



為了保護您，加州法律要求在本表中載明以下內容：任何人士故意提供虛假或欺詐資訊以獲得或修改保險範圍或提出損失索賠，均屬於犯罪行爲，可能會被處以罰款並被監禁在州監獄中。

員工資訊

姓氏	名字	中間名首字母
社會安全號碼	Blue Shield ID 編號	團體/分組編號 (請檢查您的 Blue Shield ID 卡)
合格事件日期:	COBRA 生效日期:	最後工作日期:
合格事件 (勾選一項)		
<input type="checkbox"/> 受保員工終止或減少的小時數	<input type="checkbox"/> 根據計劃，取消受扶養子女的資格	
<input type="checkbox"/> 受保員工離婚或合法分居	<input type="checkbox"/> 因殘障導致的終止或減少的小時數	
<input type="checkbox"/> 受保員工享有 Medicare 福利	<input type="checkbox"/> 受保員工死亡	

符合 COBRA 資格的受保會員必須填寫本部分：

社會安全號碼	Blue Shield ID 編號
姓氏	名字
地址	中間名首字母
城市	州
電話號碼	郵遞區號
出生日期:	性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	是否已婚: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

請介紹一下您自己。請說明您的種族或民族。請選擇所有適用的選項。以下問題您可以選擇性作答，僅用於幫助確保所有會員都能獲得最優質的醫療服務。

1. 您是西班牙裔或拉丁美洲裔嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 拒絕回答	2. 如果是，請選擇所有適用的選項： <input type="checkbox"/> 古巴人 <input type="checkbox"/> 瓜地馬拉人 <input type="checkbox"/> 墨西哥人、墨西哥裔美國人、奇卡諾人 <input type="checkbox"/> 波多黎各人 <input type="checkbox"/> 薩爾瓦多人 <input type="checkbox"/> 其他西班牙裔、拉丁裔、西班牙人：
3. 您是什麼種族？(請選擇所有適用的選項。)	
<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民	<input type="checkbox"/> 亞裔印度人
<input type="checkbox"/> 柬埔寨人	<input type="checkbox"/> 菲律賓人
<input type="checkbox"/> 苗族人	<input type="checkbox"/> 中國人
<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民	<input type="checkbox"/> 日本人
<input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 薩摩亞人
	<input type="checkbox"/> 韓國人
	<input type="checkbox"/> 越南人
	<input type="checkbox"/> 不知道
	<input type="checkbox"/> 黑人或非洲裔美國人
	<input type="checkbox"/> 關島人或查莫羅人
	<input type="checkbox"/> 寮國人
	<input type="checkbox"/> 白人

若為 HMO/POS，請註明您的主治醫生姓名：

Independent Practice Association (IPA, 獨立執業協會)/醫療團體名稱：	電話號碼
--	------

請註明您打算續保的現有保險：

醫療計劃的選擇：_____ 牙科計劃的選擇：_____

眼科計劃：_____

合格會員簽名

日期

以下列出所有有資格參保的受扶養人

僅先前已投保團體計劃的受扶養人方有資格獲得 COBRA 的承保。要添加先前未投保在團體計劃下您保險的受扶養人，請參閱您的 *Evidence of Coverage* (EOC, 承保範圍說明書) 或 *Certificate of Insurance* (COI, 保險證書) 手冊，以瞭解適用條款。

關係	姓氏	名字	出生日期:
其他健康保險? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	若為 HMO/POS 主治醫生姓名: IPA/醫療團體 (MG) 名稱/編號:		社會安全號碼:

請介紹一下您自己。請說明您的種族或民族。請選擇所有適用的選項。以下問題您可以選擇性作答，僅用於幫助確保所有會員都能獲得最優質的醫療服務。

1. 您是西班牙裔或拉丁美洲裔嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 拒絕回答	2. 如果是，請選擇所有適用的選項： <input type="checkbox"/> 古巴人 <input type="checkbox"/> 瓜地馬拉人 <input type="checkbox"/> 墨西哥人、墨西哥裔美國人、奇卡諾人 <input type="checkbox"/> 波多黎各人 <input type="checkbox"/> 薩爾瓦多人 <input type="checkbox"/> 其他西班牙裔、拉丁裔、西班牙人：
3. 您是什麼種族？（請選擇所有適用的選項。）	
<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民	<input type="checkbox"/> 亞裔印度人
<input type="checkbox"/> 柬埔寨人 <input type="checkbox"/> 中國人	<input type="checkbox"/> 菲律賓人
<input type="checkbox"/> 苗族人 <input type="checkbox"/> 日本人	<input type="checkbox"/> 韓國人
<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民 <input type="checkbox"/> 薩摩亞人	<input type="checkbox"/> 越南人
<input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 拒絕回答	<input type="checkbox"/> 不知道
	<input type="checkbox"/> 黑人或非洲裔美國人
	<input type="checkbox"/> 關島人或查莫羅人
	<input type="checkbox"/> 寮國人
	<input type="checkbox"/> 白人

