



适用于 2-50 人小型群组的 EmployeeElect  
小型群组健康险由 Anthem Blue Cross and  
Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company 提供

# 雇员申请书

www.anthem.com/ca

请以黑墨水正楷填写，完成后将有字面朝内折叠以保障隐私，然后交与您的群组管理员。您作为雇员必须填写本申请。您负责这些信息的准确性和完整性。为避免不必要的延误，请务必回答此申请书中的所有问题，确认您已签字并填写申请日期。

参保群组号码

## 1a. 医疗保险 ..... 请在进行选择之前与您的雇主确认，以确定这些选项是否适用：

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Basic PPO**            | <input type="checkbox"/> Lumenos HSA 3000**         | <input type="checkbox"/> Power HealthFund 750** | <input type="checkbox"/> Power Select HMO* |
| <input type="checkbox"/> Saver PPO**            | <input type="checkbox"/> Lumenos HIA Plus 3000**    | <input type="checkbox"/> PPO 3500 (适用HSA)**     | <input type="checkbox"/> Saver HMO*        |
| <input type="checkbox"/> PPO \$35 Copay GenRx** | <input type="checkbox"/> Advantage PPO \$25 Copay** | <input type="checkbox"/> PPO 2400 (适用HSA)**     | <input type="checkbox"/> Classic HMO*      |
| <input type="checkbox"/> PPO \$45 Copay GenRx** | <input type="checkbox"/> Premier PPO \$20 Copay*    | <input type="checkbox"/> High Deductible EPO*   | <input type="checkbox"/> HMO 100%*         |
| <input type="checkbox"/> PPO \$30 Copay*        | <input type="checkbox"/> Premier PPO \$10 Copay*    | <input type="checkbox"/> 其他：_____               |  |
| <input type="checkbox"/> PPO \$40 Copay*        | <input type="checkbox"/> Power HealthFund 500**     |   |  |
| <input type="checkbox"/> Lumenos HSA 1500**     |   |   |  |

如果选择 HMO，请在第 3 部分中提供医生编号

\* 由 Anthem Blue Cross 提供

\*\* 由 Anthem Blue Cross Life and Health 提供

若经您的雇主指示，Anthem Blue Cross 将为以您个人名下开设 HSA 以提供便利。

## 1b. 口腔科保险项目 ..... 请在进行选择之前与您的雇主确认，以确定这些选项是否适用：

- |  |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dental Blue Platinum Plus** | 如果您选择 Dental Blue plan，则必须还要选择一个网络<br>请选择一个：<br><input type="checkbox"/> 100<br><input type="checkbox"/> 200<br><input type="checkbox"/> 300 | <input type="checkbox"/> High Option PPO**       | <input type="checkbox"/> Dental Net*                                  | <input type="checkbox"/> 其他 _____ * 由 Anthem Blue Cross 提供<br>** 由 Anthem Blue Cross Life and Health 提供 |
| <input type="checkbox"/> Dental Blue Platinum**      |  | <input type="checkbox"/> Standard Option PPO**   | <input type="checkbox"/> Dental SelectHMO*                            |   |
| <input type="checkbox"/> Dental Blue Gold Plus**     |  | <input type="checkbox"/> Basic Option PPO**      | 对于上述 2 个 HMO 计划，您必须选择一个口腔诊所号：<br>_____                                |   |
| <input type="checkbox"/> Dental Blue Gold**          |  | 对于上述 3 个 PPO 计划，如果会员地址位于 PPO 服务区域外，“按服务次数支付费用”险。 |   |   |
| <input type="checkbox"/> Dental Blue Silver Plus**   |  |  | 自愿口腔科保险项目   |   |
| <input type="checkbox"/> Dental Blue Silver**        |  |  | <input type="checkbox"/> PPO Dental Plan**                            |   |
|  |  |  | <input type="checkbox"/> Dental Saver SelectHMO* - 您必须选择一个口腔诊所号 (在左侧) |   |

