ số mẫu: Annual/Hàng năm=1.00 Semi-Annual/6 tháng một lần =.55 Quarterly/Hàng quý =.28 Monthly/Hàng tháng =.10

Note: Choosing the semi-annual payment option (modal payment factor .55) results in total payments of 110% of the annual premium, choosing the quarterly payment option (modal payment factor .28) results in total payments of 112% of the annual premium, and choosing the monthly payment option (modal payment factor .10) results in total payments of 120% of the annual premium.

Ghi chú: Lựa chọn hình thức thanh toán nửa năm một lần (hệ số thanh toán mẫu 0.55) cho kết quả là tổng mức thanh toán sẽ là 110% mức phí thường niên, lựa chọn hình thức thanh toán theo quý (hệ số thanh toán mẫu 0.28) kết quả là tổng mức thanh toán sẽ là 112% mức phí thường niên, và lựa chọn hình thức thanh toán theo tháng (hệ số thanh toán mẫu 0.10) kết quả là tổng mức thanh toán sẽ là 120% mức phí thường niên.

Full Name (Họ, Tên đệm, Tên) _____

*Optional \$25 Express mail - Certificate(s) will be expressed mailed to you after approval.

**Phí chuyển phát nhanh \$25 không bắt buộc - Giấy chứng chuyển phát nhanh cho quý vị sau khi đơn yêu cầu bảo hiểm được phê duyệt.*

IF YOU CHOOSE EXPRESS MAIL - Please select the address where you would like your Certificate express mailed (as indicated in Section 1)

NEU CHON HINH THUC CHUYEN PHAT NHANH - Xin vui lòng lựa chọn địa chỉ nhận Chứng Chỉ Bảo hiểm qua thư chuyển phát nhanh (như đã được nêu trong Phần 1)

____ Residence address/*Địa chỉ thường trú*

____ Mail forwarding address/*Địa chỉ chuyển tiếp thư*

____ Other (no P.O. boxes please)/ *Địa chỉ khác (không chấp nhận hòm thư)*

____ I WOULD PREFER TO RECEIVE AN ELECTRONIC CERTIFICATE/ *TÔI MUỐN NHẬN CHỨNG CHỈ BẢO HIỂM QUA EMAIL*

Email address / *Địa chỉ e-mail* _____

SECTION 6/ PHẦN 6. Renewal Contact Information/Thông tin gia hạn bảo hiểm

Please specify the best way to contact you at renewal/ *Xin cho biết cách tốt nhất để liên lạc với quý vị khi cần gia hạn bảo hiểm:*

- Mail (please provide address) _____
Bằng thư (xin ghi rõ địa chỉ)
- Fax (please provide fax number) _____
Fax (xin ghi rõ số fax)
- Email (please provide email address) _____
Email (xin ghi rõ địa chỉ email)

SECTION 7/ PHẦN 7. Insurance Agent/Broker Use Only/ Dành riêng cho đại diện/đại lý bảo hiểm

IMG Producer/Agent #: <i>Mã số Đại lý do IMG cấp:</i>	Agent/Broker Name <i>Tên Đại diện/Đại lý Bảo hiểm</i>
Company Name <i>Tên công ty</i>	
Address <i>Địa chỉ</i>	
City, State, Zip <i>Thành phố, bang, mã bưu chính</i>	Phone <i>Điện thoại</i>
Fax <i>Fax</i>	Email <i>Địa chỉ email</i>
Website <i>Trang web</i>	
Agent/Broker Signature <i>Chữ ký đại diện/Đại lý</i>	GA #

Please mail or fax this application to: / Vui lòng gửi hoặc fax đơn yêu cầu bảo hiểm này tới:

International Medical Group, Inc.
P.O. Box 88509
Indianapolis, IN 46208-0509 USA
Call direct from Vietnam/ Gọi trực tiếp từ Việt nam: 001-317-655-4500
or toll free (in U.S.)/ hoặc gọi miễn phí (trong phạm vi nước Mỹ:) 1-800-628-4664
Fax 001-317-655-4505 || www.imglobal.com

Address change information or additional contact information should also be directed to IMG.

Nếu có thay đổi địa chỉ hay bổ sung thêm thông tin liên lạc xin vui lòng gửi thẳng tới IMG.

The above Vietnamese copy of the Global Medical Insurance Application was translated from the original document written in English. The English version of the Application will take precedence in all matters, especially for interpretation when there is a disagreement.

Bản tiếng Việt trên đây của Đơn Đăng ký Bảo hiểm Y tế Toàn cầu được dịch từ bản gốc tiếng Anh. Bản tiếng Anh của Đơn Đăng ký sẽ được ưu tiên sử dụng trong mọi trường hợp, nhất là để giải thích trong trường hợp có bất đồng.