

UNITEDHEALTHCARE INSURANCE COMPANY

受撫養人投保登記表

CHAPMAN UNIVERSITY

2016-670-4

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：	

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卡所述投保；2) 費率以本投保登記卡所列為準，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) 如果稍後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：任何人明知或蓄意傷害、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 : 國際學生

識別代碼	全年 (A-)	秋季 (F-)	春季 / 夏季 (J-)
2 配偶	<input type="checkbox"/> \$ 1,453.00	<input type="checkbox"/> \$ 629.00	<input type="checkbox"/> \$ 824.00
3 一個子女	<input type="checkbox"/> \$ 1,453.00	<input type="checkbox"/> \$ 629.00	<input type="checkbox"/> \$ 824.00
4 兩個或更多個子女	<input type="checkbox"/> \$ 2,906.00	<input type="checkbox"/> \$ 1,258.00	<input type="checkbox"/> \$ 1,648.00
5 配偶和 2 個或更多個子女	<input type="checkbox"/> \$ 4,359.00	<input type="checkbox"/> \$ 1,886.00	<input type="checkbox"/> \$ 2,473.00

投保類別 : 國際健康科學系

識別代碼	全年 (A-)	秋季 (F-)	春季 (G-)	夏季 (S-)
7 配偶	<input type="checkbox"/> \$ 1,453.00	<input type="checkbox"/> \$ 522.00	<input type="checkbox"/> \$ 406.00	<input type="checkbox"/> \$ 526.00
8 一個子女	<input type="checkbox"/> \$ 1,453.00	<input type="checkbox"/> \$ 522.00	<input type="checkbox"/> \$ 406.00	<input type="checkbox"/> \$ 526.00
9 兩個或更多個子女	<input type="checkbox"/> \$ 2,906.00	<input type="checkbox"/> \$ 1,043.00	<input type="checkbox"/> \$ 812.00	<input type="checkbox"/> \$ 1,051.00
10 配偶和 2 個或更多個子女	<input type="checkbox"/> \$ 4,359.00	<input type="checkbox"/> \$ 1,565.00	<input type="checkbox"/> \$ 1,217.00	<input type="checkbox"/> \$ 1,577.00

投保類別 : 國際法

識別代碼	全年 (A-)	秋季 (F-)	春季 / 夏季 (J-)
12 配偶	<input type="checkbox"/> \$ 1,455.00	<input type="checkbox"/> \$ 545.00	<input type="checkbox"/> \$ 908.00
13 一個子女	<input type="checkbox"/> \$ 1,455.00	<input type="checkbox"/> \$ 545.00	<input type="checkbox"/> \$ 908.00
14 兩個或更多個子女	<input type="checkbox"/> \$ 2,910.00	<input type="checkbox"/> \$ 1,090.00	<input type="checkbox"/> \$ 1,816.00
15 配偶和 2 個或更多個子女	<input type="checkbox"/> \$ 4,365.00	<input type="checkbox"/> \$ 1,635.00	<input type="checkbox"/> \$ 2,724.00

備註：上述金額包括您取得承保的學校所收取的某些費用。例如，這類費用可能包括與貴校提供本健保計畫相關的行政費用。

生效 / 到期期間：

國際學生		國際健康科學系		國際法	
<input type="checkbox"/> 一年	8/25/2016 至 8/24/2017	<input type="checkbox"/> 一年	8/25/2016 至 8/24/2016	<input type="checkbox"/> 一年	8/25/2016 至 8/24/2017
<input type="checkbox"/> 秋季	8/25/2016 至 1/29/2017	<input type="checkbox"/> 秋季	8/25/2016 至 1/02/2017	<input type="checkbox"/> 秋季	8/25/2016 至 1/08/2017
<input type="checkbox"/> 春季 / 夏季	1/30/2017 至 8/24/2017	<input type="checkbox"/> 春季	1/03/2017 至 4/14/2017	<input type="checkbox"/> 春季 / 夏季	1/09/2016 至 8/24/2017
		<input type="checkbox"/> 夏季	4/15/2017 至 8/24/2017		

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。

僅限受撫養人：如欲要求受撫養人承保並使用信用卡或電子支票網路付款，請上網 www.uhcsr.com/control，然後在首頁選擇「您是否需要控制號碼？」(Do you Need a Control Number?) 連結。按照螢幕上的提示操作，為您的受撫養人要求承保。確保您的電子郵件正確無誤；我們會將您的承保要求輸入我們的系統，然後傳送電子郵件，說明如何用信用卡或電子支票網路繳納保費。