

# Blue Shield of California 和 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

適用於有 2 至 50 名合格僱員團體的 Blue Shield 計劃

2010 年 1 月 1 日生效

請務必回答所有的問題。

1. 請提供所需的僱員資料。
2. 勾選方框，說明保險選擇，並填寫適當的計劃名稱。  
(例如： Access+ HMO® Plan 15  
或者  Shield Spectrum PPO<sup>SM</sup>  
Plan 500 Premier)
3. 請提供每個參保會員的社會安全號碼。
4. 為在本節中列出的每名家屬勾選「加入醫療計劃」方框。在提供的空白處列出您想要為其投保的所有符合條件的家屬(包括配偶或同居者)、他們的出生日期、社會安全號碼以及與僱員的關係。所有的 Blue Shield 團體健康計劃中都包括同居者保險。請與您的僱主核實合格標準。如果選擇 **Access+ HMO**、**Local Access+ HMO** 或者 **Added Advantage POS<sup>SM</sup> Plan** 計劃，您必須選擇一名私人醫生。請填寫服務提供者號碼及 IPA 或醫療團體的名稱。有關識別號碼的資訊，請參閱 [blueshieldca.com](http://blueshieldca.com) 中的 HMO 服務提供者目錄。請注意右側所述的重要的牙科計劃登記指南。

19 至 24 歲的非殘疾受撫養子女必須在大學(至少修 12 個學分)或專業學校全日制就讀(或者經核准後可以在大學或專業學校辦理病休)。要想符合條件，您必須為每位家屬在「全日制學生」方框中勾選「是」。Blue Shield of California/Blue Shield Life 將此處填寫的資訊視為全日制學生身份證明。為年齡超過 18 歲的全日制學生提供的家屬保險不適用於法定監護人的受撫養家屬。如果年齡超過 18 歲的受撫養子女有殘疾，無法自己工作謀生，並且主要依靠投保人、配偶或同居者獲得資助和生活費用，則這些子女可能符合繼續獲得福利的條件。但申請加入時，必須與申請表一併提交(表格 C3674)之前團體承保機構出具的 HIPAA 證明以及醫生出具的傷殘證明書。如果想要連續符合條件，需要提交持續殘疾證明書。

#### Access Baja HMO

- 如欲參加 Access Baja HMO 計劃，您必須在 Access Baja 的服務區域內居住或工作，以便易於獲得護理服務。
- 如需選擇主要保健醫生並瞭解服務區資訊，請參閱『Access Baja HMO 服務提供者及藥房目錄』(Access Baja HMO Provider and Pharmacy Directory)。

您必須瞭解『資訊披露表』中說明的護理標準。Access Baja 計劃不提供牙科及人壽保險。

#### 有關牙科計劃登記的重要指南

為確保每名家屬都能享受牙科保賠，您必須為「僱員申請表」第 3 部分中所列的每一名家屬勾選「參加牙科計劃保險」方框。僱員可選擇讓任意數量的家屬參加 Blue Shield of California 的 Dental PPO 或 Dental HMO 計劃。

#### Dental PPO

- 參加了 Blue Shield of California/Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life) 健康計劃的僱員可以不選擇牙科 PPO 保險。

#### Dental HMO

- 參加了 Blue Shield of California/Blue Shield Life 健康計劃的僱員可以不選擇牙科 HMO 保險。
  - 如欲參加牙科 HMO 計劃，根據計劃規定，您必須居住或工作在距離合約牙科服務提供者較近的地方，以方便您獲得護理服務。
  - 如需瞭解服務區的資訊，請參閱牙科 HMO 計劃牙科服務提供者目錄
  - 如果您選擇了一項牙科 HMO 計劃，則您必須列出所選擇的牙科服務提供者的識別號碼。有關識別號碼的資訊，請參閱 [blueshieldca.com](http://blueshieldca.com) 中牙科 HMO 服務提供者目錄。
4. 在「人壽保險受益人」一欄，請填寫接受團體人壽保險福利的人員的姓名、與僱員的關係以及他或她目前的地址。
  5. 僱員必須簽署授權書並註明日期，以便授權從薪資中扣除款項以及披露個人和健康資訊。Blue Shield of California/Blue Shield Life 不受理未經簽字授權的申請表。

