

UNITEDHEALTHCARE INSURANCE COMPANY

學生與其受撫養人續保投保登記表

CHAPMAN UNIVERSITY

2014-670-1

| | | |
|--|----------------------|--------------------|
| 主要被保人 請於下方填寫學生資訊。 | | |
| 社會安全號碼： | | 或學生證號碼： |
| 姓氏： | 名字： | 中間名首字母： |
| 性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 | 出生日期： (月 / 日 / 年) | 預計畢業日期： (月 / 年) |
| 美國永久地址：(住屋 / 樓房門牌和街道名稱) | | |
| 城市： | 州： | 郵遞區號： |
| 電話號碼： | 電子郵件地址： | |

| | | |
|--|--|----------------------|
| 受撫養人資訊 | | |
| 請為要投保的受撫養人填寫以下資訊。受撫養人承保僅向本計畫的被保學生提供 (若有更多受撫養人時請另外增加空白頁)。 | | |
| 配偶社會安全號碼： | 性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 | 出生日期： (月 / 日 / 年) |
| 名字： | 中間名首字母： | 姓氏： |
| 子女社會安全號碼： | 性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 | 出生日期： (月 / 日 / 年) |
| 名字： | 中間名首字母： | 姓氏： |
| 子女社會安全號碼： | 性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 | 出生日期： (月 / 日 / 年) |
| 名字： | 中間名首字母： | 姓氏： |
| 子女社會安全號碼： | 性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 | 出生日期： (月 / 日 / 年) |
| 名字： | 中間名首字母： | 姓氏： |
| 子女社會安全號碼： | 性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 | 出生日期： (月 / 日 / 年) |
| 名字： | 中間名首字母： | 姓氏： |

學生注意事項：承保於一般學生計畫到期後立即生效，且必須在您的學生承保到期日期後 14 天內購買。如果未在 14 天內收到保費，保費將予退還。學生在此簽名即表示確認下列事項：1) 學生已詳閱手冊並選擇按照本投保登記表所述投保；2) 費率以本投保登記表所列為準，不會按比例計算；3) 學生符合手冊所述的承保資格規定；以及 4) 如果後來判定學生不符合資格，保費將予以退還。除不符合資格或入伍外，保費將不予退還。

注意事項：任何人蓄意或有意傷害、詐欺或隱瞞任何保險公司，提出之理賠聲明載有任何不實、不完整或誤導的資訊，均可能受到刑事和 (或) 民事懲罰。

學生簽名：_____ 日期：_____

就讀校區 / 學校：_____

請清楚填寫大學名稱。必須填寫才能處理申請。

我選擇購買本校學生保險計畫的傷害與疾病保險承保。以下是我的選擇。

資格：投保學校的一般學生保單連續達 6 個月，以及不再符合保單投保資格規定的所有被保人，均符合資格可根據學校的有效保單續保不超過 90 天。如果被保人在下一個保單年度開始時仍然符合續保的資格，被保人必須購買學校選擇的新保單之承保。新保單的承保費率與福利以學校在該保單年度的選擇為準。

請勾選所有適用的方格。

投保類別： 續保
每月 (MX)

期間代碼 (上限 90 天)

身分代碼

16 學生 \$ 181.00
 17 配偶 \$ 493.00
 18 每位子女 \$ 214.00
 19 所有子女 \$ 375.00
 20 所有受撫養人 \$ 864.00

生效 / 到期期間：

年度 8/17/2014 至 8/23/2015

計算費率：

費率 x 符合資格的月份數 = 應付金額 範例：\$181.00 x 3 個月 = \$543.00

計算月保費：

月保費：\$ _____

乘以月份數：_____

附上總保費：\$ _____

* 請注意：續約權限將准許您可購買最多連續 3 個月但不超過目前計畫年度的承保。付款金額有誤時將會退還款項，且承保不會生效。

若學生於下個保單年度開始時仍符合續保資格，學生必須購買按學校所選新保單規定承保之任何剩餘月份 (3 個月承保扣除前一保單年度的任何承保月份)。

新保單的承保費率與福利以學校在該保單年度的選擇為準。付款金額有誤時將會退還款項，且承保不會生效。承保於先前續保計畫到期後立即生效，且必須在您的先前續保到期日期後 14 天內購買。如果未在 14 天內收到保費，保費將予退還。

付款說明：支票或匯票收款人抬頭請寫 UnitedHealthcare **StudentResources**，幣值為美金。請將本投保登記表連同保費款項寄至：

UnitedHealthcare **StudentResources**

PO Box 809026

Dallas, TX 75380-9026。

付訖支票是您唯一的收據和承保通知。無論是否收到保費通知，學生均應負責按時繳納保費。