

UNITEDHEALTHCARE INSURANCE COMPANY  
受撫養人投保登記表

CHAPMAN UNIVERSITY

2014-670-1

<b>主要被保人</b> 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：	

<b>受撫養人資訊</b>			
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：**除非主保單另有註明，否則承保將自本公司或本公司代表收到正確保費當日生效，或自承保期間的生效日期起生效，以兩者中日期較晚者為準。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。

請勾選所有適用的方格。

投保類別： 國內學生  國際學生

身分代碼	全年 (A-)	秋季 (F-)	春季 / 夏季 (J-)
2 配偶	<input type="checkbox"/> \$ 3,963.00	<input type="checkbox"/> \$ 1,981.50	<input type="checkbox"/> \$ 1,981.50
3 每位子女	<input type="checkbox"/> \$ 1,729.00	<input type="checkbox"/> \$ 864.50	<input type="checkbox"/> \$ 864.50
4 所有子女	<input type="checkbox"/> \$ 3,041.00	<input type="checkbox"/> \$ 1,520.50	<input type="checkbox"/> \$ 1,520.50
5 所有受撫養人	<input type="checkbox"/> \$ 6,947.00	<input type="checkbox"/> \$ 3,473.50	<input type="checkbox"/> \$ 3,473.50

投保類別： 本國健康科學系  國際健康科學系

身分代碼	全年 (A-)	秋季 (F-)	春季 (G-)	夏季 (S-)
7 配偶	<input type="checkbox"/> \$ 3,963.00	<input type="checkbox"/> \$ 1,321.00	<input type="checkbox"/> \$ 1,321.00	<input type="checkbox"/> \$ 1,321.00
8 每位子女	<input type="checkbox"/> \$ 1,729.00	<input type="checkbox"/> \$ 576.00	<input type="checkbox"/> \$ 576.00	<input type="checkbox"/> \$ 576.00
9 所有子女	<input type="checkbox"/> \$ 3,041.00	<input type="checkbox"/> \$ 1,014.00	<input type="checkbox"/> \$ 1,014.00	<input type="checkbox"/> \$ 1,014.00
10 所有受撫養人	<input type="checkbox"/> \$ 6,947.00	<input type="checkbox"/> \$ 2,316.00	<input type="checkbox"/> \$ 2,316.00	<input type="checkbox"/> \$ 2,316.00

投保類別： 國內法  國際法

身分代碼	全年 (A-)	秋季 (F-)	春季 / 夏季 (J-)
12 配偶	<input type="checkbox"/> \$ 3,963.00	<input type="checkbox"/> \$ 1,981.50	<input type="checkbox"/> \$ 1,981.50
13 每位子女	<input type="checkbox"/> \$ 1,729.00	<input type="checkbox"/> \$ 864.50	<input type="checkbox"/> \$ 864.50
14 所有子女	<input type="checkbox"/> \$ 3,041.00	<input type="checkbox"/> \$ 1,520.50	<input type="checkbox"/> \$ 1,520.50
15 所有受撫養人	<input type="checkbox"/> \$ 6,947.00	<input type="checkbox"/> \$ 3,473.50	<input type="checkbox"/> \$ 3,473.50

生效 / 到期期間：

本國 / 國際

- 一年 8/17/2014 至 8/16/2015  
 秋季 8/17/2014 至 2/1/2015  
 春季 / 夏季 2/2/2015 至 8/16/2015

本國 / 國際  
健康科學系

- 一年 8/25/2014 至 8/23/2015  
 秋季 8/25/2014 至 1/4/2015  
 春季 1/5/2015 至 4/26/2015  
 夏季 4/27/2015 至 8/23/2015

國內法 / 國際法

- 一年 8/18/2014 至 8/23/2015  
 秋季 8/18/2014 至 1/8/2015  
 春季 / 夏季 1/9/2015 至 8/23/2015

**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。

付訖支票或信用卡帳單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。

**限受撫養人：**欲申請受撫養人承保並使用信用卡或 eCheck 在網路付款，請上網到 [www.uhcsr.com/control](http://www.uhcsr.com/control)，並選擇首頁的「您是否需要控制碼？」(Do you Need a Control Number?) 連結。然後按照螢幕指示操作，為您的受撫養人申請承保。您的電子郵件地址務必正確無誤；我們會在系統中登錄您的承保申請，然後寄送一封電子郵件給您，告訴您如何利用信用卡或 eCheck 在網路支付保費。