

**Blue Shield of California 及
Blue Shield of California Life & Health Insurance Company**

員工資訊

姓氏	名字	中間名
社會安全號	Blue Shield ID 號碼	團體/組別號碼 (請查看您的 Blue Shield ID 卡)
合資格事件發生日期: ____/____/____		COBRA 生效日期: ____/____/____
合資格事件 (勾選一項)		
<input type="checkbox"/> 受保員工離職或工作時間減少	<input type="checkbox"/> 計劃下的受撫養子女失去資格	
<input type="checkbox"/> 受保員工離異或在法律上分居	<input type="checkbox"/> 由於殘疾而離職或工作時間減少	
<input type="checkbox"/> 受保員工有權享受 Medicare 福利	<input type="checkbox"/> 受保員工去世	

符合 COBRA 資格的受保成員必須填寫此部分：

社會安全號	Blue Shield ID 號碼
姓氏	名字
中間名	
地址	
城市	州
郵遞區號	
電話號碼	
出生日期: ____/____/____	性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
婚姻狀況: <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 單身	
如果參與的是 HMO/POS 計劃，請指出您的個人醫師的姓名：	
IPA/醫療組織名稱：	電話號碼
請指出您想延續的現有保險：	
<input type="checkbox"/> 醫療計劃選擇：_____	<input type="checkbox"/> 牙科計劃選擇：_____
<input type="checkbox"/> 視力：_____	

合資格成員簽名 _____ 日期 _____

在下方列出所有符合保險資格的受撫養人

只有先前登記參加團體計劃的受撫養人才符合 COBRA 保險的資格。要添加先前未登記參加您的團體計劃保險的受撫養人，請參閱您的承保範圍說明書 (EOC) 或保險證書 (COI) 手冊瞭解相關規定。

關係	姓氏	名字	出生日期: ____/____/____
是否有其他健康保險? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	若參加了 HMO 計劃，請填寫醫師姓名：		社會安全號：
關係	姓氏	名字	出生日期: ____/____/____
是否有其他健康保險? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	若參加了 HMO 計劃，請填寫醫師姓名：		社會安全號：
關係	姓氏	名字	出生日期: ____/____/____
是否有其他健康保險? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	若參加了 HMO 計劃，請填寫醫師姓名：		社會安全號：

請根據團體人數，將填好的表格寄回至下方的適當地址：

員工人數少於 50 人的僱主團體：
將填好的表格郵寄至：
Blue Shield of California
P.O. Box 3008
Lodi, CA 95241-1912
傳真：(209) 367-6475

員工人數多於 50 人的僱主團體：
將填好的表格郵寄至：
Blue Shield of California
P.O. Box 629014
El Dorado Hills, CA 95762-9014
傳真：(916) 350-8800