#### 拒絕參加保險表

僱員可利用本表格(在本申請表最後一頁)拒絕為本人或其家屬投保。僅申請牙科或人壽保險無需填寫本表。

填寫僱員的姓名、社會安全號碼、僱主(團體)名稱、全職入職日期及婚姻狀況。如果您本人、您的配偶、同居者或家屬拒絕參加健康和/或牙科保險，請勾選適當的方框。請勾選符合您本人、您的配偶或家屬拒絕參保原因的方框。說明您或您的家屬投保的其他健康和/或牙科保險機構的名稱。如果您已經拒絕為您本人或家屬投保，請簽名並註明日期。

## 既存症狀排除條款

1996 年『健康保險轉移性及責任法』(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 是一部聯邦法律, 該法律對於因既存症狀可能被排除在保賠範圍之外的情況作出了限制。根據該法律, 如果個人的健康保險終止, 並且他或她在 63 天內(不包括任何等待期)參加了新的健康保險, 則新保險必須將其參加的前一項保險的時間計入新保險的既存症狀排除期限內。此外, 州法律規定, 如果僱員在 180 天內(不包括任何等待期)參加了新的保險, 並且「前一項可抵免保險」(prior creditable coverage) 屬於僱主資助的保險, 則該僱員參加前一項保險的時間應當被計入新的保險。

Shield Spectrum PPO 計劃、Shield Savings 計劃和 Blue Shield Life Active Choice<sup>SM</sup> 計劃不包括既存症狀。只有在您連續受保六(6)個月(包括您目前僱主的等待期, 如果有)後, 才能將既存條件納入保險範圍。既存症狀不適用於:

- 妊娠福利;
- 在出生、領養或安排領養後的三十 (30) 天內獲得前一項可抵免保險的新生兒及領養子女, 以及在前一項可抵免保險終止後六十三 (63) 天內(不包括任何等待期)參加了一項 Blue Shield of California 或 Blue Shield Life 計劃的新生兒及領養子女;
- 在當前僱主的前一項團體健康保險終止時享受該項計劃有效保賠的僱員及家屬, 以及在前一項保險終止後 60 天內、在 Blue Shield of California 或 Blue Shield Life 健康計劃的最初生效日期參保的僱員及家屬。

如欲從任何前項可抵免保險中獲得抵免, 請向您以前的僱主、保險公司或健康計劃處索取一份『可抵免保險證明』, 並將其呈交 Blue Shield of California/Blue Shield Life。如果需要幫助, 請聯絡 Blue Shield 客戶服務部的代表。

Blue Shield of California/Blue Shield Life 將保護您的個人及健康資訊的機密性及隱私性。個人及健康資訊包括醫療資訊及個人識別資訊, 例如您的姓名、地址、電話號碼及社會安全號碼。除非經法律許可, 否則, 我們不會披露此類資訊。

# 僱員申請表



## Blue Shield of California 和 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

僱員申請表 (適用於有 2 至 50 名僱員的團體)

請勿在陰影處填寫

- 新團體登記  新僱員  
 增加家庭成員  重新雇用  
 延遲登記  特殊登記期

B/U	OED	RSN	S	TOC	NP	PKG
-----	-----	-----	---	-----	----	-----

**僱員資訊 (請清楚地打字或用正楷填寫, 請用黑色鋼筆填寫)** 如果您、您的配偶或家屬拒絕參加保險, 請填寫本申請表末尾的拒絕參加保險的表格, 並簽字。

<b>1</b>	社會安全號碼	僱主 (團體) 名稱	團體號碼
<b>S E L F</b>	姓氏		
	名字	中間名	
	家庭住址	公寓	
	城市	州	郵政區號
	郵寄地址 (與家庭住址相同 <input type="checkbox"/> )		
	城市	州	郵政區號
	家庭電話 ( )	工作電話 ( )	電子郵件地址
	全職受聘日期 (月/日/年)	工作職務	人壽保險/AD&D (意外傷亡) 保險金額

