



Anthem Blue Cross에서 제공되는 보험 혜택
 소규모 사업체를 위한 해결책
 가장 이상적인 계획

직원 신청서

소그룹 서비스
 Anthem Blue Cross:
 P.O. Box 9062
 Oxnard, CA 93031-9062
 www.anthem.com/ca

그룹 번호

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

검정색 펜이나 타이프를 사용해서 신청서를 작성한 다음 내부 페이지를
 밀봉한 후 그룹 관리자에게 보내십시오. 처리 지연 가능성을 방지하기
 위해서는 모든 질문에 답변하고 반드시 서명과 날짜를 기입하십시오.

1. BeneFits 보험 정책이 제공되는지 여부를 고용주에게 확인한 후 선택 항목을 확인하십시오.

Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company:

- Hospital BeneFits 입원비만 지급
- Hospital BeneFits Plus 입원비 + 제한된 의사 진찰 혜택
- Hospital BeneFits Preferred 입원비 및 제한된 의사 진찰, 치과 및 안과 혜택
- PPO \$35 Copay GenRx 일반 약품 혜택을 포함하여 종합적인 PPO 보상
- Lumenos HSA 3000 고용주가 지정한 경우 Anthem Blue Cross는 귀하의 이름으로 의료적립계좌를
 개설할 수 있도록 돕습니다.

Anthem Blue Cross:

- Power Select HMO 선택된 우편번호에서 종합적인 HMO 보상 제공

Select HMO에 대한 IPA를 선택하십시오:

기타: _____

2. 다른 보상이 제공되는지 여부에 대해 고용주에게 확인하십시오.

치과: (섹션 1에서 Hospital BeneFits Preferred 보험 정책을 선택한 경우 이 섹션을 건너뛰십시오.) 다음의 치과 보상 옵션이
 제공되는지 여부에 대해 고용주에게 확인하십시오. 해당하는 경우 등록하길 원하는 항목을 하나만 선택하십시오.

- Anthem Blue Cross Life and Health: Anthem Blue Cross:
 Dental Blue Dental Net - 치과 번호를 선택하십시오:
 기타: _____

생명: Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company에서 생명 보험 옵션이 제공되는지 여부에 대해 고용주에게
 확인하십시오. 해당하지 않는 경우 생명 보험과 관련된 질문을 무시하십시오.

안과: (섹션 1에서 Hospital BeneFits Preferred 보험 정책을 선택한 경우 이 섹션을 건너뛰십시오.) 다음의 안과 보상 옵션이
 제공되는지 여부에 대해 고용주에게 확인하십시오. 해당하는 경우 등록하길 원하는 항목을 하나만 선택하십시오.

- Blue View Vision 또는 Blue View Plus
 Anthem Blue Cross Life and Health에서 제공됨

3. 다음의 등록 정보를 기재하십시오(직원이 작성해야 함).

- 새 그룹 등록 신규 고용 COBRA COBRA/Cal-COBRA
- 가족 추가 보상 범위 변경 Cal-COBRA 발효일:
- 낮은 등록 기타 (Cal-COBRA 신청인은 첫 달의 보험료를 기입해야 합니다.)

성	이름	중간 이니셜	사회보장번호 또는 ID 번호
집 주소 (지방 사서함 번호를 제외하고 사서함 번호가 허용되지 않음)	APT 호수	결혼 상태 <input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 동거인(DP)	배우자/DP 사회보장번호 또는 ID 번호
도시	주	우편 번호	부양가족 수 배우자/DP 포함
고용주 이름	직업/직함	직장 전화번호 ()	
고용일	<input type="checkbox"/> 계약직 <input type="checkbox"/> 정규직	급여 (필수) \$	<input type="checkbox"/> 시간당 <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 매월
생명 보험 수혜자 - 성	이름(성 제외)	중간 이니셜	관계

귀하게 정보가 발송될 때 영어 외의 다른 언어로 작성된 정보를 보낼 수도 있습니다. 귀하께서 선호하는 언어는 무엇입니까? (옵션)

- 스페인어 중국어 한국어 일본어 아랍어 크메르어 베트남어
 아르메니아어 따갈로그어 페르시아어 러시아어 몽족어 기타 _____



10526KO 2/08 RB 01

신청서를 작성한 후 테이프를 뜯은 후 접어서 밀봉하십시오.

