

Blue Shield 個人及家庭健康計畫申請書

blue  of california

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

本申請書用於直接向Blue Shield申請Blue Shield個人及家庭健康計畫(IFP)保險。如欲註冊或修改透過Covered California獲得的保險範圍，請直接聯絡Covered California。

必須用藍色或黑色墨水以大寫印刷體字母填寫本申請書。請確保盡可能完整和正確地回答所有問題，**並確保支付首月保險費**，以免申請書遭到退回。填寫完成本申請書後，所有頁面（1到12頁），包括任何其他支援文檔，均須提交到BLUE SHIELD Attn: I&B – Applications, 地址：P.O. Box 3008, Lodi, CA 95241-9969, 或傳真：(888) 386-3420。如需協助填寫本申請書，請致電 Blue Shield：(800) 431-2809, 或聯絡您的保險代理人。**如下所示標記選框：**

(僅供業務員
使用)

市場代碼

申請之理由： 開放入保 - 新入保 開放入保 - 在現有保險的基礎上添加家庭成員 轉換計畫
 特殊入保 / 資格審核事件 - 勾選此選框即表示您證明盡您所知，
您具備特殊入保資格。

觸發特殊入保之資格審核事件發生日期：____/____/____

請解釋特殊入保的資格審核事件類型：_____

註：您必須在觸發事件之日起60日內申請，以選擇保險。

如要在現有保險中添加一名家屬，請提供現有保戶的Blue Shield保戶編號：

第1部分—主申請人資訊

Blue Shield個人和家庭健康計畫的申請資格為：無Medicare資格的加利福尼亞州居民。

申請人的社會安全號碼 / 納稅識別號

名字 _____ 中間名 _____

姓氏 _____

男 女 婚否： 是 否 同居關係： 是 否 出生日期(年/月/日) ____/____/____

申請人辦公電話() _____ 申請人家庭電話() _____

申請人傳真號碼() _____ 申請人行動電話() _____

申請人電子郵箱地址：

如果您已是Blue Shield會員，請提供保戶編號：

家庭住址(非郵遞信箱) _____ 公寓號碼 _____

市 _____ 州 _____ 郵區編號 _____

帳單地址(如果與上述不同) _____ 公寓號碼 _____

市 _____ 州 _____ 郵區編號 _____

郵寄地址(如果與家庭地址不同) _____ 公寓號碼 _____

市 _____ 州 _____ 郵區編號 _____

申請人的雇主的郵區編號 _____ 配偶/同居人的雇主的郵區編號 _____

列出其他曾用名

健康計畫選項(僅限勾選一個方框)：

Blue Shield of California計畫：

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Platinum 90 PPO | <input type="checkbox"/> Silver Seven 3750 PPO | <input type="checkbox"/> Bronze 5550 PPO |
| <input type="checkbox"/> Gold 80 PPO | <input type="checkbox"/> Silver 1850 PPO | <input type="checkbox"/> Bronze 60 HSA PPO |
| <input type="checkbox"/> Silver 70 PPO | <input type="checkbox"/> Bronze 60 PPO | <input type="checkbox"/> Minimum Coverage PPO |

您必須於某月15日之前申請保險方可使保險在緊鄰的下一個月生效。若您在某月的16日和該月最後一日之間的時間申請，則保險會在緊鄰的第二個月生效。特殊入保期間的生效日期在開放入保期間可能有所不同。參見第5(b)部分第4條瞭解詳情。

申請的生效日期(請參見第5(b)部分第4條的資訊) ____/____/____

註：福利與承保範圍摘要(SBC)表格可供所有醫療計畫使用。這些表格以統一的方式總結了承保範圍與福利。登入blueshieldca.com/sbc以下載您已申請的任何計畫的SBC表格。

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association C12900-HCR-PR-CH (1/15)

第1部分 - 主申請人資訊 (續) :(a) 主申請人目前是否居住於加州? 是 否 若為否,主申請人居住地為何處? _____選擇偏好語言: 英文 西班牙文 中文 越南文 韓文 其他: _____偏好聯絡方式(僅選一項): 住宅電話 工作電話 行動電話 電子郵件 標準郵件 最佳聯絡時間: _____ 上午 下午如果您之前接受過Blue Shield的承保服務,請勾選此處。

如果你之前接受過承保服務,請寫出之前的Blue Shield保戶編號(如果知道): _____

第2部分 - 主申請人補充計畫選項

您還可以購買牙科計畫、眼科計畫、牙科+眼科醫療保險和/或人壽保險,用以補充您的健康保險。對於牙科計畫、眼科計畫、牙科加眼科計畫和/或人壽保險,無需體檢也可購買。

牙科和眼科計畫選項(僅可選擇一項牙科計畫和/或一項眼科計畫或Specialty Duo):

 Dental HMO Enhanced Dental HMO \$0 Dental PPO Enhanced Dental PPO 50/1250 Enhanced Dental PPO 25/500 Specialty Duo(含牙科+眼科)醫療保險* Ultimate Vision 15/25/150*如果選擇Dental HMO計畫,請瀏覽blueshieldca.com查詢牙科服務提供者,或者撥打(800)431-2809進行諮詢 牙科服務提供者編號: _____

牙科服務提供者姓名: _____

人壽保險*選項:人壽保險可提供給年齡超過1歲的申請者。所提供保額種類如下:\$10,000(年齡1-64);\$30,000(年齡1-64);\$60,000(年齡19-64);\$90,000(年齡19-64);\$100,000(年齡19-64)。

