

ENROLLMENT FORM  
2013-2014

INTERNATIONAL OPT STUDENT  
ACCIDENT AND SICKNESS INSURANCE - UNIVERSITY OF WISCONSIN

WI OPT

PLEASE PRINT - COMPLETE ALL INFORMATION

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LAST NAME

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FIRST NAME

MI

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MAILING ADDRESS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

APARTMENT/UNIT No.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MALE FEMALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mo. DAY YEAR

DATE OF BIRTH

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CITY

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

STATE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ZIP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TELEPHONE NUMBER

PLEASE INDICATE WHICH UNIVERSITY OF WISCONSIN CAMPUS YOU ARE ATTENDING:

- ☐ Eau Claire - 2235 ☐ Oshkosh - 1679 ☐ Platteville - 2596  
☐ Stout - 1171 ☐ Superior - 2491

E-MAIL ADDRESS

COVERAGE: I want coverage to begin on \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ and continue for \_\_\_\_ whole months.

Any fraction of a month must be calculated as a whole month.

MONTHLY RATE

NO. OF MONTHS

TOTAL PREMIUM

OPT Student \$150.00 x \_\_\_\_\_ = \$ \_\_\_\_\_

By your signature hereon, acknowledgement is made that 1) you meet the eligibility requirements as described within the insurance brochure; and 2) if at any time it is determined you did not meet the eligibility requirements for this coverage, the only liability the Company has is the refund of premium, subject to any claims for which benefits had been paid prior to discovery of the ineligibility.

Signature - Student - Parent - Guardian

Date

METHOD OF PAYMENT:

- ☐ Check / Money Order\* Payable To: AMA & Associates  
☐ Credit Card - The Company will charge 4% of your total premium for processing via your credit card.

CREDIT CARD PAYMENT AUTHORIZATION - Please bill my credit card for my insurance. (Complete credit card information below.)

AMOUNT CHARGED \$ \_\_\_\_\_ ☐ MASTER CARD ☐ VISA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LAST NAME

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FIRST NAME

MI

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CREDIT CARD NUMBER

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

EXP. DATE

SIGNATURE - CARDHOLDER

DATE

MAIL TO:

AMA & Associates  
P. O. Box 659570  
San Antonio, TX 782651

DEPENDENTS To Be INSURED

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SPOUSE - LAST NAME

☐ MALE ☐ FEMALE

FIRST NAME

MI

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHILD - LAST NAME

☐ MALE ☐ FEMALE

FIRST NAME

MI

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHILD - LAST NAME

☐ MALE ☐ FEMALE

FIRST NAME

MI

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHILD - LAST NAME

☐ MALE ☐ FEMALE

FIRST NAME

MI

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATE OF BIRTH

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATE OF BIRTH

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATE OF BIRTH

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATE OF BIRTH