

Blue Shield of California 및 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company에 대한 신청

이 신청서는 Blue Shield 개인 및 가족 플랜(IFP)에 대해 Blue Shield로 직접 보장을 신청하기 위한 것입니다. Covered California를 통해 취득한 보험에 가입하거나 수정하려면 Covered California에 직접 문의하십시오.

보험판매사 (PRODUCER 전용)
마켓 코드

신청서는 블록체 대문자로 쓰고 흑색 또는 청색 잉크로 작성해야 합니다. 가능한 한 완전하고 정확하게 모든 질문에 답해야 하고, 신청서의 반환을 피하려면 첫 달의 보험료를 포함시켜야 합니다. 다른 모든 지원 기록을 포함하여 작성된 신청서로서 1-12페이지까지 전체를 Blue Shield 담당자에게 다음과 같이 우편 또는 팩스로 제출해야 합니다. Attn: I&B - Applications, P.O. Box 3008, Lodi, CA 95241-9969 또는 팩스: (888) 386-3420. 신청서 작성 도움을 받으려면 Blue Shield에 (800) 431-2809로 전화하거나, 대리인에게 문의하십시오. **확인란은 다음과 같이 표시해야 합니다: ☒**

신청 사유: 오픈 가입 - 신규 가입 오픈 가입 - 기존 보험에 가족을 추가 보험 이전
 특별 가입/적격 사안 - 이 확인란에 체크함으로써 귀하가 알고 있는 한도에서 특별 가입 자격이 있음을 확인합니다.

특별 가입 대상이 되는 적격 사안이 발생한 날짜: ____/____/____

특별 가입 대상이 되는 적격 사안의 유형을 설명하십시오. _____

참고: 특별 가입 대상이 되는 사안이 발생한 날로부터 60일 이내에 신청해야 보험에 가입할 수 있습니다.

기존 보험에 피부양자를 추가할 경우, 기존 가입자의 Blue Shield 가입자 번호를 기입하십시오. _____

파트 1 - 주 신청인 정보

귀하가 캘리포니아주 거주자이면서 Medicare 가입 자격이 없을 경우 Blue Shield 개인 및 가족 의료 보험에 신청할 수 있습니다.

신청자의 사회보장(Social Security) 번호/세금 ID 번호 _____

이름 _____ MI _____

성 _____

남성 여성 기혼: 예 아니오 동거인: 예 아니오 생년월일(월/일/년) ____/____/____

신청인의 직장 전화번호() _____ 신청인의 자택 전화번호() _____

신청인의 팩스번호() _____ 신청인의 휴대폰 전화번호() _____

신청인의 이메일 주소: _____

현재 Blue Shield에 가입해 있을 경우, 가입자 번호를 기입하십시오. _____

자택 주소(사서함 제외) _____ 아파트 번호 _____

시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

청구서 발송 주소 (위와 다를 경우) _____ 아파트 번호 _____

시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

우편 발송 주소(자택 주소와 다를 경우) _____ 아파트 번호 _____

시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

신청인의 직장 우편번호 _____ 배우자/동거인의 직장 우편 번호 _____

과거에 사용했던 다른 이름이 있을 경우 열거 _____

의료 보험 옵션(하나의 확인란만 체크):

Blue Shield of California 보험:

- | | | |
|--|--|---|
| <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 |

이 달 15일까지 보험을 신청해야 다음 달 1일부터 보험 적용이 개시됩니다. 16일부터 말일 사이에 신청할 경우, 보험 적용은 다다음 달 1일부터 개시됩니다. 특별 가입 기간에 대한 보험 적용 개시일은 오픈 가입과 다를 수 있습니다. 세부내용은 파트5(b) 항목 4를 참조.

요청한 보험 적용 개시일(내용은 파트 5(b), 항목 4 참조) _____ / _____ / _____

참고: 혜택과 보장 요약(SBC) 서식은 모든 의료 보험에 대해 이용할 수 있습니다. 이 서식에서는 한 가지 서식으로 보험의 보장과 혜택을 요약합니다. 신청한 모든 보험에 대한 SBC 서식을 다운로드하려면 blueshieldca.com/sbc에 로그인하십시오.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association C12900-HCR-PR-KO (1/17)

파트 1 - 주 신청인 정보(계속):

(a) 주 신청인이 현재 캘리포니아에서 거주하십니까? 예 아니오
 아니오일 경우, 주 신청인은 어디에 거주하십니까? _____

선호하는 언어 표시: 영어 스페인어 중국어 베트남어 한국어 기타: _____

선호하는 연락 방식(하나만 체크): 자택 전화 직장 전화 휴대폰 이메일
 일반 우편

연락하기에 최적 시간: _____
 오전 오후

이전에 Blue Shield 보증을 들었던 적이 있을 경우 여기에 체크하십시오.
 이전에 보증을 들었던 적이 있을 경우 해당 Blue Shield 가입자 번호를 기입하십시오. _____

파트 2 - 주 신청인 보조 보험 선택

귀하의 건강 보증을 보조하기 위해 치과 보험, 안과 보험 또는 치과 + 안과 패키지 및/또는 생명 보험도 구입할 수 있습니다. 치과, 안과, 치과 + 안과 보험, 및/또는 생명 보험은 종합 검진 없이도 가능합니다.