如欲購買保險,應填寫單獨的人壽保險申請書。欲知人壽保險費用及申請保險,請瀏覽我們的網站blueshieldca.com/term-life。**第3(a)部分 - 配偶/同居人家屬申請人資訊** 配偶 同居人 性別: 男 女 出生日期(年/月/日)____/____/____

申請人的社會安全號碼/納稅識別號 _____ - _____ - _____

名字 _____ 中間名 _____

姓氏 _____

配偶/同居人申請人是否與主申請人居住於同一地點? 是 否

如否,申請人居於何處?(地址,包括郵區編號和州名) _____

該家屬是否申請與主申請人相同的計畫? 是 否 如否,申請的計畫是哪個?(勾選一項):**Blue Shield of California計畫:** Platinum 90 PPO Gold 80 PPO Silver 70 PPO Silver Seven 3750 PPO Silver 1850 PPO Bronze 60 PPO Bronze 5550 PPO Minimum Coverage PPO Bronze 60 HSA PPO

牙科和眼科計畫選項(僅可選擇一項牙科計畫和/或一項眼科計畫或Specialty Duo):

 Dental HMO Enhanced Dental HMO \$0 Dental PPO Enhanced Dental PPO 50/1250 Enhanced Dental PPO 25/500 Specialty Duo(含牙科+眼科)醫療保險* Ultimate Vision 15/25/150*如果選擇Dental HMO計畫,請瀏覽blueshieldca.com查詢牙科服務提供者,或者撥打(800)431-2809進行諮詢 牙科服務提供者編號: _____

牙科服務提供者姓名: _____

*由Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life)承保。

第3(b)部分 - 子女家屬申請人資訊 – 受撫養的子女必須未滿26歲。如果多於八個子女申請保險，請另附紙張以提供下列資訊並簽上您的姓名和日期。如果另附紙張，請勾選此處。

<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	關係：_____ (如兒子/女兒)	出生日期(年/月/日) ____/____/____
--	-------------------	-------------------------------

申請人的社會安全號碼 / 納稅識別號 _____ - _____ - _____

名字	中間名
----	-----

姓氏 _____

子女家屬申請人是否與主申請人居住於同一地點? 是 否
 如否,申請人居於何處? (地址,包括郵區編號和州名) _____

該家屬是否申請與主申請人相同的計畫? 是 否 如否,申請的計畫是哪個?(勾選一項):

Blue Shield of California計畫:
 Platinum 90 PPO Gold 80 PPO Silver 70 PPO Silver Seven 3750 PPO Silver 1850 PPO
 Bronze 60 PPO Bronze 5550 PPO Minimum Coverage PPO Bronze 60 HSA PPO

牙科和眼科計畫選項 (僅可選擇一項牙科計畫和/或一項眼科計畫或Specialty Duo):
 Dental HMO Enhanced Dental HMO \$0 Dental PPO Enhanced Dental PPO 50/1250
 Enhanced Dental PPO 25/500 Specialty Duo (含牙科+眼科) 醫療保險* Ultimate Vision 15/25/150*

如果選擇Dental HMO計畫,請瀏覽blueshieldca.com 查詢牙科服務提供者,或者撥打(800)431-2809進行諮詢

牙科服務提供者編號:

牙科服務提供者姓名: _____

第3(c)部分 - 子女家屬申請人資訊 – 受撫養的子女必須未滿26歲。如果多於八個子女申請保險，請另附紙張以提供下列資訊並簽上您的姓名和日期。如果另附紙張，請勾選此處。

<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	關係：_____ (如兒子/女兒)	出生日期(年/月/日) ____/____/____
--	-------------------	-------------------------------

申請人的社會安全號碼 / 納稅識別號 _____ - _____ - _____

名字	中間名
----	-----

姓氏 _____

子女家屬申請人是否與主申請人居住於同一地點? 是 否
 如否,申請人居於何處? (地址,包括郵區編號和州名) _____

該家屬是否申請與主申請人相同的計畫? 是 否 如否,申請的計畫是哪個?(勾選一項):

Blue Shield of California計畫:
 Platinum 90 PPO Gold 80 PPO Silver 70 PPO Silver Seven 3750 PPO Silver 1850 PPO
 Bronze 60 PPO Bronze 5550 PPO Minimum Coverage PPO Bronze 60 HSA PPO

牙科和眼科計畫選項 (僅可選擇一項牙科計畫和/或一項眼科計畫或Specialty Duo):
 Dental HMO Enhanced Dental HMO \$0 Dental PPO Enhanced Dental PPO 50/1250
 Enhanced Dental PPO 25/500 Specialty Duo (含牙科+眼科) 醫療保險* Ultimate Vision 15/25/150*

如果選擇Dental HMO計畫,請瀏覽blueshieldca.com 查詢牙科服務提供者,或者撥打(800)431-2809進行諮詢

牙科服務提供者編號:

牙科服務提供者姓名: _____

* 由Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life)承保。

第3(d)部分 - 子女家屬申請人資訊 – 受撫養的子女必須未滿26歲。如果多於八個子女申請保險，請另附紙張以提供下列資訊並簽上您的姓名和日期。如果另附紙張，請勾選此處。

<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	關係：_____ (如兒子/女兒)	出生日期(年/月/日) ____/____/____
--	-------------------	-------------------------------

