

VOYAGER

美国境内非美国公民意外伤害及疾病医疗保险计划



Student Health Insurance

www.isoa.org

(800) 244-1180

ISO17V

这个计划不符合 ACA 的规定

目录

受保资格	4
赔付	4
定义	6
责任免除	7
医疗运送 / 送返	9
遗体送返	9
PPO – 首选供应商组织	9
保险期限	9
理赔程序	10
退款规定	10
投诉	11
认购协议	11
协助服务	12
注册表	13

保障责任一览表

	VOYAGER
保单号码	LF003251
每宗伤害或疾病	\$150,000
生存期医疗最高赔付额	无上限
自付额 ¹	\$150
共同保险 ²	100%
产科	不受保
医疗运送/送返	\$50,000
AD&D - 意外死亡和残疾	\$10,000

¹每宗伤害或疾病

²参见下文关于每宗事件的意外伤害和疾病赔付说明以及每日赔付限额。

月保险费

年龄	VOYAGER
7 – 24	\$79
25 – 29	\$85
30 – 64	\$119
子女	\$125

*这个计划不符合 ACA 的规定。

受保资格

如果您是非美国公民并且是 ISO（国际留学生组织）的会员，即具备受保资格。参保人必须持有当前有效的护照或者去美国的签证并且暂时居住在原籍国 / 永久居留国以外的地区。

陪同参保人同行的非美国公民、法定抚养子女也具有受保资格。在本保险中，如果参保人的原籍国（护照签发国）与永久居留国（参保人永久居留的地方）不是同一个地方，则这两个地方都不在保险范围内。永久居民或已申请永久居留权的个人不具备本保单的受保资格。

赔付

医疗费用支付金额将不会超出以下所示的赔付额上限，每宗事件赔付额上限达 \$45,000。已支付赔付额达 \$45,000 最高限额之后，将按保险责任一览表所示每宗伤害或疾病最高赔付额内的正常、合理和惯常费用的 80% 理赔。赔付遵照“赔付规定协调”执行。

承保费用是网络内供应商的首选补贴，或是导致伤害或引发疾病的意外发生当日起 13 周内产生的网络外供应商对必要的医疗服务和医疗用品收取的正常、合理和惯常费用。参保人必须在事故发生之日或者疾病开始之日起 30 天内开始接受治疗。

承保的医疗费用包括：

	VOYAGER
医院住宿和膳食费用：住院期间双人病房的每日费用。每宗赔付天数最多为 30 天	每天最高赔付 \$1,250，每宗赔付天数最多为 30 天
重症监护：最多赔付 8 天。此项赔付可作为医院住宿和膳食费用支付	每天最高赔付 \$1,775，每宗赔付天数最多为 8 天
医院其他费用：住院治疗时。以下服务和用品产生的费用将给予赔付：手术室、化验室化验、X 射线检查、麻醉、药物（不包括带回家服用的药物）或药品、治疗服务及用品的费用	每天赔付 \$500，每宗赔付天数最多为 30 天
外科医生的费用赔付（住院病人或门诊病人）：医生的手术费用。承保医疗费用将按住院病人手术赔付额或门诊病人手术赔付额支付，但不会同时赔付两项费用	最高赔付 \$3,000
助理外科医师费用（住院病人或门诊病人）	外科医生费用可赔付金额的 25%

