



Anthem Blue Cross 的保险福利计划
 小型企业解决方案。
 适用可行的配套方案。

雇员申请书

小型团体保险福利服务
 Anthem Blue Cross
 P.O. Box 9062
 Oxnard, CA 93031-9062
 www.anthem.com/ca

团体参保号码

请以黑墨水正楷填写，完成后将字面朝内并封口文件夹以保障隐私，然后交给您的团队负责人。为避免不必要的延误，请务必回答此申请书中的所有问题和确认您已签字并填写申请日期。

1. 请问您的雇主询问其为您购买的保险福利计划，然后在以下内容中作出选择：

Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company 的保险福利计划：

- Hospital BeneFits 仅包括住院保险福利
- Hospital BeneFits Plus 住院保险福利+有限的门诊就医保险福利
- Hospital BeneFits Preferred 住院保险福利+有限的门诊就医、口腔科及眼科医疗保险福利
- PPO \$35 Copay GenRx 全面的 PPO 医疗保险福利+基本药品保险福利
- Lumenos HSA 3000 若经您的雇主指导，Anthem Blue Cross 将为您个人名下开设健康储蓄帐户提供便利。

Anthem Blue Cross 的保险福利计划：

- Power Select HMO 在以邮政编码选定的区域内提供全面的 HMO 医疗保险福利

请就 Select HMO 计划选择您的 IPA:

其他: _____

2. 请问您的雇主询问是否向您提供其它保险福利.....

口腔科医疗保险福利：（若您已选择了第一部分中的 Hospital BeneFits Preferred，请跳过此项。）请问您的雇主询问您可否申请参保下列口腔科医疗保险福利计划。如果可以申请参保，请从中选择一项进行参保：

Anthem Blue Cross Life and Health 的保险福利计划：

- 蓝十字口腔科福利计划 (Dental Blue)
- 其它: _____

Anthem Blue Cross 的保险福利计划：

- 口腔科医保网络 (Dental Net) - 请填写您所选择口腔科办公室电话号码: _____

人寿保险福利：

请问您的雇主询问是否为您提供购自 Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company 的人寿保险福利。以下问题涉及人寿保险福利，若雇主不为您提供相应人寿保险福利，请勿加以回答。

眼科医疗保险福利：

（若您已选择了第一部分中的 Hospital BeneFits Preferred，请跳过此项。）请问您的雇主询问您可否申请参保下列眼科医疗保险福利计划。如果可以申请参保，请从中选择一项进行参保：

- 蓝十字眼科福利计划 (Blue View Vision) 或 蓝十字眼科福利附加计划 (Blue View Plus)
- 由 Anthem Blue Cross Life and Health 提供

3. 欲参保雇员请提供下列所需信息（必须由雇员自己填写）：

- 新团体参保
- 新职工个人参保
- 雇员预算调解法 (COBRA)
- COBRA/加州雇员预算调解法 (Cal-COBRA)
- 有家庭成员需赡养
- 变更福利内容
- 加州雇员预算调解法 (COBRA)
- 有效期: _____
- 最近参保人员
- 其他
- (Cal-COBRA 申请者需缴纳第一个月的相关保险金)

姓	名	中间名	社会安全卡号或身份证号
家庭住址（非郊区地址请勿使用邮政信箱）	公寓号码	婚姻状况 <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 家庭伴侣 (DP)	配偶/家庭伴侣之社会安全卡号或身份证号
所在城市	所在州	邮政编码	参保人家属人数 (包括配偶或伴侣)
雇主名称	职业/工作岗位名称	家庭电话号码 ()	办公电话号码 ()
聘用日期	<input type="checkbox"/> 兼职 <input type="checkbox"/> 全职	薪水（期望值） 美元	每周工作小时数
		<input type="checkbox"/> 每小时 <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月	
寿保受益人 - 姓	名	中间名	关系

本申请书将寄发给您，我们可寄发除英语外其它语言版本的申请书。您需要那种语言版本？（可选择）

- 西班牙语 汉语 朝鲜语 日语 阿拉伯语 高棉语 越南语
- 亚美尼亚语 塔加路族语 波斯语 俄语 苗语 其它 _____



10526CH 2/08 RB 01



4. 请告之我们您和您的合适参保受抚养家属的相关信息.....

