



**2-50명 소그룹을 위한 직원 선출**  
 Anthem Blue Cross와 Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company 제공되는 소그룹 의료 보상 범위

# 직원 신청서

www.anthem.com/ca

검정색 펜을 사용해서 신청서를 작성한 다음 내부 페이지를 밀봉한 후 그룹 관리자에게 보내십시오. 직원은 반드시 이 신청서를 작성해야 합니다. 신청서에 기재된 정보의 정확성과 완전성은 전적으로 직원의 책임입니다. 처리 지연 가능성을 방지하기 위해서는 모든 질문에 답변하고 반드시 서명과 날짜를 기입하십시오.

그룹 번호  
 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**1a. 의료 보상액 ... 선택하기 전에 고용주가 이러한 의료 보함을 제공하는지 여부를 반드시 확인하십시오.**

<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 (HSA-규격)**	<input type="checkbox"/> Saver HMO*
<input type="checkbox"/> PPO \$35 Copay GenRx**	<input type="checkbox"/> Advantage PPO \$25 Copay**	<input type="checkbox"/> PPO 2400 (HSA-규격)**	<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"/> 기타: _____	
<input type="checkbox"/> PPO \$40 Copay*	<input type="checkbox"/> Power HealthFund 500**		
<input type="checkbox"/> Lumenos HSA 1500**			

HMO인 경우 섹션 3에 있는 담당 의사 번호를 반드시 기재하십시오.  
 \*Anthem Blue Cross에서 제공됨  
 \*\*Anthem Blue Cross Life and Health에서 제공됨

고용주가 지정한 경우 Anthem Blue Cross는 귀하의 이름으로 의료적립계좌를 개설할 수 있도록 돕습니다.

**1b. 치과 보상액 ... 선택하기 전에 고용주가 이러한 치과 옵션을 제공하는지 여부를 반드시 확인하십시오.**

<input type="checkbox"/> Dental Blue Platinum Plus**	Dental Blue 계획을 선택한 경우 연락망 또한 선택해야 합니다. 다음 중 하나를 선택하십시오.	<input type="checkbox"/> High Option PPO**	<input type="checkbox"/> Dental Net*	<input type="checkbox"/> 기타 _____ *Anthem Blue Cross에서 제공됨 **Anthem Blue Cross Life and Health에서 제공됨
<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**	2개 이상의 HMO 계획에 대해서는 치과 번호를 선택해야 합니다.	
<input type="checkbox"/> Dental Blue Gold**	<input type="checkbox"/> 100	3개 이상의 PPO 계획의 경우, 회원이 PPO 서비스 범위를 벗어나는 경우 무료 서비스 보상 범위로 대체됩니다.		
<input type="checkbox"/> Dental Blue Silver Plus**	<input type="checkbox"/> 200			
<input type="checkbox"/> Dental Blue Silver**	<input type="checkbox"/> 300			

**임의 치과 보상 범위**

PPO Dental Plan\*\*

Dental Saver SelectHMO\* - 치과 번호를 선택해야 합니다(왼쪽).

**1c. 비전 보상액... 선택하기 전에 고용주가 이러한 옵션을 제공하는지 여부를 반드시 확인하십시오.**

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

**1d. 생명 보험 보상액... 선택하기 전에 고용주가 이러한 옵션을 제공하는지 여부를 반드시 확인하십시오.**

선택적인 부양 가족 생명 보험(고용주가 제공하는 경우에만)      추가 생명 보험(정기 생명 보험 외에 제공된 경우)     예     아니오

\$10,000/\$1,000 (\$10,000 배우자/자녀(6-24개월) 또는 장애인; \$1,000<6개월)

\$5,000/\$500 (\$5,000 배우자/자녀(6-24개월) 또는 장애인; \$500<6개월)