手术费用（当天出院）：针对门诊病人的手术（当天出院）；不包括保险范围外的手术以及在医院急诊室、外伤中心、医生办公室或诊所进行的手术。以下服务和用品产生的费用将给予赔付：手术室、化验室化验以及X射线检查的费用，包括专业服务费、麻醉费、药物或药品费、治疗服务和用品费	最高赔付 \$1,000
住院前检查费用	最高赔付 \$900
麻醉费赔付(住院病人或门诊病人)	外科医生费用可赔付金额的 25%
诊断 X 射线和化验室服务费用	每宗最高赔付 \$400
计算机辅助测试扫描、正电子发射计算机断层扫描或核磁共振	最高额外赔付 \$250
救护服务	最高赔付 \$400
医生探视费用（住院病人或门诊病人）：赔付限每天一次医生探视。赔付不适用于与外科手术相关的情况。承保医疗费用将按住院病人或门诊病人的医生探视费赔付额支付，但不会同时赔付两项费用	每次探视赔付 \$50，每天一次，最多赔付 30 次
咨询医生费用：经主治医生要求及批准	最高赔付 \$400
急诊室赔付：包括主治医生出诊费、X 射线诊断、实验室程序、使用急诊室及用品的费用。每宗额外自付额 / 自付额为 \$300。如果参保人从急诊室转入住院治疗，可免除额外的自付额。自付额付清后，该计划将按 80% 赔付合理和惯常费用	正常、合理和惯常费用的 80%
精神障碍和神经紊乱费用（住院病人）	按 80% 赔付。每个保险期限最多赔付 30 天
精神障碍和神经紊乱费用（门诊病人）	每年最多赔付 40 次探视，每个保险期限最高赔付额为 \$5,000，按 80% 赔付
酗酒 / 药物滥用治疗费用	与任何其他疾病相同
紧急牙科治疗费用：1)由医生执行；并且 2)因自然牙受伤而必需采取的治疗。常规的牙科护理和牙龈治疗不包括在赔付范围内（参见责任免除 20）	最高赔付 \$500
放射治疗及 / 或化学疗法	最高赔付 \$1,000
物理疗法（住院病人或门诊病人）	每次探视赔付 \$35，每天一次，最多赔付 12 次
耐用医疗设备 – 支架和器具：必须是医生处方要求使用的医疗设备：1)主要并且通常用于医疗目的；2)可经受反复使用；3)通常在个人没有受伤的情况下没有用处。超出购买价的租金不予赔付	最高赔付 \$1,000
处方药物（门诊病人）	每宗最高赔付 \$100

赔付规定协调： 当参保人拥有其他有效的、可赔偿的医疗保险计划时，本保单的赔付额会和其他的保险计划进行协调。所有保险计划的赔偿不会超过 100%。关于赔付规定协调的完整说明包含在相关保险计划经理存档的保险计划文档中。

遵守州法令： 若保险证明的任何规定在生效日与其所依据的州法令相冲突，谨对该规定进行修改，以满足该法令的最低要求。

意外死亡和残疾

如果参保人所受伤害在承保的意外事故发生当天起 365 天内导致以下所示的任何一项损失，我们将按以下标准支付赔付金额，最高赔偿额达\$10,000。如果同一事故中涉及多项损失，我们仅赔付金额最高的一项。

承保范围	赔付金额
丧生	最高赔偿额的 100%
两项或以上身体部分.....	最高赔偿额的 100%
一项身体部分.....	最高赔偿额的 50%
同一只手的拇指和食指	最高赔偿额的 25%

“身体部分”指的是丧失手或脚、丧失视力、丧失言语能力，以及丧失听觉。“丧失手或者脚”指的是完全切断腕关节或者踝关节以上部分。“丧失视力”指的是完全、永久丧失一目视力。“丧失言语能力”指的是完全、永久性丧失语言沟通能力。“丧失听觉”指的是完全、永久性丧失双耳听觉，并且无法恢复，也不能通过任何渠道得到矫正。“丧失同一只手的拇指和食指”指的是完全切断同一只手的拇指和食指，或者完全切断两根手指掌指关节（即手指与手掌之间的关节）以上部分。“切断”指的是身体某部分完全分离并且断离。

定义

具备受保资格的费用： 参保人因受伤而发生的必要医学治疗过程中，获得服务或用品而产生的正常、合理和惯常费用。该费用必须在承保范围有效期内产生。

参保人： 保单注册 / 申请认定具备受保资格，身份为离开其原籍国并且在美国境外拥有真实固定或永久住址和主要住所的非美国居民，并且持有当前有效护照，且按时缴纳保险费而成功投保的人员或受抚养人。

家属 指参保人的：

- 1) 合法配偶（如果未合法分居或离异），或同居伴侣或公民联盟生活伙伴。
- 2) 26 岁以下的未婚子女。

年龄限制将不适用于终身依靠参保人或其他护理服务供应商护理及监护以及因 26 岁之前出现的精神或身体缺陷导致无法自立谋生的参保人未婚子女。此类需要终身依靠以及无法自立谋生的情况必须在注册时立即向保险公司提供证明，或者在该子女达到年龄限制的 31 天内提供。此后将会在合理必要的情况下要求提供证明，但在达到年龄限制 2 年之后每年不超过一次。

配偶： 合法配偶（如果未合法分居或离异），或同居伴侣或公民生活伙伴。

子女： 参保人的亲生子女、养子女（或者以收养为目的安置在参保人家中的子女）、寄养子女、继子女或者依法由参保人监护的子女（需要提供相关证明）。子女必须和有父母关系的参保人在一起居住。注意：如果参保人和其他家长共有监护权时，子女必须和参保人一起居住的规定将会免除。