申請人的社會安全號碼 / 納稅識別號 _____

名字	中間名
姓氏	

子女家屬申請人是否與主申請人居住於同一地點？ 是 否
 如否，申請人居於何處？（地址，包括郵區編號和州名）_____

該家屬是否申請與主申請人相同的計畫？ 是 否 如否，申請的計畫是哪個？（勾選一項）：

Blue Shield of California計畫：
 Platinum 90 PPO Gold 80 PPO Silver 70 PPO Silver Seven 3750 PPO Silver 1850 PPO
 Bronze 60 PPO Bronze 5550 PPO Minimum Coverage PPO Bronze 60 HSA PPO

牙科和眼科計畫選項（僅可選擇一項牙科計畫和/或一項眼科計畫或Specialty Duo）：
 Dental HMO Enhanced Dental HMO \$0 Dental PPO Enhanced Dental PPO 50/1250
 Enhanced Dental PPO 25/500 Specialty Duo (含牙科+眼科) 醫療保險* Ultimate Vision 15/25/150*

如果選擇Dental HMO計畫，請瀏覽blueshieldca.com 查詢牙科服務提供者，或者撥打(800)431-2809進行諮詢

牙科服務提供者編號：

牙科服務提供者姓名：

第3(e)部分 - 子女家屬申請人資訊 – 受撫養的子女必須未滿26歲。如果多於八個子女申請保險，請另附紙張以提供下列資訊並簽上您的姓名和日期。如果另附紙張，請勾選此處。

<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	關係：_____ (如兒子/女兒)	出生日期(年/月/日) ____/____/____
--	-------------------	-------------------------------

申請人的社會安全號碼 / 納稅識別號 _____

名字	中間名
姓氏	

子女家屬申請人是否與主申請人居住於同一地點？ 是 否
 如否，申請人居於何處？（地址，包括郵區編號和州名）_____

該家屬是否申請與主申請人相同的計畫？ 是 否 如否，申請的計畫是哪個？（勾選一項）：

Blue Shield of California計畫：
 Platinum 90 PPO Gold 80 PPO Silver 70 PPO Silver Seven 3750 PPO Silver 1850 PPO
 Bronze 60 PPO Bronze 5550 PPO Minimum Coverage PPO Bronze 60 HSA PPO

牙科和眼科計畫選項（僅可選擇一項牙科計畫和/或一項眼科計畫或Specialty Duo）：
 Dental HMO Enhanced Dental HMO \$0 Dental PPO Enhanced Dental PPO 50/1250
 Enhanced Dental PPO 25/500 Specialty Duo (含牙科+眼科) 醫療保險* Ultimate Vision 15/25/150*

如果選擇Dental HMO計畫，請瀏覽blueshieldca.com 查詢牙科服務提供者，或者撥打(800)431-2809進行諮詢

牙科服務提供者編號：

牙科服務提供者姓名：

* 由Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life)承保。

第3(f)部分 - 子女家屬申請人資訊 – 受撫養的子女必須未滿26歲。如果多於八個子女申請保險，請另附紙張以提供下列資訊並簽上您的姓名和日期。如果另附紙張，請勾選此處。

<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	關係：_____ (如兒子/女兒)	出生日期(年/月/日) ____/____/____
--	-------------------	-------------------------------

申請人的社會安全號碼 / 納稅識別號 _____ - _____ - _____

名字	中間名
----	-----

姓氏 _____

子女家屬申請人是否與主申請人居住於同一地點? 是 否
 如否,申請人居於何處? (地址,包括郵區編號和州名) _____

該家屬是否申請與主申請人相同的計畫? 是 否 如否,申請的計畫是哪個?(勾選一項):

Blue Shield of California計畫:
 Platinum 90 PPO Gold 80 PPO Silver 70 PPO Silver Seven 3750 PPO Silver 1850 PPO
 Bronze 60 PPO Bronze 5550 PPO Minimum Coverage PPO Bronze 60 HSA PPO

牙科和眼科計畫選項 (僅可選擇一項牙科計畫和/或一項眼科計畫或Specialty Duo):
 Dental HMO Enhanced Dental HMO \$0 Dental PPO Enhanced Dental PPO 50/1250
 Enhanced Dental PPO 25/500 Specialty Duo (含牙科+眼科) 醫療保險* Ultimate Vision 15/25/150*

如果選擇Dental HMO計畫,請瀏覽blueshieldca.com 查詢牙科服務提供者,或者撥打(800)431-2809進行諮詢

牙科服務提供者編號: _____

牙科服務提供者姓名: _____

第3(g)部分 - 子女家屬申請人資訊 – 受撫養的子女必須未滿26歲。如果多於八個子女申請保險，請另附紙張以提供下列資訊並簽上您的姓名和日期。如果另附紙張，請勾選此處。

<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	關係：_____ (如兒子/女兒)	出生日期(年/月/日) ____/____/____
--	-------------------	-------------------------------

申請人的社會安全號碼 / 納稅識別號 _____ - _____ - _____

名字	中間名
----	-----

姓氏 _____

子女家屬申請人是否與主申請人居住於同一地點? 是 否
 如否,申請人居於何處? (地址,包括郵區編號和州名) _____

該家屬是否申請與主申請人相同的計畫? 是 否 如否,申請的計畫是哪個?(勾選一項):

Blue Shield of California計畫:
 Platinum 90 PPO Gold 80 PPO Silver 70 PPO Silver Seven 3750 PPO Silver 1850 PPO
 Bronze 60 PPO Bronze 5550 PPO Minimum Coverage PPO Bronze 60 HSA PPO

牙科和眼科計畫選項 (僅可選擇一項牙科計畫和/或一項眼科計畫或Specialty Duo):
 Dental HMO Enhanced Dental HMO \$0 Dental PPO Enhanced Dental PPO 50/1250
 Enhanced Dental PPO 25/500 Specialty Duo (含牙科+眼科) 醫療保險* Ultimate Vision 15/25/150*