## 1c. 眼科保险项目 ..... 请在进行选择之前与您的雇主确认，以确定这些选项是否适用：

- Blue View      或       Blue View Plus      由 Anthem Blue Cross Life and Health 提供

## 1d. 人寿保险项目 ..... 请在进行选择之前与您的雇主确认，以确定这些选项是否适用：

- 受抚养家属可选人寿保险 (仅适用于您雇主提供的情形)      补充人寿保险 (如提供，做为定期人寿保险的补充)       是       否
- 10,000/1,000 美元 (夫妇 16 个月 - 24 周岁子女或残疾 10,000 美元; 小于 6 个月的女子女子 1,000 美元)
- 5,000/500 美元 (夫妇 16 个月 - 24 周岁子女或残疾 5,000 美元; 小于 6 个月的女子女子 500 美元)
- 金额:  15,000 美元       25,000 美元       50,000 美元       100,000 美元

## 2. 请提供下列登记信息 (必须由雇员自己填写)

- |                                  |                                    |                                    |                                |
|----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 登记新群组   | <input type="checkbox"/> 新进职工      | <input type="checkbox"/> COBRA     | COBRA/Cal-COBRA 生效日期:<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> 家庭成员新加入 | <input type="checkbox"/> 变更福利范围    | <input type="checkbox"/> Cal-COBRA |                                |
| <input type="checkbox"/> 最新登记    | <input type="checkbox"/> 其他: _____ |                                    | (申请 Cal-COBRA 者需缴纳首月的相关保险金)    |

姓	名	中间名	社保卡号或身份证号
家庭住址 (居住地非郊区者请勿以邮政信箱代替)		公寓号码	婚姻状况 <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 同居伴侣 (DP)
所在城市	所在州	邮政编码	配偶/同居伴侣的社保卡号或身份证号
雇主名称	职业/职位		家庭电话号码 ( )
聘用日期	<input type="checkbox"/> 兼职 <input type="checkbox"/> 全职	薪水 (必填) 美元	办公电话号码 ( )
		<input type="checkbox"/> 每小时 <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月	每周工作小时数
寿保受益人 - 姓	名	中间名	关系

本申请书将寄发与您。若您需要，我们可为您提供其它语言版本的申请书。您需要那种语言版本? (可选)

西班牙语     汉语     韩语     日语     阿拉伯语     高棉语     越南语     亚美尼亚语     他加禄语     波斯语     俄语     洪族语     其他 \_\_\_\_\_



3345CH 2/08 RB 01

社保卡号或身份证号

**3. 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。

家庭成员新加入：结婚日期或同居伴侣登记日： \_\_\_\_\_ 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 HMO 计划：	
							主治医生号码 或 3 位医疗参保 群组/IPA 号码	目前患有 疾病
<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/同居伴侣					<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

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。

**4. 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：（若拥有其它保险项目，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/同居伴侣	<input type="checkbox"/> 受保于其它雇主负责之群组保险项目；承保人姓名及身份证号： _____
<input type="checkbox"/> 口腔科保险项目 (若提供)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶/同居伴侣	<input type="checkbox"/> 受保于个人保险 <input type="checkbox"/> 受保于三重保险 (Tricare) <input type="checkbox"/> 受保于联邦医疗保险 (Medicare)
<input type="checkbox"/> 眼科保险项目 (若提供)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶/同居伴侣	<input type="checkbox"/> 受保于医疗补助保险 (Medi-Cal) <input type="checkbox"/> 已参加其它保险项目；名称： _____
<input type="checkbox"/> 人寿保险项目 (若提供)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶/同居伴侣	<input type="checkbox"/> 其他： _____

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群组医疗和/或人寿保险计划。该等待期包括六（6）个月的保前病症排除期。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) 本人保证，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，本人须在其它或群组医疗保险计划失效（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再三斟酌。请注意，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/受抚养家属拒保）签字： \_\_\_\_\_ 日期（月/日/年） \_\_\_\_\_