금액:     \$15,000     \$25,000     \$50,000     \$100,000

**2. 다음의 등록 정보를 기재하십시오(직원이 작성해야 함).**

<input type="checkbox"/> 새 그룹 등록	<input type="checkbox"/> 신규 고용	<input type="checkbox"/> COBRA	COBRA/Cal-COBRA 발효일: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
<input type="checkbox"/> 가족 추가	<input type="checkbox"/> 보상 범위 변경	<input type="checkbox"/> Cal-COBRA	
<input type="checkbox"/> 최근 등록	<input type="checkbox"/> 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	배우자/DP 사회보장번호 또는 ID 번호
도시	주	우편 번호	자택 전화번호 ( ) ( ) ( )
고용주 이름		직업/직함	직장 전화번호 ( ) ( ) ( )
고용일	<input type="checkbox"/> 계약직 <input type="checkbox"/> 정규직	급여 (필수) \$	주당 근무 시간
생명 보험 수혜자 - 성	이름(성 제외)	중간 이니셜	관계

귀하께 정보가 발송될 때 영어 외의 다른 언어로 작성된 정보를 보낼 수도 있습니다. 귀하께서 사용하고자 하는 언어는 무엇입니까?(옵션)  
 스페인어     중국어     한국어     일본어     아랍어     크메르어     베트남어     아르메니아어     따갈로어     페르시아어     러시아어     몽족어     기타 \_\_\_\_\_



사회보장번호 또는 ID 번호

**3. 귀하를 비롯한 등록 자격을 갖춘 부양 가족에 대해 기록해 주십시오.**

**적격한 부양 가족**은 직원의 합법적인 배우자 또는 동거인, 영구적인 법적 보호를 받는 직원의 자녀를 비롯하여 보호자로서 유효한 법원 명령이 성립된 자녀, 직원의 미혼 자녀 또는 19세 미만의 직원 배우자/동거인의 자녀, 직원 또는 등록된 배우자/동거인의 연방 소득세법에 따라 부양 가족의 자격을 갖춘 19세 -24세 미혼 자녀(학생)가 포함됩니다. Anthem Blue Cross는 학생에 대한 학적 증빙 자료를 요구한다. 특정 부양 가족 등록 시에는 서면 관계 증빙 자료가 필요할 수도 있다. 예를 들면, 부양 가족으로 배우자 또는 동거인을 추가하려는 기존의 가입자는 혼인 증명서, 동거관계 진술서 또는 이와 유사한 서류의 사본을 제출해야 한다. 입양한 자녀를 등록할 때는 법적 입양 증명서(또는 입양 목적)가 필요하다.

가족 추가: 혼인 날짜 또는 동거관계 신고일: \_\_\_\_\_ 입양 날짜: \_\_\_\_\_

성별	성	이름	중간 이니셜	신장	체중	생년월일 월 일 연도	장애인	HMO 계획만 해당:	
								주치의번호 또는 3자가의료 그룹/IPA 번호	현재환자
<input type="checkbox"/> 남자 <input type="checkbox"/> 여자	직원						<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
<input type="checkbox"/> 남자 <input type="checkbox"/> 여자	배우자/동거인						<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
<input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 딸							<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
<input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 딸							<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
<input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 딸							<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
<input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 딸							<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	

**참고:** 등록된 부양 가족이 이전 페이지의 섹션 2에 명시된 주소지에 거주하지 않는 경우 별도의 공간에 해당 주소를 기재하십시오.

**4. 본인 및/또는 적격한 부양 가족에 대한 보상 범위를 제외시킬지 여부를 작성하십시오.**

보상 종류:	거부 대상:	거부 사유: (보상 증빙 자료가 필요할 수 있음)
의료 계획	<input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 배우자/동거인	<input type="checkbox"/> 다른 고용주-후원 그룹 계획에서 제공됨, 제공업체 이름: _____
치과 계획(제공된 경우)	<input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 배우자/동거인	<input type="checkbox"/> Individual Policy에서 제공됨 <input type="checkbox"/> Tricare에서 제공됨 <input type="checkbox"/> Medicare에서 제공됨
비전 계획(제공된 경우)	<input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 배우자/동거인	<input type="checkbox"/> MediCal에서 제공됨 <input type="checkbox"/> 다른 보험 정책에 가입함, 이름: _____
생명 보험 보상 (제공된 경우)	<input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 배우자/동거인	<input type="checkbox"/> 기타: _____