如果選擇Dental HMO計畫,請瀏覽blueshieldca.com 查詢牙科服務提供者,或者撥打(800)431-2809進行諮詢

牙科服務提供者編號: _____

牙科服務提供者姓名: _____

* 由Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life)承保。

第3(h)部分 - 子女家屬申請人資訊 – 受撫養的子女必須未滿26歲。如果多於八個子女申請保險，請另附紙張以提供下列資訊並簽上您的姓名和日期。如果另附紙張，請勾選此處。

<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	關係： _____ (如兒子/女兒)	出生日期(年/月/日) ____/____/____
--	--------------------	-------------------------------

申請人的社會安全號碼 / 納稅識別號 _____ - _____ - _____

名字 _____ 中間名 _____

姓氏 _____

子女家屬申請人是否與主申請人居住於同一地點? 是 否
 如否,申請人居於何處?(地址,包括郵區編號和州名) _____

該家屬是否申請與主申請人相同的計畫? 是 否 如否,申請的計畫是哪個?(勾選一項):

Blue Shield of California計畫:
 Platinum 90 PPO Gold 80 PPO Silver 70 PPO Silver Seven 3750 PPO Silver 1850 PPO
 Bronze 60 PPO Bronze 5550 PPO Minimum Coverage PPO Bronze 60 HSA PPO

牙科和眼科計畫選項(僅可選擇一項牙科計畫和/或一項眼科計畫或Specialty Duo):
 Dental HMO Enhanced Dental HMO \$0 Dental PPO Enhanced Dental PPO 50/1250
 Enhanced Dental PPO 25/500 Specialty Duo (含牙科+眼科)醫療保險* Ultimate Vision 15/25/150*

如果選擇Dental HMO計畫,請瀏覽blueshieldca.com 查詢牙科服務提供者,或者撥打(800)431-2809進行諮詢

牙科服務提供者編號: _____

牙科服務提供者姓名: _____

第3(i)部分 - 子女家屬申請人資訊 – 受撫養的子女必須未滿26歲。如果多於八個子女申請保險，請另附紙張以提供下列資訊並簽上您的姓名和日期。如果另附紙張，請勾選此處。

<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	關係： _____ (如兒子/女兒)	出生日期(年/月/日) ____/____/____
--	--------------------	-------------------------------

申請人的社會安全號碼 / 納稅識別號 _____ - _____ - _____

名字 _____ 中間名 _____

姓氏 _____

子女家屬申請人是否與主申請人居住於同一地點? 是 否
 如否,申請人居於何處?(地址,包括郵區編號和州名) _____

該家屬是否申請與主申請人相同的計畫? 是 否 如否,申請的計畫是哪個?(勾選一項):

Blue Shield of California計畫:
 Platinum 90 PPO Gold 80 PPO Silver 70 PPO Silver Seven 3750 PPO Silver 1850 PPO
 Bronze 60 PPO Bronze 5550 PPO Minimum Coverage PPO Bronze 60 HSA PPO

牙科和眼科計畫選項(僅可選擇一項牙科計畫和/或一項眼科計畫或Specialty Duo):
 Dental HMO Enhanced Dental HMO \$0 Dental PPO Enhanced Dental PPO 50/1250
 Enhanced Dental PPO 25/500 Specialty Duo (含牙科+眼科)醫療保險* Ultimate Vision 15/25/150*

如果選擇Dental HMO計畫,請瀏覽blueshieldca.com 查詢牙科服務提供者,或者撥打(800)431-2809進行諮詢

牙科服務提供者編號: _____

牙科服務提供者姓名: _____

* 由Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life)承保。

第4部分 - 披露資訊授權書

簽署本表格,即表示您授權保健服務提供者、保險公司、保險支援組織、健康計畫、您的保險代理人向Blue Shield of California或Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (統稱為「Blue Shield」)提供您和/或您的家屬的保健資訊,根據健康服務協議/政策用於處理索賠及管理福利。

此外,簽署這份表格還表示您授權Blue Shield可以將這些保健資訊透露給保健服務提供者、保險公司、自保機構、保險支持組織、健康計劃或您的保險代理人,用於調查或評估福利索賠。根據此授權書使用或披露的保健資訊可能會被重複披露,而且可能不再受到聯邦健康資訊隱私法的保護。

您有權拒絕簽署本授權書。

在簽署該授權書後,您有權索要其副本。

到期日: 本授權書在以下條件下持續有效: 1)從授權之日起三十(30)個月內用於受理您的申請、恢復申請或福利更改申請之目的; 2)用於在保險期限內處理索賠請求; 以及3)執行健康服務協議/政策規定的所有其他活動時有效。

撤銷權: 我瞭解,只要本人向Blue Shield提交書面撤銷通知,即可撤銷本授權書。我瞭解在收到我的書面撤銷通知之前,撤銷本授權書將不會影響Blue Shield依據本授權書所採取的任何行動。

申請人/父母或法定監護人

今日日期

申請人的配偶/同居人

今日日期

年滿18歲或以上的申請人

今日日期

年滿18歲或以上的申請人

今日日期

年滿18歲或以上的申請人

今日日期

年滿18歲或以上的申請人

今日日期

(續) 第5部分 - 在此部分您需要簽名和填寫今日日期。

第5(a)部分 - 申請人核實正確性

請仔細閱讀下列資訊。申請計畫之年滿18歲或以上的家庭成員必須檢查填寫完成的申請書並簽字。請保存本表副本，以備查閱。

本人對本申請書中所提供的資訊的正確性和完整性負完全責任。本人已親自審核申請書上所有資訊，即使本人沒有親自填寫此表。盡本人所知所信，此申請書內的所有資訊均為準確、真實和完整。若Blue Shield認定在本申請書的資訊中存在欺詐（透過行為、實踐或疏忽的方式）或存在對重要事實的故意曲解，本人理解，保險可能以法律允許的方式被撤消。

