

退保申请表

日期: _____ 要求退保的开始日期: _____

被保险人: _____ 邮寄地址: _____

Insurance ID Number: _____ Certificate Number: _____

电话号码: _____ Email: _____

我, 签名的被保险人, 希望在上述要求的退保日期取消和终止上述保险。我特此递交这份保单的复印件¹来确认我将取消的保险。请终止与这份保险有关的自动付款或扣款, 并在扣除退保手续费后按剩余的整月退还保费到投保人在保险公司存档的信用卡中, 必要时亦可用支票的形式寄到上述的地址。

签名的被保险人特此声明、保证、确认并同意: a) 投保人希望在上述要求的退保日期取消上述的保险; b) 没有发生过或提交过任何形式的理赔, 将来也不会提交此保险有效期间的理赔申请或接受任何形式的赔付; c) 所有退保手续费和退还的保费都将根据保险证书的条款来计算; d) 退保生效后, 保险公司、IMG、保险代理和代表以及被保险人都将失去此保险证书中赋予的权力、责任与义务。任何人故意提出虚假或欺诈性的理赔来索取赔付或赔偿, 或在申请投保时故意制造虚假信息都属于犯罪行为, 轻则罚款重则监禁。

交流访问项目参与者请注意: 签名的被保险人特此声明、保证、确认并同意: (i) J 签证持有者必须持有符合 J 签证要求的保险并涵盖其在美国访学期间的每一天; (ii) 不保持符合 J 签证要求的保险将会影响其签证状态和在美国的外国人身份, 因此可能导致所得税缴纳要求的改变和处罚, 导致在美国 ACA 医疗法案下的保险要求的改变从而使其必须购买符合美国“minimum essential coverage”要求的保险和担负与之相关的税务罚款。

IMG 保留向交流访问单位、学校和美国国务院报告此项退保的权利。交流访问人员在交流访问期间故意不保持国务院要求的保险或将造假不实材料作为保险提交给交流访问单位都是违法行为, 会被终止交流访问身份。

礼!

 被保险人签名²

此表请寄给:

Insubuy®, Inc.

4200 Mapleshade Ln., Suite 200, Plano, TX 75093 USA

Email: [info\[at\]insubuy.com](mailto:info[at]insubuy.com)

Fax: (972) 767-4470

¹ 保单复印件可以点击此链接下载: <http://www.insubuy.com/clients/>

² 如果此处不是被保险人亲自签名, 签名者保证有权替代被保险人在此签名。