본인은 고용주를 통해 제공되는 보상 범위에 대한 설명을 들었으며 이에 적용되는 모든 권리를 이해하고 있다. 본인은 이 보상 혜택을 신청할 기회를 제공받았으며 본인 및/또는 부양 가족에 대해 이 혜택을 등록하지 않기로 결정하였다. 본인은 자발적으로 이러한 결정을 내렸으며 어느 누구의 영향을 받았거나 보상 혜택을 거부하도록 어떠한 강압도 받지 않았다. 이 그룹 의료 보상을 거부함으로써(직원 및/또는 부양 가족이 다른 그룹 의료 보상을 받고 있지 않는 한) 본인은 부양 가족과 본인이 이 그룹의 의료 및/또는 그룹 생명 보험 정책에 가입하기 위해 최대 12개월을 기다려야 할 수 있으며 특수한 변경된 상황으로 인해 특별 등록 기간이 부여되지 않는 한(예: 부양 가족 획득 또는 부양 가족으로 인한 다른 보상 범위의 손실) 6개월간의 사전 전제 조건 제외가 적용될 수 있음을 인정한다. 다음과 같은 경우에는 12개월 대기 기간이 적용되지 않는다: (1) 본인이 초기 등록 기간에 다른 고용주 의료 혜택 계획 하의 보상 범위 또는 수혜자 공동부담(Share of Cost) 이 아닌 의료 보상 범위가 등록 거부 사유였으며 고용주 의료 혜택 계획 또는 수혜자 공동부담 외의 의료 혜택 하에 보상액을 손실하였음을 증명하는 경우, (2) 고용주가 여러 의료 혜택 계획을 제공하고 본인이 유효 등록 기간 동안 다른 계획을 선택한 경우, (3) 이 계획 하에 배우자 또는 미성년 자녀에 대한 보상 범위를 본인이 제공한다는 법원 명령이 있는 경우, (4) 결혼, 출생, 입양 또는 입양 소개 등의 결과로 새로운 부양 가족이 생긴 경우 결혼, 출생, 입양 또는 입양 소개 이후 30일 내에 등록이 필요할 때 해당 부양 가족을 등록할 수 있는 경우.

다른 의료 보험이나 그룹 건강 계획 보상으로 인해 본인 및/또는 부양 가족(배우자 및 동거인 포함)에 대한 등록을 거부한 경우 다른 보상 혜택이 종료되는 날 이후 (또는 고용주가 다른 보상 범위에 대한 혜택 제공을 중단한 날 이후) 30일 내에 등록을 요청해야 한다.

이 보상 범위를 거부하기 전에 신중하게 선택 사항을 검토하십시오 개인 의료 보험을 판매하는 회사는 일반적으로 보다 높은 보험료를 청구하거나 귀하가 번째 보상 범위를 거부할 수 있는 의료 기록의 검토를 요청한다는 점을 숙지해야 합니다.

**X**  
본인/부양 가족에 대한 보상 범위를 제외할 경우 서명하십시오. 날짜(월/일/연도)



3345KO 2/08 RB 02



신청서를 작성한 후 테이프를 뜯은 후 접어서 밀봉하십시오.

사회보장번호 또는 ID 번호

**5A. 11-50명 직원의 그룹 등록을 위한 의료 질문지 - 본 정보는 기밀 사항으로 귀하의 고용주가 조회하거나 참조할 수 없습니다.**

1-10명 직원의 그룹 등록: 이 섹션을 작성하지 마십시오. 이전 섹션만 작성하시면 됩니다.