對於偏好語言並非英語的申請者：如果本人在第1部分指明非英語的偏好語言並填寫完整英語版本（或其他非偏好語言版本）的申請書格，本人確認本人理解申請書上的問題。

申請人 / 父母或法定監護人簽字	今日日期	正楷體姓名 (如果申請人為未成年人，請說明關係)
申請人配偶 / 同居人之簽名 (如適用)	今日日期	正楷體姓名
年滿18歲及以上的家庭成員簽字 (如適用)	今日日期	正楷體姓名
年滿18歲及以上的家庭成員簽字 (如適用)	今日日期	正楷體姓名
年滿18歲及以上的家庭成員簽字 (如適用)	今日日期	正楷體姓名
年滿18歲及以上的家庭成員簽字 (如適用)	今日日期	正楷體姓名

第5(b)部分 - 授權、條款及條件

請仔細閱讀下列條款和條件。申請計畫的年滿18歲或以上的家庭成員必須檢查填寫完成的申請書並提供自己的授權和簽字。請保存本表副本，以備查閱。

- 申請保險**：重要的是要瞭解若您當前不合資格，則Blue Shield of California或Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (如適用)可能拒絕您的保險申請。您的申請書必須得到Blue Shield批准並簽署生效日期，如此方可使保險生效。
- 首月會費/保險費**：Blue Shield公司要求於送交申請單時，附上首月會費/保險費。請瀏覽blueshieldca.com或聯絡您的保險代理人瞭解您的每月預估的會費/保險費。付款方式請參考第7部分。如果未支付足額的會費/保險費，將導致您的申請書被退回。請注意，處理任何付款並不表示Blue Shield或Blue Shield Life已經核准了您的申請。如果您目前不合保險資格，則將退還與申請書一起提交的會費/保險費。如果您是以支票付款，則該支票將被銷毀。倘若您申請時有簽具付款授權書，申請未通過時則不會對信用卡或支票帳戶進行扣款。
- 會費/保險費**：會費/保險費應於繳款日期之前付清。如果您未按照「健康服務協議/政策」中的規定按時支付會費/保險費，您的保險將依法終止。
- 保險生效日**：如果您符合保險資格，Blue Shield將通知您保險的生效時間。如果Blue Shield無法接受您申請的生效日期，或者無法在您申請的日期前簽發該保險，則Blue Shield會盡快使保險生效。倘若經審核後發現需繳交額外款項/保險費，則必須繳清付款方可使保險生效。我們不保賠您在保險生效日期前或終止後所接受的任何服務。
特殊入保期間的生效日期可能與開放入保期間的生效日期有所不同。生效日期由Blue Shield指定，根據規定要求，可能早在收到特殊入保期間申請緊鄰月份的1日，對於新生兒，則可能早在其出生日期。請聯絡Blue Shield獲取特殊入保期間生效日期的相關資訊。
- 申請書之收受**：您已知悉，只有Blue Shield公司擁有收受申請書以及核准本表所要求IPF計畫保險之權力。您的代理人或經紀人無權為您登記加入本保險或修改保險的任何條款或條件。
- 家長/監護人**：若您是以身長或合法監護人的身分代替未成年人提出申請，則請於第5部分的結尾處代替申請人簽名。身為家長或合法監護人，您將有權代替申請人就本保險查詢各項細節或辦理相關事務(此為法律所賦予之權力)。此外，您需要同意承擔會費/保險費的支付責任，並同意遵守保險的條款和條件。如果您不是申請人的父母，請隨附法院指定您為該名未成年人監護人的文件。勾選下列一個方框，並標明經授權代表未成年人(申請人)的人員：
 僅父母或法定監護人：_____ (包括姓名和關係)，或
 本人之代理人_____ (包括姓名和關係)，或
 經合格兒童醫療支持法令指派之代理人_____ (包括姓名和關係)。或
 Blue Shield合約內容之變更若必須經過上述人士以書面方式申請者，請勾選此方框。
- 由配偶/同居人變更之授權**：如您是申請人本人，且配偶/同居人亦同時申請保障，則請於申請書中註明是否授權由配偶/同居人代替您申請合約/保單內容變更。日後若有需要撤銷授權，只須以書面通知Blue Shield即可。 是 否
- 授權您的代理人提供/獲取資訊**：如果您拒絕授權您的保險代理人、經紀人或業務員(被稱為「您的代理人」)使用此申請書上的所有資訊(包括健康資訊)，請勾選此處。
- 授權Blue Shield向第三方披露個人及健康資訊的程序**：如果您想要授權您的配偶、同居人或第三方使用您的個人健康資訊，請填寫名為「關於Blue Shield向第三方披露個人及健康資訊的授權書」的表格。如需獲得該表格，請瀏覽blueshieldca.com並按一下頁面底部的隱私權連結或者撥打電話(800) 431-2809。
- 所需資訊的答覆**：您同意與Blue Shield(或者Blue Shield Life, 如適用)配合，向其提供或授權使用所需的文件及其他資訊(如提供家屬保險的法院判令等)，用於證實本保險申請書中的資訊。您承認並同意，如果您沒有或拒絕提供這些要求的文件或資訊，可能導致您的保險被撤銷或取消。
- 授權以電子方式接收材料和通訊**：若您同意透過電子郵件接收所要求的福利計畫和保險相關資訊及通訊(即入保資訊、承保範圍說明書、健康服務協議/政策、福利說明書(EOB)、年度隱私通知等)，以此代替郵寄列印版副本(法律要求者除外)，請勾選此處。

