



UNITEDHEALTHCARE INSURANCE COMPANY
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN LA CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA PARA ESTUDIANTES Y
SUS DEPENDIENTES

CHAPMAN UNIVERSITY

2016-670-4

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:	

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 inmediatamente después del vencimiento del plan del estudiante regular y se la debe contratar dentro de los 14 días de la fecha de vencimiento de su cobertura de estudiante. Si no se recibe la prima dentro de los 14 días, se reembolsará la prima. Al firmar a continuación, el estudiante reconoce lo siguiente: 1) que leyó atentamente el folleto y elige inscribirse según se indica en el formulario de inscripción; 2) que las tarifas no se prorratean de otro modo que no sea el indicado en este formulario 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 conforme al plan de seguro para estudiantes de la Universidad. A continuación se indican las opciones que he elegido.

Elegibilidad: Todas las Personas Aseguradas que hayan estado aseguradas continuamente por la póliza de estudiante regular de la escuela durante al menos 6 meses consecutivos y ya no cumplan los requisitos de Elegibilidad de esa Póliza son elegibles para continuar con su cobertura durante un período de no más de 90 días en la póliza de la escuela vigente. Si una Persona Asegurada aún es elegible para continuar al comienzo del siguiente Año de la Póliza, la Persona Asegurada debe adquirir la cobertura de la nueva póliza elegida por la escuela. La cobertura de la nueva póliza está sujeta a las tarifas y los beneficios seleccionados por la escuela para ese Año de la Póliza.

MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN.

CATEGORÍA DE LA PERSONA ASEGURADA: Continuación

Códigos de los Períodos Mensual (MX)
 (máximo de 90 días)

Códigos de Identificación

- 21 Estudiante \$ 114.00
- 22 Cónyuge \$ 114.00
- 23 Un Hijo \$ 114.00
- 24 Dos Hijos o Más \$ 228.00
- 25 Cónyuge y 2 o más Hijos \$ 342.00

PERÍODOS DE VIGENCIA Y VENCIMIENTO:

Anual 8/25/2016 a 8/24/2017

PARA CALCULAR SU TARIFA:

Tarifa x n.º de meses elegible = cantidad adeudada Ejemplo: \$114.00 x 3 meses = \$342.00

CÁLCULO DE LA PRIMA MENSUAL:

Prima mensual: \$ _____

Multiplicar por el n.º de meses: _____

Prima total adjunta: \$ _____

*NOTA: El Privilegio de Continuación le permitirá contratar hasta un máximo de 3 meses consecutivos, pero siempre dentro año del plan en curso. Los pagos incorrectos se devolverán y no habrá ninguna cobertura en vigencia.

Si el estudiante aún es elegible para continuar con la cobertura al comienzo del siguiente Año de Póliza, el estudiante debe contratar los meses restantes de cobertura (3 Meses de cobertura menos los meses de la cobertura del Año de Póliza anterior) conforme a la nueva póliza elegida por la escuela.

La cobertura de la nueva póliza está sujeta a las tarifas y los beneficios seleccionados por la escuela para ese Año de la Póliza. Los pagos incorrectos se devolverán y no habrá ninguna cobertura en vigencia. La cobertura entra en vigencia inmediatamente después del vencimiento del plan de continuación anterior y se la debe contratar de los 14 días de la fecha de vencimiento de su cobertura de continuación anterior. Si no se recibe la prima dentro de los 14 días, se reembolsará la prima.

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.