合格的受抚养家属可以是雇员的合法配偶或家庭伴侣，可以是雇员行使监护权的未成年人（未成年人的监护权可由司法判予并为该监护人所接受），可以是雇员或雇员之配偶/家庭伴侣的年龄 19 岁以下的未婚子女，也可以是雇员或雇员之配偶/家庭伴侣的年龄 19-24 岁之间的未婚子女（需为全日制在校学生，且需符合联邦工资税收制度中“受养人”的标准）。其中学生身份证明应每年以书面的形式向 Anthem Blue Cross 出具。参保人受抚养家属的关系证明也应以书面的形式出具。举例来说，某一现有参保人欲将其配偶或家庭伴侣列为参保人家属，此时该参保人应出具结婚证、家庭伴侣证或具同等效力之证件的复印件。若欲将收养之子女列为参保人家属，需要参保人提供收养（或收养意向）的合法依据。

增加家庭成员： 结婚日期或家庭伴侣声明日： *** | | | | | | | | | | 收养日期： *** | | | | | | | | | |

性别	姓	名	中间名	身高	体重	出生日期 月 日 年	残疾	仅受保于 HMO:	
								一般保健医生号码	目前患者
<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	雇员						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	配偶/家庭伴侣						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 儿子 <input type="checkbox"/> 女儿							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 儿子 <input type="checkbox"/> 女儿							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 儿子 <input type="checkbox"/> 女儿							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 儿子 <input type="checkbox"/> 女儿							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

请注意：若您的任何参保受抚养家属其住址与前页第二部分中所填写的不符，请另附纸张填写其住址。

5. 若您本人拒绝参保或您拒绝将您的任何家属列为参保人受抚养家属，请填写以下内容：

参保类型：	拒绝参保者：	拒绝参保之理由：（若拥有其它保险计划，请出具相关证明）
医疗保险计划 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶/家庭伴侣 口腔科保险计划 （若提供） <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶/家庭伴侣 眼科保险计划 （若提供） <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶/家庭伴侣	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶/家庭伴侣	<input type="checkbox"/> 受保于其它雇主负责之团体保险计划；承保人姓名及身份证号： _____ <input type="checkbox"/> 受保于 Anthem Blue Cross 的个人医疗保险计划 <input type="checkbox"/> 受保于军人医疗保险计划 (Tricare) <input type="checkbox"/> 受保于联邦医疗保险计划 (Medicare) <input type="checkbox"/> 受保于医疗补助保险计划 (Medi-Cal) <input type="checkbox"/> 已参加其它保险计划；名称： _____ _____ <input type="checkbox"/> 其它： _____
人寿保险计划 （若提供） <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶/家庭伴侣	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶/家庭伴侣	<input type="checkbox"/> 其它： _____

本人承认，本人之雇主已向本人阐明本人可参保之保险福利计划的相关内容，本人知道自己具有申请参保的权利。本人可以申请参保，但本人不希望自己和（或）自己的受抚养家属参保。本人所作之上述决定完全出于自愿，绝对未受任何强迫或影响。本人已明确，若此次拒绝参保该团体医疗保险（除本人和/或本人之受抚养家属拥有其它团体医疗保险外），本人及本人之家属经过最长为十二 (12) 个月的等待期方可再次有资格参保此项团体医疗和/或人寿保险计划。该等待期包括六 (6) 个月的参保范围排除期。若发生某些特殊情况（如：出现新的受养家属，或因某一受养家属而致本人失去其它保险福利），本人和/或本人之家属将被转入一特别受保期。若发生下列情况，则上述十二 (12) 个月的等待期失效：(1) 经查实，本人拒绝参保此次团体医疗保险的理由是由于当时正享有其它雇主医疗保险福利或医疗补助 (Medi-Cal) 中无自付费用，而目前本人已失去其它雇主医疗保险福利或在 Medi-Cal 中有自付费用；(2) 本人之雇主向本人提供了多种医疗保险福利计划，本人在此次申请参保活动期间已选择了其它医疗保险计划；(3) 经法院判决，本人若参保此医疗保险计划，需为本人之配偶或未成年子女付保；或 (4) 若本人在此次参保之前三十 (30) 日内由于婚姻、生育、收养或确认收养而拥有新的家属，这些家属也可能被列为参保家属。