**5. 适用于 1-10 名雇员登记群组的健康状况问卷 – 您对该问卷内容所作的回答将对您的雇主保密**

登记 11-50 雇员的群组：不要填写本部分。请跳至第 5A 部分。

所有问题必须回答“是”或“否”。

不完整的申请书将被退回补充完整，这样可能会延迟您所申请保险的生效日期。

**本申请中所列出的人员是否由于以下情况曾经寻求咨询、寻求治疗、获接受过治疗建议、接受过治疗、动过手术或就医呢？**

1. 心脏病、心脏杂音、中风、胸痛、高血压、贫血、静脉曲张或任何其他心脏、血液、血管病症、高血脂或动脉硬化？ .....  是  否
2. 溃疡、结肠炎、胆囊结石、疝气或任何其他胃、肠、直肠、胆囊或肝的病症？ .....  是  否
3. 癌症、囊肿或肿瘤？ .....  是  否
4. 肾功能紊乱、血液或白蛋白病症、甲状腺病症、糖尿病、性病，或与眼睛、泌尿系统男性或女性器官有关的任何病症或月经不调？ .....  是  否
5. 肺结核、哮喘、花粉热、腺样增生、胸膜炎或肺或呼吸系统的任何其他病症？ .....  是  否
6. 癫痫症、昏厥、精神或神经性病症、麻痹或任何脑部或神经系统疾病？ .....  是  否  
如患有癫痫，最近发作的日期： \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
7. 酗酒或其他药物滥用，或被建议接受类似治疗？ .....  是  否
8. 关节炎、风湿热、背部疾病，或其他关节、肌肉或骨骼疾病？ .....  是  否
9. 任何身体畸形或缺陷？任何严重的肢体伤害、骨折、脑震荡、灼烧及先天缺陷？ .....  是  否
10. 任何有关参保人员是否患有或被告知患有免疫营养缺乏病、艾滋病或与艾滋病有关的综合症，不包括艾滋病病毒测试结果？ .....  是  否
11. 在最近的十二 (12) 个月内，服用过经由医师或其他医疗从业人员开具的药物？ .....  是  否
- 12 a. 是否有任何女性参保家属处于妊娠期？ .....  是  否  
b. 若您在此申请书中所填性别为男性，您是否正期待与其他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中）？ .....  是  否  
如果是，生产日期（月）： \_\_\_\_\_
13. 此申请书中所列参保人员是否吸食烟草制品？ .....  是  否

**若您在上述 1-12b 的问题中的全部或任一的答案为“是”，请填写以下内容（必要时可另附纸张填写）：**

问题 # \_\_\_\_ 患者姓名 \_\_\_\_\_  
 治疗针对的病症 \_\_\_\_\_  
 接受治疗的日期：开始于 \_\_\_\_\_ 结束于 \_\_\_\_\_  
 若目前仍接受治疗，请勾选此处   
 所接受的治疗 \_\_\_\_\_  
 所服用的药物名称及剂量 \_\_\_\_\_  
 服药日期： 开始于 \_\_\_\_\_ 结束于 \_\_\_\_\_  
 若目前仍服药，请勾选此处

问题 # \_\_\_\_ 患者姓名 \_\_\_\_\_  
 治疗针对的病症 \_\_\_\_\_  
 接受治疗的日期：开始于 \_\_\_\_\_ 结束于 \_\_\_\_\_  
 若目前仍接受治疗，请勾选此处   
 所接受的治疗 \_\_\_\_\_  
 所服用的药物名称及剂量 \_\_\_\_\_  
 服药日期： 开始于 \_\_\_\_\_ 结束于 \_\_\_\_\_  
 若目前仍服药，请勾选此处