您希望我們以何種方式與您聯絡? 請選擇下列一項:  電子郵件  標準郵件 電話:  家庭  工作  
 Blue Shield 將盡可能使用您首選的聯絡方法。

您是每週至少為該僱主工作 30 小時的全職僱員嗎?  是  否  
 您是每週至少為該僱主工作 20 小時的兼職僱員嗎?  是  否  
 如果回答「否」, 請說明。

出生日期 月 日 年	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	婚姻狀況: <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 同居 首選語言 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 西班牙語 <input type="checkbox"/> 中文 <input type="checkbox"/> 越南語 <input type="checkbox"/> 其他:
身高	體重	如果在本申請表中有附加紙張, 請勾選「是」 <input type="checkbox"/> 是

您是否有符合條件的家屬?  是  否 他們是否參加保險?  是  否  
 如果回答為「否」, 那麼您的家屬是否參加了任何形式的健康保險?  是  否  
 如果有符合條件但不參加計劃的家屬, 請填寫本申請表中附帶的拒絕參保的表格。

### Access+ HMO、Local Access+ HMO 和 Added Advantage POS 計劃

私人醫生的姓名	服務提供者號碼	IPA/醫療團體的名稱	現有患者? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
---------	---------	-------------	--

### 僅適用於牙科 HMO 計劃

牙科服務提供者的姓名	牙科服務提供者號碼	現有患者? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
------------	-----------	--

## 2 勾選計劃並填寫適當的計劃名稱。

### 醫療福利計劃

- Access+ HMO \_\_\_\_\_  
 Local Access+ HMO \_\_\_\_\_  
 Added Advantage POS \_\_\_\_\_  
 Access Baja HMO \_\_\_\_\_  
 Active Choice<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
 Shield Spectrum PPO \_\_\_\_\_  
 Shield Savings<sup>2</sup> \_\_\_\_\_  
 其他 \_\_\_\_\_

### 選擇性福利

- 人壽/AD&D (意外傷亡) 保險<sup>3</sup> \_\_\_\_\_  
 家屬人壽保險/Amt.  
 (最多 \$5,000) \_\_\_\_\_  
 Dental PPO plan \_\_\_\_\_  
 Dental HMO plan \_\_\_\_\_  
 Vision 計劃 \_\_\_\_\_  
 其他 \_\_\_\_\_

1 由 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company 承保。  
 2 Shield Savings<sup>SM</sup> 計劃是符合 HSA 條件的高自付額健康計劃。  
 3 適合有 2 至 9 名符合條件員工團體的團體定期人壽保險透過小型團體僱主信託進行管理和承保。

申請人全名		社會安全號碼	
<b>3 家屬資訊：</b> Access+ HMO、Local Access+ HMO 及 Added Advantage POS 計劃的申請人必須從 Blue Shield 的『Access+ HMO 醫生及醫院目錄』(Access+ HMO Physician and Hospital Directory) 中選擇一位私人醫生。 Dental HMO 的申請人必須從牙科 HMO 服務提供者目錄中選擇一位牙科服務提供者。 您可以為每一位家庭成員選擇不同的 Access+ HMO 或 Local Access+ HMO 私人醫生。 請務必填寫每一位醫生的服務提供者號碼及 IPA 號碼，以及每一位牙科服務提供者的號碼。 有關 Access Baja HMO 計劃，請參閱第 1 頁。			
家屬的地址 (如果與僱員不同)		僅適用於 Access+ HMO、Local Access+ HMO 以及 Added Advantage POS 計劃 - 私人醫生的姓名	僅用於 Dental HMO 計劃 - 牙科服務提供者
<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 同居者 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 如果增加的家庭成員為配偶或同居者，請說明結婚/同居關係開始的日期		醫生的姓名	牙科服務提供者的姓名
<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 同居者 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 如果增加的家庭成員為配偶或同居者，請說明結婚/同居關係開始的日期		名字	名字
名字	中間名	姓氏	姓氏
姓氏		服務提供者號碼	牙科服務提供者號碼
出生日期 (月/日/年)	社會安全號碼	IPA/醫療團體：	
加入： <input type="checkbox"/> 健康計劃 <input type="checkbox"/> 牙科計劃 <input type="checkbox"/> 眼科計劃 <input type="checkbox"/> 人壽保險	身高		
殘疾人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	體重	現有患者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	現有患者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 女兒 名字		名字	名字
姓氏		姓氏	姓氏
出生日期 (月/日/年)	社會安全號碼	服務提供者號碼	牙科服務提供者號碼
加入： <input type="checkbox"/> 健康計劃 <input type="checkbox"/> 牙科計劃 <input type="checkbox"/> 眼科計劃 <input type="checkbox"/> 人壽保險	身高	IPA/醫療團體：	
殘疾人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	體重		
全日制學生身份？ (是否超過 18 歲) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		現有患者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	現有患者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 女兒 名字		名字	名字
姓氏		姓氏	姓氏
出生日期 (月/日/年)	社會安全號碼	服務提供者號碼	牙科服務提供者號碼
加入： <input type="checkbox"/> 健康計劃 <input type="checkbox"/> 牙科計劃 <input type="checkbox"/> 眼科計劃 <input type="checkbox"/> 人壽保險	身高	IPA/醫療團體：	
殘疾人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	體重		
全日制學生身份？ (是否超過 18 歲) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		現有患者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	現有患者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