치과 및 안과 보험 옵션(단 1개의 치과 보험 및/또는 1개의 안과 보험 또는 Specialty Duo를 선택):

Dental HMO Enhanced Dental HMO \$0 Dental PPO Enhanced Dental PPO 50/1250
 Enhanced Dental PPO 25/500 Specialty Duo (dental + vision) package* Ultimate Vision 15/25/120* Ultimate Vision 15/25/150*

Dental HMO에 한함 - blueshieldca.com을 방문하여 치과 의료 서비스 제공 기관을 찾거나 질문이 있으면 전화번호(800) 431-2809로 문의합니다.

치과 의료 서비스 제공 기관 번호: _____

치과 의료 서비스 제공 기관명: _____

생명 보험* 옵션: 생명 보험은 1세 이상의 신청인에게 가능합니다. 제공되는 보험금 액수: \$10,000 (1-64세), \$30,000 (1-64세), \$60,000 (19-64세), \$90,000 (19-64세), \$100,000 (19-64세).

생명 보증을 구입하려면 별도의 생명 보험 신청서를 작성해야 합니다. 생명 보험료나 보험 신청은 당사 웹사이트 blueshieldca.com/term-life를 방문합니다.

파트 3(a) - 배우자/동거인 피부양자 신청인 정보

배우자 동거인 성별: 남성 여성 생년월일(월/일/년) ____/____/____

신청자의 사회보장(Social Security) 번호/세금 ID 번호 _____

이름 _____ MI _____

성 _____

배우자/동거인 신청인 거주지는 주 신청인과 동일합니까? 예 아니오
 아니오일 경우, 신청인은 어디에 거주합니까? (우편번호 및 주 포함 주소) _____

이 피부양자는 주 신청인과 동일한 보증을 신청하고 있습니까? 예 아니오 아니오일 경우, 어느 보증을 신청합니까? (하나만 체크):

Blue Shield of California 보험:

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

치과 및 안과 보험 옵션(단 1개의 치과 보험 및/또는 1개의 안과 보험 또는 Specialty Duo를 선택):

Dental HMO Enhanced Dental HMO \$0 Dental PPO Enhanced Dental PPO 50/1250
 Enhanced Dental PPO 25/500 Specialty Duo (dental + vision) package* Ultimate Vision 15/25/120* Ultimate Vision 15/25/150*

Dental HMO에 한함 - blueshieldca.com을 방문하여 치과 의료 서비스 제공 기관을 찾거나 질문이 있으면 전화번호(800) 431-2809로 문의합니다.

치과 의료 서비스 제공 기관 번호: _____

치과 의료 서비스 제공 기관명: _____

* Blue Shield of California Life & Health Insurance Company(Blue Shield Life)가 보증.

파트 3(b) - 피부양 아동 신청인 정보 - 피부양 아동은 26세 미만이어야 합니다. 8명 이상의 피부양 아동들이 보증을 신청할 경우, 여러분의 페이지를 첨부하여 아래에 열거된 모든 정보, 서명 그리고 날짜를 기입하십시오. 여러분의 페이지를 첨부할 경우 여기에 체크하십시오.

<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	관계: _____ (예, 자녀)	생년월일(월/일/년) ____/____/____
--	-------------------	-------------------------------

신청자의 사회보장(Social Security) 번호/세금 ID 번호 _____ - _____ - _____

이름	MI
성	

피부양 아동 신청인 거주지는 주 신청인과 동일합니까? 예 아니오
아니오일 경우, 신청인은 어디에 거주합니까? (우편번호 및 주 포함한 주소) _____

이 피부양자는 주 신청인과 동일한 보증을 신청하고 있습니까? 예 아니오
아니오일 경우, 어느 보증을 신청합니까? (하나만 체크):

Blue Shield of California 보험:

- 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

치과 및 안과 보험 옵션(단 1개의 치과 보험 및/또는 1개의 안과 보험 또는 Specialty Duo를 선택):

