

UNITEDHEALTHCARE GLOBAL 緊急醫療協助
單獨遣返 / 醫療運送投保登記表
本國學生及其受撫養人

CHAPMAN UNIVERSITY

2015-670-4

主要被保人請為學生填寫以下資訊。			
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)	
永久美國地址：(門牌號碼和街道名稱)：			
城市：		州：	郵遞區號：
電話號碼：		電子郵件地址：	
母國：		受訪國：	
要求方案開始日期：		受訪機構 / 中心名稱：	
受訪機構中心地址：			
緊急聯絡人：	關係：	電話號碼：	

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。

備註：請上網 www.uhcsr.com/UHCGlobal 查詢 UnitedHealthcare Global 手冊，其中內容包括服務說明以及方案的排除和限制項目。所有服務均須由 UnitedHealthcare Global 安排和提供，任何非由 UnitedHealthcare Global 安排的服務將不考慮給付。

請勾選所有適用的方格。

投保類別： 單獨遣返 / 醫療運送

識別代碼	全年 (A-)
16 學生	<input type="checkbox"/> \$ 95.00
17 配偶	<input type="checkbox"/> \$ 95.00
18 一個子女	<input type="checkbox"/> \$ 95.00
19 兩個或更多個子女	<input type="checkbox"/> \$ 190.00
20 配偶和 2 個或更多個子女	<input type="checkbox"/> \$ 285.00

注意事項：UnitedHealthcare Global 於 UnitedHealthcare **StudentResources** 收到應付的正確金額當日生效，或於承保期間的生效日期生效，以兩者中日期較晚者為準。

生效 / 到期期間：

一年 8/17/2015 至 8/28/2016

付款說明：支票或匯票收款人抬頭請寫 UnitedHealthcare **StudentResources**，幣別為美元。請將本投保登記卡連同保費款項寄至：

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。