若此次本人因拥有其它或团体医疗保险计划而拒绝为自身或本人之家属（包括本人之配偶/家庭伴侣）参保，本人须在其它其它或团体医疗保险计划失效（或雇主停止为本人支付原有的保险费用）之后三十 (30) 日之内再次申请参保。

在确认拒绝参保前请您斟酌再三。请您注意，提供个人医疗保险产品的公司通常要求您出具个人医疗记录，这有可能增加您的付保额度或因您申请参保被拒而致您完全处于无医保状态。

X
拒保人（自身拒保/受抚养家属拒保）签字： _____ 日期（月/日/年） _____



6. 健康状况问卷 — 您对该问卷之内容所作的回答将对您的雇主保密

本参保申请书中所列之参保人员：

1. 是否因下列情况而接受过咨询、医学治疗及其相关建议、住院治疗等服务：

心血管疾病或心脏病；中风；肾脏、胃、肠道或肝脏功能异常；肌肉骨骼异常；精神或神经异常；
中枢神经系统异常；糖尿病；呼吸系统功能异常；恶性肿瘤或免疫功能缺陷、艾滋病、
或艾滋病相关并发症（不包括 HIV 检测结果）？ 是 否

2. 在最近的二十四 (24) 个月内，接受过外科手术或入住医院、疗养院、康复机构及特别护理机构或
医疗费用超过 5,000 美元？ 是 否

3. 在最近的十二 (12) 个月内，服用过经由医师或其它医疗从业人员开方而得的药物？ 是 否

4 a. 是否有任何女性参保家属处于妊娠状态？ 是 否

b. 若您在此申请书中所填之性别为男性，您是否正期待与其它人共同生育一名子女
（不论与您共同生育子女者是否列于此申请书之中）？ 是 否

5. 此申请书中所列之参保人员是否吸食烟草制品？ 是 否

若您在上述 1-4b 的问题中的全部或任一的答案为“是”，请填写以下内容（必要时可另附纸张继续填写）：

问题 # ___ 患者姓名 _____
接受治疗的原因 _____
接受治疗的日期：开始于 _____ 结束于 _____
若目前仍接受治疗请勾选于此

所接受的治疗内容 _____
所服用的药物名称及剂量 _____
服药的日期： 开始于 _____ 结束于 _____
若目前仍服药请勾选于此

问题 # ___ 患者姓名 _____
接受治疗的原因 _____
接受治疗的日期：开始于 _____ 结束于 _____
若目前仍接受治疗请勾选于此

所接受的治疗内容 _____
所服用的药物名称及剂量 _____
服药的日期： 开始于 _____ 结束于 _____
若目前仍服药请勾选于此

问题 # ___ 患者姓名 _____
接受治疗的原因 _____
接受治疗的日期：开始于 _____ 结束于 _____
若目前仍接受治疗请勾选于此

所接受的治疗内容 _____
所服用的药物名称及剂量 _____
服药的日期： 开始于 _____ 结束于 _____
若目前仍服药请勾选于此

问题 # ___ 患者姓名 _____
接受治疗的原因 _____
接受治疗的日期：开始于 _____ 结束于 _____
若目前仍接受治疗请勾选于此

所接受的治疗内容 _____
所服用的药物名称及剂量 _____
服药的日期： 开始于 _____ 结束于 _____
若目前仍服药请勾选于此



填写完毕，请移去胶带并折叠封口。

社会安全卡号或身份证号

7. 其它保险计划 — 请确认完成这份重要信息：

A. 若此申请书中所列之参保人已受保于其它团体保险计划，
在正式参保本计划后是否仍继续其它团体保险计划？ 是 否

若回答为“是”，
请填写相应参保人员的姓名： _____

提供相应保险计划的保险公司名称： _____

B. 此申请书中的参保人目前是否受保于其它医疗保险计划？ 是 否

此申请书中所列之参保人员是否在过去的六 (6) 个月中受保于其它医疗保险计划？ 是 否

若回答为“是”，
请填写申保人/家属的姓名： _____

欲继续参保的其它保险计划之类别： 团体 个人 其他： _____

提供相应保险计划的保险公司名称： _____

参保相应保险计划开始于： _____ 结束于： _____

C. 此申请书中的参保人目前是否受保于口腔科医疗保险计划？ 是 否

若回答为“是”，