问题 # \_\_\_\_ 患者姓名 \_\_\_\_\_  
 治疗针对的病症 \_\_\_\_\_  
 接受治疗的日期：开始于 \_\_\_\_\_ 结束于 \_\_\_\_\_  
 若目前仍接受治疗，请勾选此处   
 所接受的治疗 \_\_\_\_\_  
 所服用的药物名称及剂量 \_\_\_\_\_  
 服药日期： 开始于 \_\_\_\_\_ 结束于 \_\_\_\_\_  
 若目前仍服药，请勾选此处

问题 # \_\_\_\_ 患者姓名 \_\_\_\_\_  
 治疗针对的病症 \_\_\_\_\_  
 接受治疗的日期：开始于 \_\_\_\_\_ 结束于 \_\_\_\_\_  
 若目前仍接受治疗，请勾选此处   
 所接受的治疗 \_\_\_\_\_  
 所服用的药物名称及剂量 \_\_\_\_\_  
 服药日期： 开始于 \_\_\_\_\_ 结束于 \_\_\_\_\_  
 若目前仍服药，请勾选此处



填写完毕，请移去胶带并折叠封口。

社保卡号或身份证号

5A. 适用于 11-50 名雇员登记群组的健康状况问卷 – 您对该问卷内容所作的回答将对您的雇主保密

登记 1-10 雇员的群组：不要填写本部分；您只需要填写前面的部分。

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他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性别为男性，您是否正期待与其他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 \_\_\_\_\_

治疗针对的病症 \_\_\_\_\_

接受治疗的日期：开始于 \_\_\_\_\_ 结束于 \_\_\_\_\_

若目前仍接受治疗，请勾选此处

所接受的治疗 \_\_\_\_\_

所服用的药物名称及剂量 \_\_\_\_\_

服药日期：开始于 \_\_\_\_\_ 结束于 \_\_\_\_\_

若目前仍服药，请勾选此处

问题 # \_\_\_ 患者姓名 \_\_\_\_\_

治疗针对的病症 \_\_\_\_\_

接受治疗的日期：开始于 \_\_\_\_\_ 结束于 \_\_\_\_\_

若目前仍接受治疗，请勾选此处

所接受的治疗 \_\_\_\_\_

所服用的药物名称及剂量 \_\_\_\_\_

服药日期：开始于 \_\_\_\_\_ 结束于 \_\_\_\_\_

若目前仍服药，请勾选此处

问题 # \_\_\_ 患者姓名 \_\_\_\_\_

治疗针对的病症 \_\_\_\_\_

接受治疗的日期：开始于 \_\_\_\_\_ 结束于 \_\_\_\_\_

若目前仍接受治疗，请勾选此处

所接受的治疗 \_\_\_\_\_

所服用的药物名称及剂量 \_\_\_\_\_

服药日期：开始于 \_\_\_\_\_ 结束于 \_\_\_\_\_

若目前仍服药，请勾选此处

问题 # \_\_\_ 患者姓名 \_\_\_\_\_

治疗针对的病症 \_\_\_\_\_

接受治疗的日期：开始于 \_\_\_\_\_ 结束于 \_\_\_\_\_

若目前仍接受治疗，请勾选此处

所接受的治疗 \_\_\_\_\_

所服用的药物名称及剂量 \_\_\_\_\_

服药日期：开始于 \_\_\_\_\_ 结束于 \_\_\_\_\_

若目前仍服药，请勾选此处

小型群组保险福利服务

Anthem Blue Cross

P.O. Box 9062

Oxnard, CA 93031-9062



3345CH 2/08 RB 04

**6. 其它保险项目 – 这部分信息十分重要, 请确认您已完整填写。**

1. 若此申请书中所列之参保人 (已受保于其它群组保险项目), 在正式参保本项目后是否仍继续其它群组的保险项目? .....  是  否

若回答为“是”:  
请填写其姓名: \_\_\_\_\_  
保险公司: \_\_\_\_\_

2. 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项目? .....  是  否

若回答为“是”:  
请填写申保人/家属姓名: \_\_\_\_\_  
保险类别:  群组  个人  其它: \_\_\_\_\_  
保险公司: \_\_\_\_\_