申請人全名	社會安全號碼
-------	--------

- 4** 申請參保的個人目前是否擁有健康保險？  是  否  
 如果是，必須提交保險證明。（請參閱下文）
- 申請參保的個人在過去的六(6)個月中是否擁有健康保險？  是  否  
 如果是，請列出申請人/家庭成員的姓名： \_\_\_\_\_
- 保險類型：  團體  個人  其他（請說明）： \_\_\_\_\_
- 保險公司： \_\_\_\_\_ 保險單/ID 號碼： \_\_\_\_\_
- 保險開始日期： \_\_\_\_\_ 終止日期： \_\_\_\_\_
- 申請參保的個人是否參加了 Medicare？  是  否  
 如果是，請列出姓名： \_\_\_\_\_
- 如欲從任何前項可抵免保險中獲得抵免，請向您以前的僱主、保險公司或健康計劃索取一份『可抵免保險證明』表格中的保險證明，並將其呈交 Blue Shield of California/Blue Shield Life。 如果需要幫助，請聯絡 Blue Shield 客戶服務部的代表。

<b>5</b> 人壽保險受益人	與申請人的關係
姓名	
街道地址	
城市	州 郵政區號

**披露聲明和授權：以下授權欄需由申請保險的所有僱員簽名**

- 6 個人和健康資訊的披露。** Blue Shield of California 或 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (統稱「Blue Shield」) 瞭解保護您和家屬的個人及健康資訊的隱私性非常重要。Blue Shield 使用這些資訊時，會維護這些資訊的保密性，包括電子資訊、書面資訊及口頭資訊。如果未獲得您的授權，Blue Shield 不會披露此類資訊，除非經法律許可。
- 為了管理您的 Blue Shield 保險，經州和聯邦法律許可，Blue Shield 可以從一家保健服務提供者、保險公司、保險支持組織、健康計劃或您的保險代理人處獲得您和您的家屬的健康資訊。此外，依據州和聯邦法律，Blue Shield 可以將您和您的家屬的健康資訊披露給保健服務提供者、保險公司、保險支持組織、健康計劃或您的保險代理人。Blue Shield 的政策和程序（「保密性和隱私性保護細則通告」[Notice of Confidentiality and Privacy Practices]）中詳細說明了如何保護您的個人和健康資訊的機密性，應您的要求，我們可以提供該通告，您可以致電客戶服務部索取，或者從 Blue Shield 的網站上獲得。
- \* 我同意：本表中的所有資訊均真實、準確。我瞭解資訊真實準確是計劃簽發保險的基礎。我知道如果我謊報或遺漏任何重要事實，我的保險可能被取消或者我的僱主的合約可能被撤銷。我另外授權我的僱主從我的薪資中扣除需要向該計劃繳付的分擔費用（如果有）。
- 我瞭解只有在本申請及我的僱主的申請得到 Blue Shield of California/Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life) 批准後，保險才能生效。