请填写申保人/家属的姓名： _____

欲继续参保的其它保险计划之类别： 团体 个人 其他： _____

提供相应保险计划的保险公司名称： _____

参保相应保险计划开始于： _____ 结束于： _____

D. 此申请书中所列之参保人目前是否正申请参加联邦医疗保险或接受联邦医疗保险所提供的相关福利？ 是 否

请注意：若您符合参加联邦医疗保险的条件，Anthem Blue Cross 将不会重复受理。

递交以往医疗保险计划的相关证明

根据联邦与州相关法律，欲参加此保险计划者须将相关证明和申请书附在一起。

证明可以是以下形式出具：

1. 前任付保人的相关证明， **或**
2. 身份证复印件**以及**显示医疗保险扣款支出记录之存根的复印件， **或**
3. 最近所支付之医疗保险金帐单的复印件。

请注意，若您无法出具以往所参加之医疗保险计划的相关证明，您或您的家属将被置于为期六 (6) 个月的参保范围排除期内。



10526CH 2/08 RB 04



8. 授权声明 — 此声明需由全体参保雇员签字同意方可生效。

我同意：据我所知和所信的，此表格中所提供之信息皆为真实可靠。本人已理解，该申请书及 Anthem Blue Cross 和（或）Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company 在保险计划生效日之前所获取的任何信息均旨在使相应保险计划可顺利实施。同时本人也授权雇主按保险计划相关成本从本人收入中扣除相应金额。本人郑重确认，本人已为雇主永久聘用，并在其工作地点工作。

本人已理解，本人所享之福利由雇主负责申报和确定，只有当相关申报为 ANTHEM BLUE CROSS 和 ANTHEM BLUE CROSS LIFE AND HEALTH INSURANCE COMPANY 所接受并批准后，相应福利方能为本人所享。

参保资格的废止：本人已提供完整的材料信息，这些都是接受或拒绝参保申请时要考虑的。本人已理解并同意，本人独自对所提供之信息的真实性与完整性负责；本人同时郑重声明并保证，本人在此申请表中所提供的有关本人家中 18 岁以下未成年人的信息真实且完整。另外，此申请表中所列之本人家中 18 岁以上者均已阅读过该申请表并准确、完整地提供了相应信息。本人已理解并同意，若 Anthem Blue Cross 发现本人有意提供不完整或有假的信息、抑或在此参保协议生效前拒给 Anthem Blue Cross 信息，Anthem Blue Cross 可废止本人的参保资格。这意味着 Anthem Blue Cross 可取消本人的参保资格，就像从来没有存在过。

若 Anthem Blue Cross 通过联合取证的方式确认废止您的参保资格，Anthem Blue Cross 将寄发给您一份书面通知，此通知包含了废止参保资格决定的理由以及您所相应享有的上诉权利。若此次参保资格被废止，您今后还可以再次申请参保。您仍需支付您在参保资格被废止之前作为参保成员所应缴纳的各项费用，Anthem Blue Cross 也将履行此期间的相应理赔义务（理赔已完成者除外）。本人已亲自阅读了上述条款并保证本人此次申请参保过程中提供的信息真实可靠。若本人此次参保申请被接受，此申请书将作为本人与 Anthem Blue Cross 之间所达成之相应合同的一部分。本人及所参保之家庭成员均同意遵守合同中的相关规定。

签名：

本人现申请订购定期人寿保险：在此申请书中本人欲向 Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company 的人寿保险部门订购定期人寿保险产品。若以下情况之中的任一或多个发生，Anthem Blue Cross Life and Health 的人寿保险部门将参考此申请书中的相关信息以决定是否向本人提供其定期人寿保险产品：1) 本人之雇主拥有 2-10 名参保雇员；2) 此申请书之递交日期距本人前次参保的有效截至日期已逾三十 (30) 日；3) 本人此次所申请之定期人寿保险产品的保额超过 50,000 美元。