- Dental HMO Enhanced Dental HMO \$0 Dental PPO Enhanced Dental PPO 50/1250
 Enhanced Dental PPO 25/500 Specialty Duo (dental + vision) package* Ultimate Vision 15/25/120* Ultimate Vision 15/25/150*

Dental HMO에 한함 - blueshieldca.com 을 방문하여 치과 의료 서비스 제공 기관을 찾거나 질문이 있으면 전화번호(800) 431-2809로 문의합니다.	치과 의료 서비스 제공 기관 번호:
--	---------------------

치과 의료 서비스 제공 기관명: _____

파트 3(c) - 피부양 아동 신청인 정보 - 피부양 아동은 26세 미만이어야 합니다. 8명 이상의 피부양 아동들이 보증을 신청할 경우, 여러분의 페이지를 첨부하여 아래에 열거된 모든 정보, 서명 그리고 날짜를 기입하십시오. 여러분의 페이지를 첨부할 경우 여기에 체크하십시오.

<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	관계: _____ (예, 자녀)	생년월일(월/일/년) ____/____/____
--	-------------------	-------------------------------

신청자의 사회보장(Social Security) 번호/세금 ID 번호 _____ - _____ - _____

이름	MI
성	

피부양 아동 신청인 거주지는 주 신청인과 동일합니까? 예 아니오
아니오일 경우, 신청인은 어디에 거주합니까? (우편번호 및 주 포함한 주소) _____

이 피부양자는 주 신청인과 동일한 보증을 신청하고 있습니까? 예 아니오
아니오일 경우, 어느 보증을 신청합니까? (하나만 체크):

Blue Shield of California 보험:

- 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

치과 및 안과 보험 옵션(단 1개의 치과 보험 및/또는 1개의 안과 보험 또는 Specialty Duo를 선택):

- Dental HMO Enhanced Dental HMO \$0 Dental PPO Enhanced Dental PPO 50/1250
 Enhanced Dental PPO 25/500 Specialty Duo (dental + vision) package* Ultimate Vision 15/25/120* Ultimate Vision 15/25/150*

Dental HMO에 한함 - blueshieldca.com 을 방문하여 치과 의료 서비스 제공 기관을 찾거나 질문이 있으면 전화번호(800) 431-2809로 문의합니다.	치과 의료 서비스 제공 기관 번호:
--	---------------------

치과 의료 서비스 제공 기관명: _____

* Blue Shield of California Life & Health Insurance Company(Blue Shield Life)가 보증.

파트 3(d) - 피부양 아동 신청인 정보 - 피부양 아동은 26세 미만이어야 합니다. 8명 이상의 피부양 아동들이 보증을 신청할 경우, 여러분의 페이지를 첨부하여 아래에 열거된 모든 정보, 서명 그리고 날짜를 기입하십시오. 여러분의 페이지를 첨부할 경우 여기에 체크하십시오.

<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	관계: _____ (예, 자녀)	생년월일(월/일/년) ____/____/____
--	-------------------	-------------------------------

신청자의 사회보장(Social Security) 번호/세금 ID 번호 _____ - _____ - _____

이름 _____ MI
성 _____

피부양 아동 신청인 거주지는 주 신청인과 동일합니까? 예 아니오
아니오일 경우, 신청인은 어디에 거주합니까? (우편번호 및 주 포함한 주소) _____

이 피부양자는 주 신청인과 동일한 보증을 신청하고 있습니까? 예 아니오
아니오일 경우, 어느 보증을 신청합니까? (하나만 체크):

Blue Shield of California 보험:

- 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

치과 및 안과 보험 옵션(단 1개의 치과 보험 및/또는 1개의 안과 보험 또는 Specialty Duo를 선택):

- Dental HMO Enhanced Dental HMO \$0 Dental PPO Enhanced Dental PPO 50/1250
 Enhanced Dental PPO 25/500 Specialty Duo (dental + vision) package* Ultimate Vision 15/25/120* Ultimate Vision 15/25/150*

Dental HMO에 한함 - blueshieldca.com을 방문하여 치과 의료 서비스 제공 기관을 찾거나 질문이 있으면 전화번호(800) 431-2809로 문의합니다. 치과 의료 서비스 제공 기관 번호: _____

치과 의료 서비스 제공 기관명: _____

파트 3(e) - 피부양 아동 신청인 정보 - 피부양 아동은 26세 미만이어야 합니다. 8명 이상의 피부양 아동들이 보증을 신청할 경우, 여러분의 페이지를 첨부하여 아래에 열거된 모든 정보, 서명 그리고 날짜를 기입하십시오. 여러분의 페이지를 첨부할 경우 여기에 체크하십시오.