關係	姓氏	名字	出生日期:
其他健康保險? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	若為 HMO/POS 主治醫生姓名: IPA/MG 名稱/編號:		社會安全號碼:

請介紹一下您自己。請說明您的種族或民族。請選擇所有適用的選項。以下問題您可以選擇性作答，僅用於幫助確保所有會員都能獲得最優質的醫療服務。

1. 您是西班牙裔或拉丁美洲裔嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 拒絕回答	2. 如果是，請選擇所有適用的選項： <input type="checkbox"/> 古巴人 <input type="checkbox"/> 瓜地馬拉人 <input type="checkbox"/> 墨西哥人、墨西哥裔美國人、奇卡諾人 <input type="checkbox"/> 波多黎各人 <input type="checkbox"/> 薩爾瓦多人 <input type="checkbox"/> 其他西班牙裔、拉丁裔、西班牙人：
3. 您是什麼種族？（請選擇所有適用的選項。）	
<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民	<input type="checkbox"/> 亞裔印度人
<input type="checkbox"/> 柬埔寨人 <input type="checkbox"/> 中國人	<input type="checkbox"/> 菲律賓人
<input type="checkbox"/> 苗族人 <input type="checkbox"/> 日本人	<input type="checkbox"/> 韓國人
<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民 <input type="checkbox"/> 薩摩亞人	<input type="checkbox"/> 越南人
<input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 拒絕回答	<input type="checkbox"/> 不知道
	<input type="checkbox"/> 黑人或非洲裔美國人
	<input type="checkbox"/> 關島人或查莫羅人
	<input type="checkbox"/> 寮國人
	<input type="checkbox"/> 白人

關係	姓氏	名字	出生日期:
其他健康保險? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	若為 HMO/POS 主治醫生姓名: IPA/MG 名稱/編號:		社會安全號碼:

請介紹一下您自己。請說明您的種族或民族。請選擇所有適用的選項。以下問題您可以選擇性作答，僅用於幫助確保所有會員都能獲得最優質的醫療服務。

1. 您是西班牙裔或拉丁美洲裔嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 拒絕回答	2. 如果是，請選擇所有適用的選項： <input type="checkbox"/> 古巴人 <input type="checkbox"/> 瓜地馬拉人 <input type="checkbox"/> 墨西哥人、墨西哥裔美國人、奇卡諾人 <input type="checkbox"/> 波多黎各人 <input type="checkbox"/> 薩爾瓦多人 <input type="checkbox"/> 其他西班牙裔、拉丁裔、西班牙人：
3. 您是什麼種族？（請選擇所有適用的選項。）	
<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民	<input type="checkbox"/> 亞裔印度人
<input type="checkbox"/> 柬埔寨人 <input type="checkbox"/> 中國人	<input type="checkbox"/> 菲律賓人
<input type="checkbox"/> 苗族人 <input type="checkbox"/> 日本人	<input type="checkbox"/> 韓國人
<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民 <input type="checkbox"/> 薩摩亞人	<input type="checkbox"/> 越南人
<input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 拒絕回答	<input type="checkbox"/> 不知道
	<input type="checkbox"/> 黑人或非洲裔美國人
	<input type="checkbox"/> 關島人或查莫羅人
	<input type="checkbox"/> 寮國人
	<input type="checkbox"/> 白人

請將填妥的表格按團體規模寄回下列適當地址：

對於少於 100 名員工的雇主團體：
透過電子郵件或郵寄填妥的表格至：
small.group@blueshieldca.com
Blue Shield of California
P.O. Box 3008
Lodi, CA 95241-1912
傳真：(855) 808-8598

對於擁有 100+ 名員工的雇主團體：
郵寄填妥的表格至：
Blue Shield of California
P.O. Box 629014
El Dorado Hills, CA 95762-9014
傳真：(916) 350-8800