伤害： 在参保人的承保范围生效后，因意外事故导致的相关肢体受伤、直接或间接的并发症和身体虚弱，在承保范围有效期内因受伤导致理赔。同一参保人在一次事故意外中产生的所有伤害（包括所有相关状况和复发的受伤症状）将被视为一宗伤害。

医生： 具备资格的医学从业者。该医生必须在所在州法律规定其执照许可的范围内提供合法的医疗服务。保险理赔涉及的医生不得为参保人本人或其配偶、子女、父母、兄弟姐妹及其他亲属。

所购保险生效前已存在的疾病： 参保人的保险生效当天之前 365 天期间出现的伤害或疾病、病症或其他健康问题，且参保人：1)因早期症状显现后加重或突发或出现症状而接受或经医生建议接受化验、检查或医学治疗，并促使参保人寻求进一步的诊断、护理或治疗；或者 2)获取或接受药物或药品的处方。（此定义不适用于以下情况：参保人在保险计划生效前 365 天内，在没有任何专业医师建议下，单纯地靠某种处方药品治疗或控制病情。）。

疾病： 在承保有效期内，参保人发生疾病产生费用，并在保险有效期间以疾病为由要求理赔。参保人正在接受治疗或者已经接受治疗的因该疾病导致的并发症或病情将被视为原发疾病的一部分。

首选补贴： 网络供应商将接受的具备参保资格的费用全额。

每年最高赔付额： 每个承保期限的可赔付上限，短至 3 个月，最长可达 365 天。

生存期医疗最高赔付额： 所有连续承保期限可支付的赔付额上限。

正常、合理和惯常费用： 费用发生地区内最常见的类似专业医疗服务、药品、手术、医疗设备、用品或治疗方法所收取的费用，前提是该费用属于合理收费。该费用取自以下额度中较少的一种：

- 医务服务提供方惯常收取的实际费用；
- 协议后价格；或者
- 在同一地理区域内，其他医务服务提供方对同类医疗服务和用品资源的平均收费标准，同类医疗服务或用品的合理性由我方定义。

同一地理区域是指在前三位邮政编码相同的区域范围之内提供的专业医护服务、治疗、手术、药品或用品。必要情况下可在更大的区域范围内获取类似治疗、医护服务、手术、医疗器械、药品或用品的具有代表性的跨部门收费标准。

赔付期： 从导致可赔付伤害的意外发生当天起的时期，详见保障责任一览表，以及无更多赔付可支付的当天之后的时期。

如需查看完整的定义列表，请参见保险计划经理备案的统括保单。

责任免除

由以下原因直接或间接导致的损失或费用无法照常赔付：

1. 在精神正常或者精神失常时自杀或者企图自杀（包括用药过量）自我毁灭，企图自我破坏或蓄意自我伤害；
2. 战争或者战争的任何行为（无论是否宣战）；
3. 自愿性，积极参与暴动或叛乱；
4. 任何有效的、可获赔保险理赔额之外的机动车事故导致的医疗费用；
5. 器官移植；
6. 治疗因参保人自愿使用酒精、违禁药物或者任何药物或药物治疗故意不采取制造商所推荐的剂量或参保人的医师处方的用途直接或间接造成或导致参保人遭受伤害或疾病；