사회보장번호 또는 ID 번호

7. 기타 보상 - 중요한 정보이니 반드시 완전 작성하시기 바랍니다.

A. 이 신청서가 승인될 경우 신청서에 기재된 사람 중 다른 그룹 보상을 계속해서 받으려는 사람이 있습니까?..... 예 아니오

그렇다면 경우:

이름: _____

보험 회사: _____

B. 보상 범위를 신청한 사람 중 현재 의료 보험 혜택을 받고 있는 사람이 있습니까?..... 예 아니오

보상 범위를 신청한 사람 중 지난 6개월 동안 의료 보험 보상을 받은 사람이 있습니까?..... 예 아니오

그렇다면 경우:

신청인/가족 구성원 이름: _____

지속적인 보상 종류: 그룹 개인 기타: _____

보험 회사: _____

보상 적용일: _____ 종료일: _____

C. 현재 보상 범위를 신청한 사람 중 치과 보험 혜택을 받고 있는 사람이 있습니까?..... 예 아니오

그렇다면 경우:

신청인/가족 구성원 이름: _____

지속적인 보상 종류: 그룹 개인 기타: _____

보험 회사: _____

보상 적용일: _____ 종료일: _____

D. 보상 범위를 신청한 사람 중 Medicare에 대한 자격이 있거나 현재 Medicare 혜택을 받고 있는 사람이 있습니까?..... 예 아니오

주: Medicare에 대한 자격이 있는 경우 Anthem Blue Cross는 중복된 의료 혜택을 제공하지 않을 수 있습니다.

보상 증빙 자료 제출

연방 및 주법을 준수하기 위해 신청서에 이 보상에 대한 증빙 자료를 첨부해야 합니다.

허용되는 증빙 자료 양식:

1. 이전 보험 회사의 보상 증명서 또는
2. ID 카드 사본 및 의료 비용 공제가 표시된 원천징수명세서 사본 또는
3. 가장 최근의 의료 보험 납부서 사본

이전의 보상 증빙 자료를 제시하지 않을 경우 귀하 또는 가족 구성원의 가입 신청이 6개월간 사전 전제 조건 제외의 영향을 받을 수 있습니다.



10526KO 2/08 RB 04



신청서를 작성한 후 안쪽 페이지에 있는 테이프를 뜯은 다음, 접어 밀봉한 후 고용주에게 제출하십시오.

8. 허가서 - 다음 허가서는 보증을 신청하는 모든 직원들이 서명해야 합니다.

동의: 본인은 본 양식에 기재된 모든 정보가 정확하고 사실임을 인정한다. 본인은 이 신청서와 발효일 이전에 Anthem Blue Cross 및/또는 Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company에서 수집한 모든 정보가 보험 정책에 의해 보험 보상이 발생할 수 있는 기초가 됨을 이해한다. 본인은 고용주가 이 보험 비용에 대해 적용되는 부담금을(있는 경우) 내 수익에서 공제할 수 있음을 인정한다. 본인은 회사의 정규직으로 근무하고 있음을 확인한다.

본인은 고용주의 신청서를 통해 보상 범위가 결정되고 이 신청서와 고용주가 작성한 신청서가 ANTHEM BLUE CROSS AND ANTHEM BLUE CROSS LIFE AND HEALTH INSURANCE COMPANY의 동의와 승인을 거치기 전까지 보상이 적용되지 않음을 확인한다.