본 신청서에 명시된 사람에 해당하는 항목을 선택하십시오.

1. 다음 조건으로 인해 상담, 진찰, 치료, 치료 권고 또는 입원을 한 적이 있는지 여부를 선택해 주십시오.

심장혈관질환 또는 심장병, 발작, 신장 질환, 위, 소장 또는 간 질환, 근골격 이상, 정신 또는 신경 조건, 중추신경계 이상, 소화불량, 폐 또는 호흡기 질환, 암 또는 면역 결핍증, AIDS 또는 AIDS 관련 합병증(HIV 테스트 결과 포함 안됨) .....  예  아니오

2. 지난 24개월 동안 병원, 요양송, 요양 시설 또는 특수 관리 시설에서 수술을 받거나 감금된 적이 있습니까? 또는 \$5,000 이상의 의료 비용을 지불한 적이 있습니까? .....  예  아니오

3. 지난 12개월 동안 의사 또는 다른 의료 전문가가 처방한 약물을 복용한 적이 있습니까? .....  예  아니오

4. a. 현재 임신 중인 여성이 있습니까? .....  예  아니오

b. 남자의 경우 이 신청서에 산모가 기재되어 있지 않더라도 출산을 앞둔 자녀가 있습니까? .....  예  아니오

5. 이 신청서에 기재된 사람 중 흡연자가 있습니까? .....  예  아니오

상기 1-4b 질문 전체 또는 일부에 대해 "예"라고 답한 경우 다음을 작성하십시오(필요한 경우 추가 용지 삽입):

질문 번호 \_\_\_ 환자 이름 \_\_\_\_\_

치료 상태 \_\_\_\_\_

치료 날짜: 시작일 \_\_\_\_\_ 종료일 \_\_\_\_\_

현재 치료 중인 경우 여기를 선택

치료 기일 \_\_\_\_\_

복용한 약품 및 약물 \_\_\_\_\_

복용일: 시작일 \_\_\_\_\_ 종료일 \_\_\_\_\_

현재 복용 중인 경우 여기를 선택

질문 번호 \_\_\_ 환자 이름 \_\_\_\_\_

치료 상태 \_\_\_\_\_

치료 날짜: 시작일 \_\_\_\_\_ 종료일 \_\_\_\_\_

현재 치료 중인 경우 여기를 선택

치료 기일 \_\_\_\_\_

복용한 약품 및 약물 \_\_\_\_\_

복용일: 시작일 \_\_\_\_\_ 종료일 \_\_\_\_\_

현재 복용 중인 경우 여기를 선택

질문 번호 \_\_\_ 환자 이름 \_\_\_\_\_

치료 상태 \_\_\_\_\_

치료 날짜: 시작일 \_\_\_\_\_ 종료일 \_\_\_\_\_

현재 치료 중인 경우 여기를 선택

치료 기일 \_\_\_\_\_

복용한 약품 및 약물 \_\_\_\_\_

복용일: 시작일 \_\_\_\_\_ 종료일 \_\_\_\_\_

현재 복용 중인 경우 여기를 선택

질문 번호 \_\_\_ 환자 이름 \_\_\_\_\_

치료 상태 \_\_\_\_\_

치료 날짜: 시작일 \_\_\_\_\_ 종료일 \_\_\_\_\_

현재 치료 중인 경우 여기를 선택

치료 기일 \_\_\_\_\_

복용한 약품 및 약물 \_\_\_\_\_

복용일: 시작일 \_\_\_\_\_ 종료일 \_\_\_\_\_

현재 복용 중인 경우 여기를 선택

소그룹 서비스  
Anthem Blue Cross  
P.O. Box 9062  
Oxnard, CA 93031-9062



3345KO 2/08 RB 04

**6. 기타 보상 - 중요 정보를 작성했는지 반드시 확인하십시오.**

1. 이 신청서가 승인된 경우 신청서에 기재된 사람 중 다른 그룹 보상을 계속해서 받는 사람이 있습니까? .....  예  아니오

예인 경우:

이름: \_\_\_\_\_

보험 회사: \_\_\_\_\_

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

예인 경우:

신청인/가족 구성원 이름: \_\_\_\_\_

보상 종류:  그룹  개인  기타: \_\_\_\_\_

보험 회사: \_\_\_\_\_

보상 적용일: \_\_\_\_\_ 종료일: \_\_\_\_\_

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

예인 경우:

신청인/가족 구성원 이름: \_\_\_\_\_

보상 종류:  그룹  개인  기타: \_\_\_\_\_

보험 회사: \_\_\_\_\_

보상 적용일: \_\_\_\_\_ 종료일: \_\_\_\_\_

4. 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

**참조:** 본인 또는 가족 구성원이 권장되는 진찰, 진단, 진료 또는 치료에 대한 보험 보상이 적용되기 이전에 의학적 상태를 보유하고 있거나 지난 6개월 내에 보상 증빙 자료를 제시하지 않은 경우 6개월간 사전 전제 조건 제외 대상이 될 수 있습니다(HMO에는 적용되지 않음). 즉, 특정 의학적 상태에 대한 보상을 받기 위해서는 최소 6개월 이상을 기다려야 할 수 있습니다(임신, 출생, 입양 또는 입양 신청 후 30일 이내에 등록된 자녀에게는 적용되지 않음). 일부 경우 제외 조건이 최대 12개월까지 지속되거나 등록이 18개월까지 지연될 수 있습니다. 그러나 대기 기간은 이전의 "믿을 수 있는 보상 증명"의 기간에 따라 축소될 수 있습니다. 이는 개인 보험 증권의 경우 63일, 고용주 후원 또는 고용주 관련 보험 증권의 경우 180일 이상 지속되는 의료 보상 이전에 자격이 부여된 보험 정책이 파기됨을 의미하지는 않습니다. 대기 기간을 줄이기 위해서는 필요에 따라 사전 계획/발급을 취득하기 위한 인증서 또는 기타 서류 사본을 포함한 신빙성 있는 보상 증빙서가 필요합니다.

신청서를 작성한 후 인쪽 페이지에 있는 테이프를 받은 후 접어 밀봉한 후 고용주에게 제출하십시오.



**7. 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 대해 보험 보상액이 발행될 수 있는 기초가 됨을 이해한다. 본인은 고용주가 이 보험 비용에 대해 적용되는 보험료를 내 수익에서 공제할 수 있음을 인정한다(있는 경우). 본인은 회사의 정규직으로 근무하고 있음을 확인한다.

본인은 고용주의 신청서를 통해 보상 범위가 결정되고 이 신청서와 고용주가 작성한 신청서가 ANTHEM BLUE CROSS, 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. 본인은 Anthem Blue Cross가 의도적으로 불완전하거나 잘못된 자료 정보를 제시하였거나 계약 발효일 이전에 Anthem Blue Cross에게 자료 정보를 제공하지 않은 경우로부터 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. **이니셜:**

**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

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

**주의: 이 신청서에 서명하는 것은 모든 의료 분쟁이 중립적 중재에 의해 해결되며 배심원 재판에 대한 권리를 포기함에 동의하는 것을 나타냅니다.**

**직원 서명**

X

**날짜 (MM/DD/YY)**

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

본 의료 계획은 Anthem Blue Cross에서 제공되었으며 보험 계획은 Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company에서 제공된 것입니다. Anthem Blue Cross는 Blue Cross(블루크로스)의 상표명입니다. Blue Cross Association의 독립적인 허가업체입니다. ® ANTHEM은 등록 상표이고 ® Blue Cross 이름과 기호는 Blue Cross Association의 등록 마크입니다.



3345KO 2/08 RB 06

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