7. 在无保单的情况下参保人不需要负责的承保医疗费用；
8. 痤疮粉刺的治疗；
9. 超出正常、合理和惯常费用的费用；
10. 不属于医疗上必需的费用；
11. 向参保人提供的不需要任何费用的收费服务；
12. 在原籍国内产生的超出\$500 的治疗费用；
13. 在 13 周赔付期后或承保日期终止后产生的医疗费用；
14. 定期健康检查、免疫接种、接种疫苗；常规体检，或者处于正常健康状态、没有任何客观症状或受伤迹象而进行的检查；
15. 由参保人的直系亲属提供的服务或治疗；
16. 完全是以医疗治疗为目的注册，同时已在具体治疗等候名单之上等待治疗，或者在医生的反对意见下出行；
17. 所购保险生效前已存在的疾病；但是，如果参保人在同一保险计划连续投保达 6 个月，那么投保前已存在的疾病也在保障范围内；
18. 妊娠或者分娩；选择性堕胎；选择性剖腹产；
19. 促进或防止受孕的药物、治疗或手术手段，或者防止生产，包括但不限于：人工受孕、不孕治疗或者性无能、绝育或因此所接受的治疗；
20. 牙科护理或治疗，意外发生 6 个月内所提供的承保医疗费用中规定的在参保人所购保险有效期间因完好的天然牙齿和牙龈受伤而发生的牙科治疗除外；
21. 眼镜、隐形眼镜、助听器支架的设备或检查或处方；
22. 柔弱足、高弓足或者扁平足、鸡眼、老茧或者长入肉里的脚趾甲；
23. 在医院急救室发生的但不具备急救性质的诊疗费用；
24. 任何其他个人或者团体保单给付的费用或者提供的治疗，或者雇主安排的其他服务或医疗预付款计划可提供的治疗或给付的费用，或者任何强制性政府项目或者机构免费向任何个人提供的治疗
25. 因参与以下活动造成的损伤：登山、滑翔、跳伞、蹦极、赛马、机动车或摩托车、雪上摩托车、骑摩托车 / 小型摩托车、潜水等涉及水下呼吸器运动，除非经过 PADI 或 NAUI 认证；浮潜、喷气式划水艇运动、滑雪、洞穴探险、滑翔伞、漂流、冲浪等运动，除非是学校学分课程的一部分；以及滑雪板运动。
26. 因参加业余、俱乐部、校内、校际、大学院校之间、职业或者半职业运动比赛或与其相关的练习而导致的伤害；
27. 选择性的或整容性的手术和因先天异常而进行的选择性或非选择性的治疗（另行规定的除外），但因保险覆盖的伤害或者疾病而导致的整形外科手术除外（鼻中隔偏曲矫正被视为整容手术，但因保险覆盖的伤害或者疾病而导致的除外）；
28. 因乘坐或飞行任何飞机而导致的损失，包括登机或降落，或者乘坐无运输执照或者并非用于运输乘客的飞机。
29. 通过任何核燃料或者任何核废料，核燃料燃烧所产生的电离辐射或放射性污染，任何核装配及其组件的放射性、毒害性、爆炸性或其他危险特性；
30. 参保人被暴露在使用核、化学或大规模杀伤性生物武器的环境中；

医疗运送 / 送返

在承保期间，如果参保人遭遇的伤害或者疾病要求对参保人进行必要的紧急救护运送，那么将对承保的费用进行赔付，赔付金额不超过保障责任一览表中规定的最高金额。紧急运送必须由合法执业医生提出，证实参保人的伤害或者疾病的严重程度要求立即紧急救护运送。

“医疗运送”指的是：

如果本地的合法执行医生和获授权的旅游协助公司确定从医疗角度判断必须将参保人送到医院或可获得适当医疗服务的医疗机构，或者将其送返原籍国，以治疗不可预见的急性或危及生命的疾病或者伤害，且邻近地区没有足够的医疗设施，送到能够提供治疗的最近医院或医疗机构所产生的运送费用将按正常和惯常费用支付。所有费用必须以书面的形式获得核准，或者通过核准的电子或者电话方式提前进行核准。如果对核准有任何疑问，请联络 On-Call International（国际热线），电话号码为 (866) 509-7715 或 (603) 328-1728。

遗体送返

如果参保人在旅行期间身故，将支付从身故开始 30 天之内的费用用于最低限度上必需的灵柩，准备并将参保人的遗体送返至其原籍国 / 永久居留国。

所有费用必须以书面的形式获得核准，或者通过核准的电子或者电话方式提前进行核准。如果对核准有任何疑问，请联络 On- Call International（国际热线），电话号码为 (866)509-7715 或(603)328-1728。

PPO – 首选供应商组织

本保险计划项下的受保人可选择在 First Health 或 Multiplan 网络内或者网络外接受治疗。

First Health – (800) 226-5116 / www.myfirsthealth.com

MultiPlan – (888) 342-7427 / www.multiplan.com

保险期限

保险计划在以下最晚日期的凌晨 12:01 开始生效：

- a. 保单生效日期；或者
- b. 承保公司或其指定代表收到注册表和保险费的日期；或者
- c. 注册表上申请的日期；或者
- d. 参保人进入美国境内的日期。

保险将在以下最早日期终止：

- a. 已付保险费的到期日；或者
- b. 参保人返回其原籍国且不再具有受保资格的日期；或者
- c. 开始服兵役的日期。

意外伤害和疾病的附加保障福利

如果保险终止时参保人在住院治疗，将继续赔付直到参保人出院或者支付金额达到最高赔付额，取较早者。任何情况下赔付持续时长均不会超出保险期限后的 30 天。

新生儿保险计划：新生儿的保险计划在出生之时起生效。参保人必须在新生儿出生后 31 天之内通知保险公司。如果未在 31 天之内通知保险公司并交纳额外需要支付的保险费，新生儿的保险计划将会在最初被承保 31 天的期限之后终止。