멤버십 해제: 본인은 이 등록 신청서의 수락 또는 거부 시 고려되는 모든 자료 정보 기록을 제공받았다. 본인은 본 신청서의 정확성과 완전성에 독자적인 책임이 있으며 신청서에 기재된 18세 미만의 자녀에 대한 모든 정보가 사실이고 완전함을 확인하는 데 필요한 모든 사항을 기재하였다. 또한 이 신청서에 기재된 18세 이상의 모든 부양 가족은 이 신청서를 읽고 신청서에 필요한 정확하고 완전한 정보를 제공하였다. 본인이 의도적으로 불완전하거나 잘못된 자료 정보를 제시하였거나 계약 발효일 이전에 Anthem Blue Cross에게 자료 정보를 제공하지 않은 경우 Anthem Blue Cross가 보상을 철회할 수 있음을 이해하고 동의한다. 즉, Anthem Blue Cross는 애초에 보험 계약이 존재하지 않은 것과 같이 보험 보상을 취소할 수 있다.

보험 보상 증빙 자료 및 공개성명서 양식 하에 Anthem Blue Cross가 보험 보상을 철회한 경우 Anthem Blue Cross는 이러한 결정의 기준과 귀하의 소송 권한을 설명하는 서면 통보서를 발송할 것이다. 귀하는 향후 보험 가입에 필요한 새로운 신청서를 제출할 수 있다. 귀하는 회원 기간 동안 적용되는 모든 서비스에 대한 비용을 지불해야 하며 Anthem Blue Cross는 Anthem Blue Cross에서 지급된 금액을 공제하고 귀하가 지불한 금액을 환불한다.

본인은 보험 보상을 위한 신청서에 제공된 모든 정보를 읽었으며 정보의 완전성과 정당성을 확인한다. 신청서가 승인되면 이 신청서는 Anthem Blue Cross와 본인 간의 계약 일부로 효력이 발생한다. 본인과 등록된 모든 가족 구성원은 계약 조항의 법적 구속력이 적용됨을 동의한다.

이름의 약자:

정기 생명 보험 보상 신청: 본인은 Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company의 생명 보험 부서에 이 신청서를 제출하며, 다음의 상황 중 하나 이상이 적용되는 경우 이 신청서의 의료 정보가 Anthem Blue Cross Life and Health의 생명 보험 부서에 생명 보험 가입 가능 여부를 결정하는 데 사용될 수 있음을 인정한다. 1) 내 고용주가 2-10명의 등록된 직원을 보유한 경우. 2) 이 신청서의 날짜가 보험 보상에 대한 자격 확인일로부터 30일 이상 지난 경우, 3) 신청하는 정기 생명 보험 보상 금액이 \$50,000를 초과하는 경우.

직원 서명 (정기 생명 보험 보상을 신청하는 경우)

X

이 신청서에 서명하는 것은 모든 의료 과오 분쟁이 중립적 중재에 의해 해결될 것에 동의하며, 배심원 재판에 대한 본인의 권리를 포기함에 동의함을 뜻합니다.

직원 서명

X

날짜 (월/일/연도)

HIV 테스트 금지: 캘리포니아 법에서는 의료 보험에 가입하기 위한 조건으로 의료 보험 회사가 HIV 테스트를 요구하거나 이용하는 것을 금지한다.

신청서를 작성한 후 안쪽 페이지에 있는 테이프를 뜯은 후 접어 밀봉한 후 고용주에게 제출하십시오. 신청서를 불완전하게 작성한 경우에는 귀하에게 다시 반송될 것입니다. 이러한 경우 보험 보상 발효일이 지연될 수 있습니다.

PPO 보상 신청: 본인은 보험에서 적용되지 않는 공급자를 사용할 때 소요되는 의료 비용의 대부분을 지불할 책임을 부담한다.

PPO 보험 정책을 선택하고 비참여 공급자를 사용한 경우 의료 비용은 협의된 수수료 중 더 적은 비율을 기준으로 산정되며 이를 초과하는 액수는 본인이 부담한다.

HMO 보상 신청: 본인은 내 1차 의료 그룹에서 승인되지 않고 제공된 서비스에 대한 비용을 부담할 의무가 있음을 이해한다.