雇员签名（若申请定期人寿保险）

X

注意：签署此申请书意味着您已同意，若发生任何相关医疗过失索赔纠纷，您将放弃采取司法途径解决的权利，转由中立裁决途径加以解决。

雇员签字

X

日期（月/日/年）

本人现申请参加优先医疗服务提供者组织 (PPO) 的医疗保险：本人已理解，若本人在非医保定点医疗机构就诊，本人自费之医疗费用将增加。在选择 PPO 医疗保险后，若本人至非医保定点医疗机构就诊，保险理赔金额按已商定之赔付比之中比例较小者计算，本人则将自行承担赔付范围以外的所有费用。

本人现申请参加健康管理组织 (HMO) 医疗保险：本人已理解，若本人所受之医疗服务未经本人之保健医生团队批准，本人将自行承担该医疗费用的费用。

本人现申请参加专项服务提供者组织 (EPO) 配套健康储蓄账户 (HSA) 的医疗保险：本人已理解，此项医疗保险自付部分比例高，适用于 EPO。一旦本人在非医保定点医疗机构就诊，可进一步增加自付之医疗费用。本人已理解，该医疗保险计划并不包括为本人开设 HSA。若欲开设 HSA，本人先与具备资质的财务机构取得联系。另外，本人也应就相关问题向缴税机构进行咨询。

仲裁协议：若您的保险计划属私营单位雇员保险计划，且受 1974 年颁布的雇员退休金保障法 (ERISA) 管辖，在此所产生的保险福利纠纷可能不为仲裁机构受理；若本人所参保之计划属雇主发起的福利计划，并受 1974 年颁布的美国法典 29 章 1001 条 ERISA 管辖，我已理解，任何伴有不利的保健理赔福利决策的纠纷可能无法执行强制约束仲裁。但同时本人也理解，若发生不利的保健理赔福利决策的纠纷，可在向 ERISA 提出申诉后转由非强制约束仲裁途径解决。

本人已理解，本人和（或）本人共同受保之家庭成员若与 ANTHEM BLUE CROSS LIFE AND HEALTH INSURANCE COMPANY 发生任何纠纷，且纠纷所涉及金额超过司法裁决中有关小额度保险纠纷庭审的范围，同时无法经由司法诉讼或庭审途径解决（除加州相关法律为仲裁途径提供司法审查），应由约束仲裁加以解决。这意味着本人与 ANTHEM BLUE CROSS LIFE AND HEALTH 均放弃各自就相应保险纠纷寻求司法裁决的权利。此时 ANTHEM BLUE CROSS LIFE AND HEALTH 与本人均放弃以开庭审理方式向对方就相关纠纷提出要求或争议。有关约束仲裁的更多内容，请参阅您的授权书。

本人已理解，本人和（或）本人共同受保之家庭成员若与 ANTHEM BLUE CROSS 或其下属机构发生任何纠纷（包括医疗过失索赔），且纠纷所涉及金额超过司法裁决中有关小额度保险纠纷庭审的范围，同时无法经由司法诉讼或庭审途径解决（除加州相关法律为仲裁途径提供司法审查外），应由约束仲裁加以解决。这意味着 ANTHEM BLUE CROSS 与本人均放弃以开庭审理方式审判医疗过失索赔和其它纠纷的权利。此时 ANTHEM BLUE CROSS 或其下属机构与本人均放弃以开庭审理方式向对方就相关保险纠纷提出要求或争议。有关约束仲裁的更多内容，请参阅“含保条例”一栏中的内容。

本人经过仔细核对，保证本人在此申请书中所提供之信息真实可靠、绝无造假。签字为证。

HIV 检测的禁令：加州法律禁止医疗保险公司把接受 HIV 检测作为参保人获得医疗保险的条件。

完成此申请书后，请移去页内的胶带，折叠以密封，然后将申请书提交给您的雇主。若信息未填写完整，此申请书将寄回并要求您填写完整。这可能会延后您所参保之计划的生效日期。



完成此申请书后，请移去页内的胶带，折叠以密封，然后将申请书提交给您的雇主。



医疗保健计划由 Anthem Blue Cross 提供。保险计划由 Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company 提供。Anthem Blue Cross 是美国加利福尼亚州 Blue Cross 的商标。拥有 Blue Cross Association 的独立经营执照。® ANTHEM 是一个注册商标。® The Blue Cross 的名称及图案是 Blue Cross Association 的注册标识。



10526CH 2/08 RB 06