理赔程序

在罹患疾病或者受伤时，参保人应该向学生健康中心（如有）或者最近的医生或者医院汇报情况。本保险计划项下的参保人可选择在 First Health 或 Multiplan 网络内或者网络外接受治疗。赔付率取决于医护类别，详见保障责任一览表和医疗费用赔付。

请将完整填写的理赔表和相关文件邮寄给理赔管理员，地址为：**HealthSmart, 3320 West Market Street, Suite 100, Fairlawn, OH 44333**。请务必在承保损失发生或者结束之后 90 天内，或者在之后的合理可能时间内尽快将填写完整的理赔表、所有详细账目、声明和收据提交给理赔管理员。

如果您需要查看已提交理赔的状态，您可在星期一至星期五美国东部标准时间早上 9:00 至下午 5:00 拨打理赔部电话 (800) 203-4720，或者发送电子邮件至 iso@healthsmart.com。您也可以在 24 小时内的任何时间登录 www.healthsmart.com/iso.aspx 在线查询理赔状态。

退款规定

仅当参保人参军时，才考虑退还保险费。对于预先支付的保险费，仅退还剩余完整月份的预收保险费。退款请求必须以书面形式提出，医疗保险 ID 卡必须同时交还。如果保险期间已有理赔备案，则不考虑退还保险费。所有退费要经过保险计划经理批准。所有经批准的注销都需要扣除 \$50 ISO 手续费。

承保公司：Advent Syndicate 780 at Lloyd's

保险经理：ISO

本手册为您提供 VOYAGER 保险计划的保障责任一览表，由 Advent Syndicate 780 at Lloyd's 承保。Lloyd's 在 2016 年被 AM Best Company 评为 A（优秀）。

请保存此手册，作为 ISO（国际留学生组织）备案统括保单所指定的保险计划摘要。保单中已涵盖了本手册所列明的相同条款与条件的完整介绍，包括：保障责任、限制和例外情况，由 Advent Underwriting Ltd. 代表 Advent Syndicate 780 at Lloyd's 承保。若两者有任何差异，一切以保单为准。

投诉

投诉处理流程参见 <https://www.isoa.org/faq>。

认购协议

本人特此申请成为成立于开曼群岛的国际留学生组织（以下称“信托机构”）的参保人，参加由 Lloyd's 特定承保人（以下称“承保人”）向信托机构的参保人提供的保险计划（以下称“保险计划”）。本人了解，保险计划不属于一般的健康保险产品，但其目的是用于应对离开本人的原籍国外出旅行时突然发生的以及意料之外的事件。本人了解，为本人提供的保险计划将于本人返回原籍国时终止，除非本人处于赔付期或者具备资格参加原籍国的保险计划。本人了解，本人可以向保险计划经理索要一份保单，以便了解保险计划完整的详细信息。本人了解，承保人作为保险承保方的责任如保单所述。接受保险计划以及 / 或者提交赔付申请，意味着参保人同意签名者的行为，并且对参保人具有约束力。

参保人保证按时全额支付其参保的保险计划的保险费。受托人不应对此类付款的管理承担责任。

如果参保人无法按时支付其参保的保险计划的保险费，经保险公司视情况自行决定，此保险计划失效。

参保人特此确认，向受托人提供的与其参与的保险计划以及 / 或者认购保险计划相关的所有声明和保证的所有信息有效性均准确无误，包括本认购协议的条款（以下合称“声明和保证”）。参保人承认，承保人作为此项保险计划的供应商将会依赖于此类特定信息，且如果此类信息不准确可能会导致与参保人相关的此保险计划失效，无法参保且无法获得保险赔付的所有款项。参保人特此保证会告知受托人关于构成上述声明和保证的事宜的任何变更。参保人特此保证，如因声明和保证中的信息不准确导致受托人蒙受损失（包括律师费），或者无法告知受托方有关声明和保证所涉及相关事宜的变更，参保人会赔偿并确保受托人不遭受损失。参保人同意，受托人应有权依赖并参照声称由参保人提供的书面说明行事，且参保人特此保证，确保受托人不因参照此类书面说明行事而蒙受损失（包括律师费）。

