

UNITEDHEALTHCARE INSURANCE COMPANY
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA DEPENDIENTES

CHAPMAN UNIVERSITY

2014-670-1

PERSONA ASEGURADA PRIMARIA LLENE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN PARA EL ESTUDIANTE.			
N.º DEL SEGURO SOCIAL:		O N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE:	
APELLIDO:		NOMBRE:	INICIAL DEL 2.º NOMBRE:
SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	FECHA DE NACIMIENTO: (MES/DÍA/AÑO)	FECHA PREVISTA DE GRADUACIÓN: (MES/AÑO)	
DIRECCIÓN PERMANENTE EN LOS ESTADOS UNIDOS: (N.º DE CASA/EDIFICIO Y NOMBRE DE LA CALLE)			
CIUDAD:		ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
N.º DE TELÉFONO:		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:	

INFORMACIÓN SOBRE DEPENDIENTES		
Llene la información a continuación para los Dependientes que serán asegurados. La cobertura para dependientes sólo está disponible para los Estudiantes asegurados por el Plan (Incluya una hoja en blanco para Dependientes adicionales).		
N.º DEL SEGURO SOCIAL DEL CÓNYUGE:	SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	FECHA DE NACIMIENTO: (MES/DÍA/AÑO)
Nombre:	Inicial del 2.º Nombre:	Apellido:
N.º DEL SEGURO SOCIAL DEL HIJO:	SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	FECHA DE NACIMIENTO: (MES/DÍA/AÑO)
Nombre:	Inicial del 2.º Nombre:	Apellido:
N.º DEL SEGURO SOCIAL DEL HIJO:	SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	FECHA DE NACIMIENTO: (MES/DÍA/AÑO)
Nombre:	Inicial del 2.º Nombre:	Apellido:
N.º DEL SEGURO SOCIAL DEL HIJO:	SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	FECHA DE NACIMIENTO: (MES/DÍA/AÑO)
Nombre:	Inicial del 2.º Nombre:	Apellido:
N.º DEL SEGURO SOCIAL DEL HIJO:	SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	FECHA DE NACIMIENTO: (MES/DÍA/AÑO)
Nombre:	Inicial del 2.º Nombre:	Apellido:

AVISO PARA EL ESTUDIANTE: La cobertura entrará en vigencia en la fecha en que la Compañía o un representante de ésta reciban la prima correcta, o en la fecha de vigencia del período de cobertura, lo que ocurra después, a menos que en la Póliza Maestra se indique lo contrario. Al firmar a continuación, el estudiante reconoce lo siguiente: 1) que leyó atentamente el folleto y elige inscribirse según se indica en la tarjeta de inscripción; 2) que las tarifas no se prorratean de otro modo que no sea el indicado en esta tarjeta de inscripción; 3) que cumple los requisitos de elegibilidad para esta cobertura según se describe en el folleto; y 4) si posteriormente se determina que el estudiante no es elegible, se reembolsará la prima. La prima no se reembolsará excepto debido a la falta de elegibilidad o al ingreso en las fuerzas armadas.

AVISO: Toda persona que, a sabiendas y con intención de dañar, estafar o engañar a alguna compañía de seguros, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa, puede estar sujeta a sanciones civiles y/o penales.

Firma del Estudiante: _____ Fecha: _____

Campus o Escuela a la que Asiste: _____

Escriba el nombre de la Universidad en letra de imprenta. Se debe llenar para que se procese la solicitud.

Deseo contratar la cobertura del seguro por Lesión y Enfermedad del plan de seguro para estudiantes de la Universidad. A continuación se indican las opciones que he elegido.

MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN.

