

# Broward College

## Internationale student - Dekkingsformulier ziektekostenverzekering

**Instructies voor studenten :** Vraag uw verzekeringsmaatschappij om dit formulier in te vullen en te e-mailen naar [intadmfx@broward.edu](mailto:intadmfx@broward.edu) of fax het naar (954) 201-7086. Voor vragen kunt u contact opnemen met:

**Broward College / Office of International Admissions E-mail:** [int-admissions@broward.edu](mailto:int-admissions@broward.edu) **Telefoon: (954) 201-7228**

De verzekeringsmaatschappij moet verifiëren dat de onderstaande basisvoordelen gedekt zijn.

*VRIJGEVEN VAN INFORMATIE: Ik machtig hierbij mijn verzekeringsmaatschappij om de volgende informatie vrij te geven aan het personeel van Broward College, indien nodig. Ik begrijp verder dat ik mijn polis moet laten herzien/verlengen aan het einde van de hieronder aangegeven goedkeuringsperiode.*

Volledige naam afdrukken \_\_\_\_\_ Handtekening \_\_\_\_\_

Broward College Student-ID-nummer \_\_\_\_\_

**Instructies voor verzekeringsmaatschappij :** Vul onderstaande gegevens in. Vermeld de naam van de verzekerde, de naam van de verzekeringsmaatschappij, het polisnummer en de dekkingsdata. Voor de punten 1 t/m 3 vult u "JA" in (voor elke gedekte of overschreden uitkering in de polis van de verzekerde) en "NEE" voor niet gedekte uitkeringen. Druk uw naam en titel af en onderteken en dateer vervolgens het onderstaande formulier.

Achternaam leerling \_\_\_\_\_ (voornaam/gegeven) \_\_\_\_\_

Naam verzekeringsmaatschappij \_\_\_\_\_

Polisnummer \_\_\_\_\_

Data van dekking (begin) \_\_\_\_\_ (eindig) \_\_\_\_\_

Het is internationale studenten niet toegestaan zich te registreren of zich te blijven inschrijven aan het Broward College zonder aan te tonen dat hij of zij over een adequate ziektekostenverzekering beschikt, inclusief, maar niet beperkt tot, ziekte, ongevalletsel, medische evacuatie en repatriëring. Het wordt aanbevolen dat studenten een verzekering afsluiten zonder dekkingsverschil tussen de termijnen.

**Omcirkel "JA" (voldoet aan of overtreft de minimumvereisten) of "NEE" voor elk vermeld item.**

JA NEE 1. Dekkingsperiode (selecteer hieronder de toepasselijke periode)

-Val	22/08/2016 tot 01/09/2017
-Lente	01/09/2017 tot 15/05/2017
-Zomer	15/05/2017 tot 21/08/2017
-Jaarlijks	22/08/2016 tot 21/08/2017
-Ander	(zie data van de dekkingsperiode hierboven vermeld)

JA NEE 2. De polis biedt dekking voor grote medische kosten, inclusief maar niet beperkt tot ziekenhuiskamer- en ziekenhuiskosten bestuur, ziekenhuis diversen, doktersbezoeken, chirurgie, anesthesie, etc.

JA NEE 3. Dekking voor medische evacuatie en medische repatriëring.

**AAN DE VERTEGENWOORDIGER VAN DE VERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ:** Lees en onderteken het volgende: *Ik heb de informatie op dit formulier geverifieerd en elk item hierboven ingevuld. Als het bovengenoemde beleid wordt beëindigd, zal ik Broward College, International Admission Office, onmiddellijk op de hoogte stellen.*

Naam Titel \_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Telefoon \_\_\_\_\_

**Voor BC-kantoorgebruik:**

Goedkeuring/afwijzing Handtekening \_\_\_\_\_

Herzien op 29-04-2016

Datum \_\_\_\_\_