本人已審核此申請書中與本人相關的所有回覆。本人已經閱讀了福利摘要、福利與承保範圍摘要(SBC)、上述保險及授權的條款和條件。藉由以下親筆簽名，本人確認此申請書中所提供之資訊，就所知範圍內均完整準確，並且藉此表示對保險條款與條件和授權事項均已全然理解並同意。(注意：每一位成年申請人都必須親自簽名。)本人理解，若本人在此申請書中所列資訊發生變更或有所不同，則本人必須在本人於Blue Shield入保之前通知Blue Shield。

申請人/父母或法定監護人簽字	今日日期	正楷體姓名(申請人若是未成年人，請另外敘述簽署人與申請人的關係)
申請人配偶/同居人之簽名(如適用)	今日日期	正楷體姓名
年滿18歲及以上的家庭成員簽字(如適用)	今日日期	正楷體姓名
年滿18歲及以上的家庭成員簽字(如適用)	今日日期	正楷體姓名
年滿18歲及以上的家庭成員簽字(如適用)	今日日期	正楷體姓名
年滿18歲及以上的家庭成員簽字(如適用)	今日日期	正楷體姓名

注意：在您簽字並註明日期後30天之內將申請書寄回。
我們必須在開放入保期間內或自特殊入保觸發事件之日起60日內收到您的申請。

第6部分 - 業務員資訊：此部份由經授權的Blue Shield代理人填寫

1. 您是否親自完成本申請書？ 是 否
2. 如答是，您是否嚴格按照規定詢問本申請書中的每一個問題？ 是 否
3. 是否嚴格按照您所獲得的答案記錄？ 是 否，附上解釋。

4. 您是否想要將健康服務協議 / 保單直接寄給投保人？ 是 否

業務員姓名

電子郵件地址 更新電子郵件 業務員編號

電話號碼 () 更新電話號碼 傳真號碼 () 更新傳真號碼

業務員地址

更新地址

市 州 郵區編號

高級業務員姓名 高級業務員編號

業務員簽字 (必填)

今日日期 (必填)

正楷體
姓名

業務員：請確認本申請書的每一部分均已填妥。如果資訊缺失或不完整，Blue Shield可以直接聯絡您的申請人，以獲得完整資訊。

第7部分 - 帳單與付款資訊

估算每月的會費 / 保險費

- 前往 blueshieldca.com 或洽詢您的代理人，以估算您的會費 / 保險費。
- 提交申請書時必須同時附上首月會費 / 保險費。
- Blue Shield 將在任何保險生效日期前簽發最終的會費 / 保險費。倘若最終金額與估算的金額不同，且需繳交額外款項，則必須繳清付款方可使保險生效。

Easy\$PaySM和信用卡自動付款選項

首次 / 持續的後續會費 / 保險費可以透過以下選項支付：

- Easy\$Pay 付款 - 透過您的支票或儲蓄帳戶的電子轉帳，每月自動支付費用。
- 支付卡 - 從您的信用卡或借記卡扣款，每月自動支付費用。

第7部份 (續) - 付款授權書

支付方式: (會費/保險費須與申請書一起提交。)

請選擇下列選項之一, 以支付首次付款:

- 透過Easy\$Pay服務自動從支票或儲蓄帳戶扣款 (填妥段落A)
 支付卡 (借記卡或信用卡) - (填妥段落B)
 使用支票* (僅適用於以郵寄方式提交申請書時)

請選擇下列選項之一, 以支付持續付款:

- 透過Easy\$Pay服務自動從支票或儲蓄帳戶扣款 (填妥段落A)
 支付卡 (借記卡或信用卡) - (填妥段落B)
 月度帳單

* 當您以支票付款時, 您授權Blue Shield使用您支票上的資訊進行一次性的電子轉帳, 轉帳來源為您的帳戶, 或是將付款作為支票交易處理。在我們使用您支票上的資訊進行電子轉帳時, 資金將在我們批准您的申請之日即從您的帳戶轉出, 且您不會從您的金融機構收回您的支票。

申請人資訊

申請人姓名

郵寄地址

公寓號碼

市

州

郵區編號

申請人日間聯絡電話 ()

支付方式

A. Easy\$Pay扣費: 支票帳戶 儲蓄帳戶

付款日期: 每月1日 每月15日 (註: 未註明付款日者, 一律以每月1日為準。若您申請牙科HMO計畫, 或僅透過Easy\$Pay支付您的首次付款, 則您必須選擇每月1日付款。)

付款頻率: 按月

銀行路由/轉帳號碼

銀行帳號

銀行帳戶名稱

金融機構名稱

分支機構地址

市

州

郵區編號

分行聯絡電話 ()