保险起始日期: \_\_\_\_\_ 结束日期: \_\_\_\_\_

3. 此申请书中的参保人目前是否受保于口腔科保险项目? .....  是  否

若回答为“是”:  
请填写申保人/家属姓名: \_\_\_\_\_  
保险类别:  群组  个人  其它: \_\_\_\_\_  
保险公司: \_\_\_\_\_

保险起始日期: \_\_\_\_\_ 结束日期: \_\_\_\_\_

4. 此申请书中所列之参保人目前是否正申请联邦医疗保险, 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 (Medicare) 条件, Anthem Blue Cross **不会** 重复提供 Medicare 中的福利。

**提交保险证明。**  
**根据联邦与州相关法律, 欲参加此保险项目者须将相关证明和申请书附在一起。**

**可接受的保险证明包括:**

- 1. 前任承保人的相关证明, **或**
- 2. 身份证复印件 **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:** 如果您或家庭成员在参加我们计划之前, 在最近六个月内被建议或接受医嘱、诊断护理或治疗, 您可能列入六个月保前病症排除期 (不适用于 HMOs)。这意味着在该计划为目前的健康问题提供保险之前, 您必须等待至少六个月 (不适用于怀孕, 也不适用于出生后、认养之后 30 天内登记该计划的儿童)。有时, 这种排除期可能会延续 12 个月, 对于最新的登记者或者长达 18 个月。但是, 等候期的长度可以减去以前“可信受保”(creditable coverage) 天数, 对于个人计划来说, 这个天数为以前健康保险不中断至少 63 天, 对于雇主提供或与雇主有关的计划, 这个天数为 180 天。在减少等候期时需要提供可信受保的证据, 包括证明副本或其他文档, 这些材料可以帮助我们在需要时从之前的计划或开证银行获取相关信息。

完成此申请书后, 撕去页内的贴条, 然后对折以密封, 并交与您的雇主。



社保卡号或身份证号

**7. 授权声明** — 以下声明须由全体申保雇员签字。

**本人同意：**就本人所知，此表格中所提供之信息皆正确且真实。本人了解，本申请及 Anthem Blue Cross 和（或）Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company 在保险生效时日之前所获取的任何信息均旨在促成保险的顺利实施。本人进一步授权雇主按相关规定从本人收入中扣减相应金额，以支付本计划费用。本人保证，我长期受雇与我的雇主，并在其营业地点工作。本人了解，本人雇主之申请将决定保险范围，并且只有和直至相关申请为 ANTHEM BLUE CROSS 和 ANTHEM BLUE CROSS LIFE AND HEALTH INSURANCE COMPANY 所接受并批准后，相应福利能生效。

**参保资格的废止：**为接受或拒绝登记申请，本人已提供完整的相关信息。本人了解并同意，本人独自对所提供之信息的真实性与完整性负责；且就本人所知，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均真实且完整。另外，此申请表中所列本人家中18岁以上成员均已阅读过本申请表，并准确、完整地提供了相应信息。本人了解并同意，若 Anthem Blue Cross 发现本人蓄意提供不完整或虚假的信息，或本人在此协议生效前未向 Anthem Blue Cross 提供实质性信息，Anthem Blue Cross 可废止本人的参保资格 — 即 Anthem Blue Cross 将不为本人提供保险服务。

若 Anthem Blue Cross 废止您在《含保条例与信息披露综合表》中的参保资格，Anthem Blue Cross 将寄发给您一份书面通知，包含废止理由以及您所享有的上诉权。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 也将向您退还您支付的任何款项（除去已由 Anthem Blue Cross 支付的款项）。

本人已亲自阅读了上述条款，并保证本人在此次申请参保过程中提供的信息真实可靠。若本人的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：**

