

医疗保险豁免申请

*豁免申请截止日期：
本豁免申请必须在此日期前签署完毕并与您的保险单一同提交：*

*在此日期后您必须为 Drexel ELC 所提供的医疗保险缴付费用。所缴付费用不能退款。
没有医疗保险您**不可以**上课。*

我要求得到豁免，不加入 Drexel University English Language Center 的强制性医疗保险计划。提交这份豁免申请代表了我了解我有责任保持自己一直拥有医疗保险。

科系 Intensive English (密集英文) _____

名字 _____

姓氏 _____

出生日期 _____

性别 _____

公司名称 _____

保险单编号 _____

保险 ID 编号 _____

索偿电话号码 保 _____

险生效日期 _____

保险结束日期 _____

担保人 / 公司 _____

我特此证明，我乃以上所列保险的投保人，并会在我于 Drexel ELC 学习期间一直拥有此保险。

我选择保留我的私人医疗保险提供者，因此提交此豁免申请。如果申请获得批准，则代表我同意 Drexel University English Language Center 不需为任何因紧急医疗状况而造成的问题负上任何责任。

学生签名 _____

日期 _____

重要信息！

Drexel University 的一贯政策是所有学生在校期间都必须拥有医疗保险。若您选择另外一个医疗保险提供者，请附上一份您的保险单的副本。您的文件上必须清楚以英文写上：

- 您的全名（姓氏和名字）。
- 你的出生日期
- 您的 ID 编号，以及保险单编号。
- 您的保险的生效和结束日期，时间必须涵盖您在 ELC 学习的整个学期。
- 保险范围必须满足可能的就医和住院费用需要，包括至少\$500,000 的意外保险以及\$500,000 的疾病保险。请确保保险单明确指出所包括的服务范围。注：旅游、回国、残障和 / 或人寿保险不可替代医疗保险。
- 保险公司在美国的名称、电话和地址，以便紧急时联系用（可讲英文）。
- 豁免申请必须在以上申请截止日期前提交。

ELC 行政人员签名 _____

MSL HG SC |