B. 支付卡 (只可用Visa或 MasterCard)

付款日期: 每月1日

持卡人姓名

持卡人帳單地址

公寓號碼

市

州

郵區編號

信用卡號碼

信用卡類型: Visa MasterCard

到期日(月/年) ___/____

授權及簽名

取決於我如上方所選擇的是首次付款和 / 或持續付款方式，將適用於以下一項或多項規定：

首次付款：

首次會費 / 保險費只可以透過支付卡 (信用卡或借記卡) 支付：

我授權我的計劃，Blue Shield of California 或 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (“Blue Shield”)，向我以上所確認的信用卡或借記卡 (“支付卡”) 收取或扣除我首次或首月的會費 / 保險費，並且本次授權僅允許扣款或收取積欠Blue Shield的首次或首月會費 / 保險費。本人明白一旦收到本人的申請表，隨即從本人的支付卡扣除首次或首月的會費 / 保險費。本人明白如果承保獲准，我可能必須支付不同的費用。如果本人以不同的費用獲得保險，Blue Shield將會在原始保險生效日期之前，提供每月會費 / 保險費的通知，並且依照本授權，本人將支付該款項。

首次會費 / 保險費只能從支票 / 儲蓄帳戶扣除：

我授權我的計劃，Blue Shield of California 或 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (“Blue Shield”)，向我列於此表上的銀行帳戶扣除首次或首月的會費 / 保險費，並且本次授權僅允許扣款或收取積欠Blue Shield的首次或首月會費 / 保險費。本人明白一旦核准本人的申請表，隨即從本人的銀行帳戶扣除首次或首月的會費 / 保險費；本人明白如果承保獲准，我可能必須支付不同的費用。如果本人以不同的費用獲得保險，Blue Shield將會在原始保險生效日期之前，提供每月會費 / 保險費的通知，並且依照本授權，本人將支付該款項。

持續付款：

以支付卡 (信用卡或借記卡) 自動付款：

我授權我的計劃，Blue Shield of California 或 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (“Blue Shield”)，在支付日期 (或支付日期前或後2至3天) 向此表上的信用卡或借記卡 (“支付卡”) 以之前所定的頻率自動進行扣款或收費 (和 / 或修正先前的扣款或收費)，以支付我和任何接受Blue Shield承保的家庭成員所需支付的會費 / 保險費。本人會維持充足的信用卡可用限額或由我的借記卡帳戶籌集資金以便全額支付。如果不能自動借記轉帳 (例如超過可用限額、沒有可用資金、卡片過期、帳戶終止)，Blue Shield會郵寄帳單到我記錄在案的地址，並且我會透過支票或匯票付款，包括返還項目服務費用。Blue Shield還可能依照法律和付款系統規定允許的次數，重新提交扣款。倘若扣款或費用被撤回未付，我們也可以取消此項授權。我承認，除非我選擇退出此項服務，倘若我的發卡銀行有參與卡片更新計劃，我的銀行可能會提供Blue Shield更新後的卡片號碼與截止日期，由此Blue Shield會使用此資訊更新其檔案，並繼續從我的卡扣款。

支票 / 儲蓄帳戶自動扣款：

我授權我的計劃，Blue Shield of California 或 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (“Blue Shield”) 在支付日期 (或支付日期前或後2至3天) 向此表上的銀行帳戶以上述頻率進行扣款 (和 / 或必要時修正先前的扣款)，以支付我和任何接受Blue Shield承保的家庭成員所需支付的會費 / 保險費。本人同時授權金融機構按照約定的計畫表從本人的帳戶餘額中扣減這些款項 (和 / 或修正先前的扣款)。本人會在帳戶中維持充足的資金以便全額支付。如果不能自動借記轉帳 (例如：沒有可用資金，終止帳戶)，Blue Shield會郵寄帳單到我記錄在案的地址，並且我會透過支票或匯票付款，包括返還項目的服務費用。Blue Shield還可能依照法律和付款系統規定允許的次數，重新提交扣款。若扣款被撤回未付，Blue Shield也可以取消此項授權。

所需的更改 / 取消通知：

我將繼續被扣款 / 收取所欠會費 / 保險費的金額，直到我在扣款 / 收費發生的至少前10天取消自動付款授權。若要取消此自動付款授權約定或變更扣款帳戶明細，本人必須事先與客戶服務中心聯絡：**(800) 431-2809**。Blue Shield可能會根據給本人的通知隨時取消此授權。

藉由以下親筆簽名，本人同意本授權書內所有條款及條件，而本人也承認收到此表單副本。本人已知悉，所有付款交易都必須遵守美國法律之規定。直到自動付款服務成功啟用之前，本人將持續以支票或匯票為付款方式。

付款可以透過代表Blue Shield的第三方供應商經手處理。

持卡人 / 開戶人簽名

社會安全號碼

正楷體姓名

日期

持卡人 / 開戶人簽名

社會安全號碼

正楷體姓名

日期

第7部份 (續) - 付款授權書

保留此副本, 以留作記錄

支付方式: (會費/保險費須與申請書一起提交。)

請選擇下列選項之一, 以支付首次付款:

- 透過Easy\$Pay服務自動從支票或儲蓄帳戶扣款 (填妥段落A)
 支付卡 (借記卡或信用卡) - (填妥段落B)
 使用支票* (僅適用於以郵寄方式提交申請書時)

請選擇下列選項之一, 以支付持續付款:

- 透過Easy\$Pay服務自動從支票或儲蓄帳戶扣款 (填妥段落A)
 支付卡 (借記卡或信用卡) - (填妥段落B)
 月度帳單

* 當您以支票付款時, 您授權Blue Shield使用您支票上的資訊進行一次性的電子轉帳, 轉帳來源為您的帳戶, 或是將付款作為支票交易處理。在我們使用您支票上的資訊進行電子轉帳時, 資金將在我們批准您的申請之日即從您的帳戶轉出, 且您不會從您的金融機構收回您的支票。