의료적립계좌(HSA) 규격 EPO 보험 정책 신청: 본인은 공제율이 높은 EPO 보험 정책이 EPO (Exclusive Provider Organization) 사용을 위해 고안된 것이며 비참여 공급자를 이용할 경우 현금지불원가가 경과적으로 상당히 높아질 수 있음을 안다. 본인은 이 보상을 통해 HSA가 성립되지 않음을 이해한다. 이를 위해 본인은 적절한 금융 기관에 연락을 취해야 한다. 또한 본인은 세무사와 상담을 해야 함을 이해한다.

중재합의: 귀하의 보상 범위가 ERISA(직원 퇴직 소득 보장법 1974)에 의해 규제되는 개인 고용주 플랜 하에 시행되는 경우, 특정 분쟁 사항은 다음의 중재 조항을 따르지 않을 수도 있다:

본인이 ERISA(직원 퇴직 소득 보장법 1974, 29 U.S.C. section 1001, et seq.)에 속하는 고용주 후원 혜택 플랜에 등록된 경우, 본인은 의료보험 청구상 불리한 혜택 결정에 연루된 어떤 분쟁이 강제적 구속력을 갖는 중재를 받지 않을 수도 있음을 이해한다. 그러나 본인은 ERISA 청구 소송 절차가 완료된 이후, 의료보험 청구상 불리한 혜택 결정에 연루된 어떤 분쟁도 자발적 구속력을 갖는 중재에 일임할 수 있음을 이해한다.

본인은 중재 절차의 사법 심사에 대한 캘리포니아 법률을 제외하고 분쟁이 발생한 금액이 사법관할의 소액재판 제한을 초과하는 경우 본인(및/또는 등록된 가족 구성원)과 ANTHEM BLUE CROSS LIFE AND HEALTH INSURANCE COMPANY 간의 모든 분쟁은 소송 또는 법정절차에 호소하는 것이 아닌 구속력을 갖는 중재를 통해 해결되어야 함을 이해한다. 이것은 본인과 ANTHEM BLUE CROSS LIFE AND HEALTH가 배심원 재판을 진행할 권리를 포기함을 의미한다. 이 보상 범위 하에 ANTHEM BLUE CROSS LIFE AND HEALTH와 본인은 청구 소송 또는 상대에 대한 민사상 분쟁을 진행할 권리를 포기한다. 구속적 중재에 관한 자세한 내용은 귀하의 인증서를 참조한다.

본인은 중재 절차의 사법 심사에 대한 캘리포니아 법률을 제외하고 분쟁이 발생한 금액이 사법관할의 소액재판 제한을 초과하는 경우 의료 과오에 대한 소송을 포함한 본인(및/또는 등록된 가족 구성원)과 ANTHEM BLUE CROSS 또는 해당 계열사 간의 모든 분쟁은 소송 또는 법정절차에 호소하는 것이 아닌 구속적 중재를 통해 해결되어야 함을 이해한다. 이는 본인과 ANTHEM BLUE CROSS는 의료 과오 소송 및 기타 분쟁에 대해 배심원 재판을 진행할 수 있는 권리를 포기함을 의미한다. 이 보상 범위 하에 ANTHEM BLUE CROSS 및 해당 계열사와 본인은 청구 소송 또는 상대에 대한 민사상 분쟁을 진행할 권리를 포기한다. 구속적 중재에 관한 자세한 내용은 보험 보상 증빙 자료를 참조한다.

본인은 아래에 서명함으로써 이 신청서에 제공된 정보를 검토하였음을 확인하고 어떠한 누락이나 잘못된 진술 없이 명시된 정보가 정확한 사실임을 인정한다.





본 의료 플랜은 Anthem Blue Cross에서 제공되고, 보험 플랜은 Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company에서 제공된 것입니다. Anthem Blue Cross는 캘리포니아 Blue Cross(블루크로스)의 상표명입니다. Blue Cross Association의 독립적인 허가업체입니다. ® ANTHEM는 등록 상표이고, ® Blue Cross 이름과 기호는 Blue Cross Association의 등록 마크입니다.



10526KO 2/08 RB 06