僱員簽名	日期
正楷體僱員姓名	日期

**拒絕參加個人保險表** (如果您本人、您的配偶、同居者或家屬拒絕參加您的僱主所提供的 Blue Shield of California/Blue Shield of California Life & Health Insurance Company 的健康和/或牙科計劃保險,請填寫此表。)請打字或用正楷體清楚地填寫。  
請使用黑色鋼筆。

僱員姓名	社會安全號碼
僱主(團體)名稱	聘用日期
婚姻狀況 已婚 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 同居關係 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	工作職務
您是每週至少為該僱主工作 30 小時的全職僱員嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 您是每週至少為該僱主工作 20 小時的兼職僱員嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果回答「否」,請說明:	
<b>以下人員拒絕參保:</b> <input type="checkbox"/> 我代表我本人、我的配偶/同居者及所有家屬拒絕參加健康計劃保險。 <input type="checkbox"/> 我拒絕為以下人員投保健康計劃: <input type="checkbox"/> 僅限於我的配偶/同居者 <input type="checkbox"/> 僅限於我的子女 <input type="checkbox"/> 我的配偶/同居者及子女 <input type="checkbox"/> 僅限於下列家屬: _____ _____ <input type="checkbox"/> 如果提供牙科保險,我拒絕為我本人、我的配偶/同居者以及所有家屬投保牙科計劃。 <input type="checkbox"/> 我拒絕為以下人員投保牙科計劃: <input type="checkbox"/> 僅限於我的配偶/同居者 <input type="checkbox"/> 僅限於我的子女 <input type="checkbox"/> 我的配偶/同居者及子女 <input type="checkbox"/> 僅限於下列家屬: _____ _____	<b>拒絕參保原因</b> <input type="checkbox"/> 參加了另一個僱主提供的健康計劃 (例如透過您的配偶/同居者) 承保機構名稱 _____ ID 號碼 _____ <input type="checkbox"/> 參加了個人健康計劃或牙科計劃 承保機構名稱 _____ ID 號碼 _____ <input type="checkbox"/> Medicare、Medi-Cal、Healthy Families 計劃 <input type="checkbox"/> 參加了 TRICARE <input type="checkbox"/> 沒有參加其他僱主提供的健康保險 <input type="checkbox"/> 參加了另一項牙科計劃 承保機構名稱 _____ ID 號碼 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____ _____

我承認我的僱主已經向我說明了可為我提供保險,我瞭解我有權參加該保險,我已經決定不為自己和/或我的家屬(如果有)投保。現在,我拒絕為我本人、我的配偶/同居者和/或家屬投保我的僱主提供的 Blue Shield of California/Blue Shield Life 健康計劃。我自願作出此項決定,沒有人試圖影響我或對我施加任何壓力讓我拒絕參加保險。

如果我拒絕為我本人或我的家屬投保的原因是因為參加了其他健康保險,或者因為僱主停止支付該保險的費用,我瞭解如果在我的或家屬的其他保險中止或者在僱主停止支付其他保險後 31 天(如果是失去 Medi-Cal 或 Healthy Families 保險為 60 天)內,我申請參加本計劃,則我本人和我的家屬可以加入。

此外,如果我因為結婚/同居、生育、領養或安排領養而有了新的家屬,我瞭解我本人及我的任何家屬可以在結婚/同居、生育、領養或安排領養後的 31 天內申請該保險,要求參加我的僱主提供的健康計劃。我也瞭解如果我或者我的家屬有資格參加 Healthy Families 或 Medi-Cal Premium Assistance Program 計劃,我或者我的家屬可以在接到這些保險費補助計劃的合格通知後 60 天內申請保險,要求加入我的僱主提供的健康計劃。

如果我在上述已說明拒絕為我本人或我的家屬投保的原因是參加了另一個僱主的健康福利計劃,我瞭解如果我或我的家屬非自願地失去其他僱主的健康福利計劃,我必須在 31 天內為我本人和/或我的家屬申請參加我的僱主的健康福利計劃。否則,我知道必須等到我的僱主下一次公開登記期結束時或 12 個月後(以二者中較早的日期為準)才能為我本人及/或我的家屬投保僱主的健康計劃。

僱員簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_  
 僱主必須留存所有已簽字的個人拒絕參保文檔的副本,以備查閱。