**本人现正申请定期人寿保险：**本人了解，本人正向 Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company 的人寿保险部申请人寿保险。若以下一种或多种情况发生，则 Anthem Blue Cross Life and Health 的人寿保险部将使用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) 本人雇主拥有 2-10 名登记雇员；2) 此申请书递交日期距本人获参保资格日期已逾三十 (30) 日；3) 本人此次所申请的定期人寿保险产品之保额超过 50,000 美元。

**雇员签名（若申请定期人寿保险）**

X

**本人现正申请 PPO 保险：**我了解，当我使用非加盟服务机构时，我需要承担医药费中的很大部分。

如果选择 PPO 计划并使用非加盟服务机构，那么医疗费用将基于占商定费用较低百分比的标准，我将负责承担超出该支付额的任何费用。

**本人现正申请 HMO 保险：**本人了解，若本人所受之医疗服务未经本人主治医生团队批准，本人将自行承担医疗服务费用。

**本人现正申请适合保健储蓄账户 (HSA) 的 EPO 计划：**本人了解，此 EPO 计划自付费部分比例高，适用于指定医疗服务机构 (EPO)。并且使用非-加盟服务机构可进一步增加自己实际支付的医疗费用。本人了解，此医疗保险计划并不包括为本人开设 HSA。若欲开设 HSA，本人应先与具备资质的财务机构取得联系。另外，我了解自己应就相关问题咨询我的税务顾问。

**仲裁协议：**若您的保险属 ERISA（雇员退休收入保障法，1974 年）下的私营单位雇员保险计划，某些纠纷可能不受以下仲裁条款管辖：

若本人登记参与雇主主办的福利计划，并受《雇员退休收入保障法》（1974, 29 U.S.C. 第 1001 条及其下列条款）管辖。本人了解任何涉及对保健索偿不利的福利决定之纠纷可能无法受强制的约束性仲裁管辖。但同时本人亦了解，若发生涉及对保健索偿不利的福利决定之纠纷，可在向 ERISA 提出申诉后转由自愿的约束性仲裁途径解决。

本人了解，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，且纠纷所涉及的金額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（除非加州相关法律为仲裁途径提供司法审查），应通过约束性仲裁加以解决。这种情况意味着本人与 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。在此保险下，ANTHEM BLUE CROSS LIFE AND HEALTH 与本人均放弃以开庭审理方式就相关纠纷向对方索偿或争议的权利。有关约束性仲裁的更多内容可参阅您的证书。

本人了解，本人和（或）本人共同受保之家庭成员若与 ANTHEM BLUE CROSS 或其关联机构发生任何纠纷（包括对医疗事故的索偿），且纠纷所涉及的金額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（除非加州相关法律为仲裁途径提供司法审查），应通过约束性仲裁加以解决。此时 ANTHEM BLUE CROSS 与本人均放弃以开庭审理方式就相关医疗差错事故或其它纠纷向对方索偿或争议的权利。在此保险下，ANTHEM BLUE CROSS 或其关联机构与本人均放弃以开庭审理方式就相关纠纷向对方索偿或争议的权利。有关约束性仲裁的更多内容，可参阅您的《含保条例》。

就本人所知，保证本人在此申请书中所提供之信息真实可靠，绝无造假，以签字为证。

**注意：签署此协议书意味着您已同意，若发生任何相关医疗事故纠纷，您将放弃诉诸司法的权利，转由中立裁决途径加以解决。**

**雇员签字**

X

**日期（月/日/年）**

**禁止 HIV 检测：**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前提条件。

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 Blue Cross 的注册商标。拥有 Blue Cross Association 签发的独立经营执照。® 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。



3345CH 2/08 RB 06

完成此申请书后，撕去页内的贴条，然后对折以密封，并交与您的雇主。  
若信息未填写完整，此申请书将被寄回并要求您完整填写。如此可能会延后您所参保之保险项目的生效日期。