如赔付任务已经批准，承保人应向参保人或直接向供应商支付该保险计划条款规定的费用。受托人不应对此类付款的管理承担责任。

本人确认且彻底明白，此项保险计划适合本人并且本人符合受保资格标准。此项保险计划不受 PPACA 的管辖，且没有相关的患者保护与平价医疗法案（简称“PPACA”）所要求的保险条款。PPACA 还要求一些雇主向其员工提供符合 PPACA 的医疗保险计划。对于此类未参与基本保险计划的美国居民或公民，以及某些未向其员工提供 PPACA 保险计划的雇主可能会给予税务处罚。在某些情况下，即使某些个体的保险未涵盖 PPACA 所要求的全部保障，但可能仍被视作已具备 PPACA 要求的最低基本保障。您应该咨询您的律师或税务专业人士，以确保该保险政策符合您可能需要承担的相关 PPACA 责任。此项保险计划并非提供给美国居民和公民。本保单无需承诺日后是否会再次发布或更新。

协助服务

协助服务由 On Call International 提供。协助服务概要如下。

旅行前协助

- 帮助您安排旅行期间需要的特殊医疗服务

急诊服务

- 全球 24 小时医疗定位服务
- 病例监控，安排病人与家人、医生、雇主、领事馆等之间的沟通。
- 安排医疗运输
- 有关医疗情况的紧急通讯服务

法律援助

- 可在全球范围内就非刑事法律紧急情况 24 小时之内随时联系我们
- 法律转介可帮您寻找领事官员或者律师旅行协助

旅游协助

- 帮您处理护照遗失、票据遗失和文件遗失事宜

On Call International

- 美国或加拿大： (866) 509-7715
- 国际：请拨打 (603) 328-1728 联系国际热线客服
- 紧急电子邮件： mail@oncallinternational.com

注册表

保险费率以及赔付金额对 2017 年 4 月 1 日至 2018 年 3 月 31 日期间的注册有效。您可注册参保，最短期限为 3 个月，最长可达 12 个月。

若要立即在线注册，请访问 www.isoa.org

请填写以下表格，如果支付方式为信用卡或借记卡，可通过邮件或传真发给我们。或者将支票或汇票与表格一起寄至 ISO。

姓：_____ 名：_____

护照号/ 学生号：_____ 学校名称：_____

原籍国：_____ 性别：男_____ 女_____

出生日期：_____/_____/_____
月 日 年 护照签证类型：_____

美国地址：_____

城市：_____ 州：_____ 邮编：_____

手机号码：_____ 家庭电话：_____

电子邮件：_____

申请保险生效日期：_____/_____/_____
月 日 年

如果您是 ISO 国际留学生组织的参保人，即具备受保资格。您必须在您的原籍国 / 永久居留国以外才能获得保险赔付。

我想注册参加 VOYAGER (LF003251)_____

1) 申请人： 投保月数_____ x \$_____ = \$_____

2) 配偶： 投保月数_____ x \$_____ = \$_____

3) 子女 1： 投保月数_____ x \$_____ = \$_____

4) 子女 2： 投保月数_____ x \$_____ = \$_____

5) 年服务费： = \$25_____

6) 包含的全部费用：（该笔金额必须与付款金额相等） = \$_____

如申请投保，请填写完整的姓名和出生日期：

	姓	名	出生日期	性别（请打圈）	签证类型
配偶			mm / dd / yyyy	男 / 女	
子女 1			mm / dd / yyyy	男 / 女	
子女 2			mm / dd / yyyy	男 / 女	

本人希望按照本手册所述条款注册投保。

欺诈警告：任何人故意提出虚假的或者有欺骗性的请求，要求赔偿损失或赔付或者故意在申请保险时提供虚假信息，均属于犯罪行为，可能会面临罚款和监禁。

签名 _____

请从我的信用卡/借记卡扣款： Visa [] MC [] AMEX [] Discover []

信用卡/借记卡卡号： _____

持卡人姓名： _____

账单地址： _____

卡到期日 ____ / ____ 安全码（3 位数 CVV） _____
月 / 年

持卡人签名： _____

如以支票形式支付，请在支票抬头填写 ISOA 并将支票邮寄到： 150 West 30th Street, Suite 1101, New York, NY 10001。传真注册表至： (212) 262-8920（如使用信用卡支付）

若要立即在线注册，请访问 www.isoa.org

如有任何问题，请马上联系我们：

(800) 244-1180 | mailbox@isoa.org | www.isoa.org

ISO 代表随时为您提供协助！