

ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA DE UNITEDHEALTHCARE GLOBAL
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA LA REPATRIACIÓN/EVACUACIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE
PARA ESTUDIANTES DEL PAÍS Y SUS DEPENDIENTES

CHAPMAN UNIVERSITY

2015-670-4

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:	
PAÍS DE ORIGEN:		PAÍS ANFITRIÓN:	
FECHA DE INICIO SOLICITADA DEL PROGRAMA:		NOMBRE DEL CENTRO/INSTITUCIÓN ANFITRIÓN:	
DIRECCIÓN DEL CENTRO/INSTITUCIÓN ANFITRIÓN:			
CONTACTO DE EMERGENCIA:	RELACIÓN:	N.º DE TELÉFONO:	

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:	

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.

NOTA: Visite www.uhcsr.com/UHCGlobal para obtener el folleto de UnitedHealthcare Global, que incluye las descripciones de los servicios y las exclusiones y limitaciones del programa. UnitedHealthcare Global debe coordinar y prestar todos los servicios; no se considerará el pago de ningún servicio que no sea coordinado por UnitedHealthcare Global.

MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN.

CATEGORÍA DE LA PERSONA Repatriación/Evacuación Médica Independiente
ASEGURADA:

Códigos de Identificación	Anual (A-)
16 Estudiante	<input type="checkbox"/> \$ 95.00
17 Cónyuge	<input type="checkbox"/> \$ 95.00
18 Un Hijo	<input type="checkbox"/> \$ 95.00
19 Dos Hijos o Más	<input type="checkbox"/> \$ 190.00
20 Cónyuge y 2 o más Hijos	<input type="checkbox"/> \$ 285.00

AVISO: UnitedHealthcare Global entrará en vigencia en la fecha en que UnitedHealthcare **StudentResources** reciba la cantidad correcta, o en la Fecha de Vigencia del período de cobertura, lo que ocurra después.

PERÍODOS DE VIGENCIA Y VENCIMIENTO:

Anual 8/17/2015 a 8/28/2016

Instrucciones de Pago: Haga el cheque o giro postal pagadero a UnitedHealthcare **StudentResources** 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 cobrado 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.