CATEGORÍA DE LA PERSONA ASEGURADA: Del País Internacional

Códigos de Identificación	Anual (A-)	Otoño (F-)	Primavera/Verano (J-)
2 Cónyuge	<input type="checkbox"/> \$ 3,963.00	<input type="checkbox"/> \$ 1,981.50	<input type="checkbox"/> \$ 1,981.50
3 Cada Hijo	<input type="checkbox"/> \$ 1,729.00	<input type="checkbox"/> \$ 864.50	<input type="checkbox"/> \$ 864.50
4 Todos los Hijos	<input type="checkbox"/> \$ 3,041.00	<input type="checkbox"/> \$ 1,520.50	<input type="checkbox"/> \$ 1,520.50
5 Todos los Dependientes	<input type="checkbox"/> \$ 6,947.00	<input type="checkbox"/> \$ 3,473.50	<input type="checkbox"/> \$ 3,473.50

CATEGORÍA DE LA PERSONA ASEGURADA: Del País, Programas de Ciencias de la Salud
 Internacional, Programas de Ciencias de la Salud

Códigos de Identificación	Anual (A-)	Otoño (F-)	Primavera (G-)	Verano (S-)
7 Cónyuge	<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 Cada Hijo	<input type="checkbox"/> \$ 1,729.00	<input type="checkbox"/> \$ 576.00	<input type="checkbox"/> \$ 576.00	<input type="checkbox"/> \$ 576.00
9 Todos los Hijos	<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 Todos los Dependientes	<input type="checkbox"/> \$ 6,947.00	<input type="checkbox"/> \$ 2,316.00	<input type="checkbox"/> \$ 2,316.00	<input type="checkbox"/> \$ 2,316.00

CATEGORÍA DE LA PERSONA ASEGURADA: Del País, Derecho Internacional, Derecho

Códigos de Identificación	Anual (A-)	Otoño (F-)	Primavera/Verano (J-)
12 Cónyuge	<input type="checkbox"/> \$ 3,963.00	<input type="checkbox"/> \$ 1,981.50	<input type="checkbox"/> \$ 1,981.50
13 Cada Hijo	<input type="checkbox"/> \$ 1,729.00	<input type="checkbox"/> \$ 864.50	<input type="checkbox"/> \$ 864.50
14 Todos los Hijos	<input type="checkbox"/> \$ 3,041.00	<input type="checkbox"/> \$ 1,520.50	<input type="checkbox"/> \$ 1,520.50
15 Todos los Dependientes	<input type="checkbox"/> \$ 6,947.00	<input type="checkbox"/> \$ 3,473.50	<input type="checkbox"/> \$ 3,473.50

PERÍODOS DE VIGENCIA Y VENCIMIENTO:

Del País/Internacional	Del País/Internacional	Del País/Internacional, Derecho
Programas de Ciencias de la Salud		
<input type="checkbox"/> Anual De 8/17/2014 a 8/16/2015	<input type="checkbox"/> Anual De 8/25/2014 a 8/23/2015	<input type="checkbox"/> Anual De 8/18/2014 a 8/23/2015
<input type="checkbox"/> Otoño De 8/17/2014 a 2/1/2015	<input type="checkbox"/> Otoño De 8/25/2014 a 1/4/2015	<input type="checkbox"/> Otoño De 8/18/2014 a 1/8/2015
<input type="checkbox"/> Primavera/Verano De 2/2/2015 a 8/16/2015	<input type="checkbox"/> Primavera De 1/5/2015 a 4/26/2015	<input type="checkbox"/> Primavera/Verano De 1/9/2015 a 8/23/2015
	<input type="checkbox"/> Verano De 4/27/2015 a 8/23/2015	

Instrucciones de Pago: Haga el cheque o giro postal pagadero a UnitedHealthcare Student**Resources** en dólares estadounidenses. Envíe por correo esta tarjeta de inscripción con el pago de la prima a:
 UnitedHealthcare **StudentResources**
 PO Box 809026
 Dallas, TX 75380-9026.
 Su cheque cancelado o resumen de tarjeta de crédito es su único recibo y notificación de cobertura. El estudiante es responsable del pago oportuno de las primas, independientemente de que reciba o no un aviso de la prima.

Sólo para dependientes: Para solicitar la cobertura de dependientes y pagar en línea con tarjeta de crédito o eCheck, vaya a www.uhcsr.com/control y seleccione el enlace "Do you Need a Control Number?" (¿Necesita un Número de Control?) en la página de inicio. Siga las indicaciones en pantalla para solicitar la cobertura de su dependiente. Asegúrese de que su dirección de correo electrónico sea correcta, ya que ingresaremos su solicitud de cobertura en nuestro sistema y le enviaremos un correo electrónico con instrucciones para realizar el pago de su prima en línea con una tarjeta de crédito o con eCheck.