申請人資訊

申請人姓名

郵寄地址

公寓號碼

市

州

郵區編號

申請人日間聯絡電話 ()

支付方式

A. Easy\$Pay扣款: 支票帳戶 儲蓄帳戶

付款日期: 每月1日 每月15日 (註: 未註明付款日者, 一律以每月1日為準。若您申請牙科HMO計畫, 或僅透過Easy\$Pay支付您的首次付款, 則您必須選擇每月1日付款。)

付款頻率: 按月

銀行路由/轉帳號碼

銀行帳號

銀行帳戶名稱

金融機構名稱

分支機構地址

市

州

郵區編號

分行聯絡電話 ()

B. 支付卡 (只可用Visa或 MasterCard)

付款日期: 每月1日

持卡人姓名

持卡人帳單地址

公寓號碼

市

州

郵區編號

信用卡號

信用卡類型: Visa MasterCard

到期日(月/年)___/____

取決於我如上方所選擇的是首次付款和 / 或持續付款方式，將適用於以下一項或多項規定：

首次付款：**首次會費 / 保險費只可以透過支付卡 (信用卡或借記卡) 支付：**

我授權我的計劃，Blue Shield of California 或 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (“Blue Shield”)，向我以上所確認的信用卡或借記卡 (“支付卡”) 收取或扣除我首次或首月的會費 / 保險費，並且本次授權僅允許扣款或收取積欠Blue Shield的首次或首月會費 / 保險費。本人明白一旦收到本人的申請表，隨即從本人的支付卡扣除首次或首月的會費 / 保險費。本人明白如果承保獲准，我可能必須支付不同的費用。如果本人以不同的費用獲得保險，Blue Shield將會在原始保險生效日期之前，提供每月會費 / 保險費的通知，並且依照本授權，本人將支付該款項。

首次會費 / 保險費只能從支票 / 儲蓄帳戶扣除：

我授權我的計劃，Blue Shield of California 或 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (“Blue Shield”)，向我列於此表上的銀行帳戶扣除首次或首月的會費 / 保險費，並且本次授權僅允許扣款或收取積欠Blue Shield的首次或首月會費 / 保險費。本人明白一旦核准本人的申請表，隨即從本人的銀行帳戶扣除首次或首月的會費 / 保險費；本人明白如果承保獲准，我可能必須支付不同的費用。如果本人以不同的費用獲得保險，Blue Shield將會在原始保險生效日期之前，提供每月會費 / 保險費的通知，並且依照本授權，本人將支付該款項。

持續付款：**以支付卡 (信用卡或借記卡) 自動付款：**

我授權我的計劃，Blue Shield of California 或 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (“Blue Shield”)，在支付日期 (或支付日期前或後2至3天) 向此表上的信用卡或借記卡 (“支付卡”) 以之前所定的頻率自動進行扣款或收費 (和 / 或修正先前的扣款或收費)，以支付我和任何接受Blue Shield承保的家庭成員所需支付的會費 / 保險費。本人會維持充足的信用卡可用限額或由我的借記卡帳戶籌集資金以便全額支付。如果不能自動借記轉帳 (例如超過可用限額、沒有可用資金、卡片過期、帳戶終止)，Blue Shield會郵寄帳單到我記錄在案的地址，並且我會透過支票或匯票付款，包括返還項目服務費用。Blue Shield還可能依照法律和付款系統規定允許的次數，重新提交扣款。倘若扣款或費用被撤回未付，我們也可以取消此項授權。我承認，除非我選擇退出此項服務，倘若我的發卡銀行有參與卡片更新計劃，我的銀行可能會提供Blue Shield更新後的卡片號碼與截止日期，由此Blue Shield會使用此資訊更新其檔案，並繼續從我的卡扣款。

支票 / 儲蓄帳戶自動扣款：

我授權我的計劃，Blue Shield of California 或 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (“Blue Shield”) 在支付日期 (或支付日期前或後2至3天) 向此表上的銀行帳戶以上述頻率進行扣款 (和 / 或必要時修正先前的扣款)，以支付我和任何接受Blue Shield承保的家庭成員所需支付的會費 / 保險費。本人同時授權金融機構按照約定的計畫表從本人的帳戶餘額中扣減這些款項 (和 / 或修正先前的扣款)。本人會在帳戶中維持充足的資金以便全額支付。如果不能自動借記轉帳 (例如：沒有可用資金，終止帳戶)，Blue Shield會郵寄帳單到我記錄在案的地址，並且我會透過支票或匯票付款，包括返還項目的服務費用。Blue Shield還可能依照法律和付款系統規定允許的次數，重新提交扣款。若扣款被撤回未付，Blue Shield也可以取消此項授權。

所需的更改 / 取消通知：

我將繼續被扣款 / 收取所欠會費 / 保險費的金額，直到我在扣款 / 收費發生的至少前10天取消自動付款授權。若要取消此自動付款授權約定或變更扣款帳戶明細，本人必須事先與客戶服務中心聯絡：**(800) 431-2809**。Blue Shield可能會根據給本人的通知隨時取消此授權。

藉由以下親筆簽名，本人同意本授權書內所有條款及條件，而本人也承認收到此表單副本。本人已知悉，所有付款交易都必須遵守美國法律之規定。直到自動付款服務成功啟用之前，本人將持續以支票或匯票為付款方式。

付款可以透過代表Blue Shield的第三方供應商經手處理。

持卡人 / 開戶人簽名

社會安全號碼

正楷體姓名

日期

持卡人 / 開戶人簽名

社會安全號碼

正楷體姓名

日期