<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	관계: _____ (예, 자녀)	생년월일(월/일/년) ____/____/____
--	-------------------	-------------------------------

신청자의 사회보장(Social Security) 번호/세금 ID 번호 _____ - _____ - _____

이름 _____ MI
성 _____

피부양 아동 신청인 거주지는 주 신청인과 동일합니까? 예 아니오
아니오일 경우, 신청인은 어디에 거주합니까? (우편번호 및 주 포함한 주소) _____

이 피부양자는 주 신청인과 동일한 보증을 신청하고 있습니까? 예 아니오
아니오일 경우, 어느 보증을 신청합니까? (하나만 체크):

Blue Shield of California 보험:

- 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

치과 및 안과 보험 옵션(단 1개의 치과 보험 및/또는 1개의 안과 보험 또는 Specialty Duo를 선택):

- Dental HMO Enhanced Dental HMO \$0 Dental PPO Enhanced Dental PPO 50/1250
 Enhanced Dental PPO 25/500 Specialty Duo (dental + vision) package* Ultimate Vision 15/25/120* Ultimate Vision 15/25/150*

Dental HMO에 한함 - blueshieldca.com을 방문하여 치과 의료 서비스 제공 기관을 찾거나 질문이 있으면 전화번호(800) 431-2809로 문의합니다. 치과 의료 서비스 제공 기관 번호: _____

치과 의료 서비스 제공 기관명: _____

* Blue Shield of California Life & Health Insurance Company(Blue Shield Life)가 보증.

파트 3(f) – 피부양 아동 신청인 정보 – 피부양 아동은 26세 미만이어야 합니다. 8명 이상의 피부양 아동들이 보증을 신청할 경우, 여러분의 페이지를 첨부하여 아래에 열거된 모든 정보, 서명 그리고 날짜를 기입하십시오. 여러분의 페이지를 첨부할 경우 여기에 체크하십시오.

<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	관계: _____ (예, 자/녀)	생년월일(월/일/년) ____/____/____
--	--------------------	-------------------------------

신청자의 사회보장(Social Security) 번호/세금 ID 번호
_____ - _____ - _____

이름 _____ MI
성 _____

피부양 아동 신청인 거주지는 주 신청인과 동일합니까? 예 아니오
아니오일 경우, 신청인은 어디에 거주합니까? (우편번호 및 주 포함한 주소) _____

이 피부양자는 주 신청인과 동일한 보증을 신청하고 있습니까? 예 아니오
아니오일 경우, 어느 보증을 신청합니까? (하나만 체크):

Blue Shield of California 보험:

- 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

치과 및 안과 보험 옵션(단 1개의 치과 보험 및/또는 1개의 안과 보험 또는 Specialty Duo를 선택):

- Dental HMO Enhanced Dental HMO \$0 Dental PPO Enhanced Dental PPO 50/1250
 Enhanced Dental PPO 25/500 Specialty Duo (dental + vision) package* Ultimate Vision 15/25/120* Ultimate Vision 15/25/150*

Dental HMO에 한함 – blueshieldca.com을 방문하여 치과 의료 서비스 제공 기관을 찾거나 질문이 있으면 전화번호(800) 431-2809로 문의합니다. 치과 의료 서비스 제공 기관 번호: _____

치과 의료 서비스 제공 기관명: _____

파트 3(g) – 피부양 아동 신청인 정보 – 피부양 아동은 26세 미만이어야 합니다. 8명 이상의 피부양 아동들이 보증을 신청할 경우, 여러분의 페이지를 첨부하여 아래에 열거된 모든 정보, 서명 그리고 날짜를 기입하십시오. 여러분의 페이지를 첨부할 경우 여기에 체크하십시오.

<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	관계: _____ (예, 자/녀)	생년월일(월/일/년) ____/____/____
--	--------------------	-------------------------------

신청자의 사회보장(Social Security) 번호/세금 ID 번호
_____ - _____ - _____

이름 _____ MI
성 _____

피부양 아동 신청인 거주지는 주 신청인과 동일합니까? 예 아니오
아니오일 경우, 신청인은 어디에 거주합니까? (우편번호 및 주 포함한 주소) _____

이 피부양자는 주 신청인과 동일한 보증을 신청하고 있습니까? 예 아니오
아니오일 경우, 어느 보증을 신청합니까? (하나만 체크):

Blue Shield of California 보험:

- 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

치과 및 안과 보험 옵션(단 1개의 치과 보험 및/또는 1개의 안과 보험 또는 Specialty Duo를 선택):

- Dental HMO Enhanced Dental HMO \$0 Dental PPO Enhanced Dental PPO 50/1250
 Enhanced Dental PPO 25/500 Specialty Duo (dental + vision) package* Ultimate Vision 15/25/120* Ultimate Vision 15/25/150*

Dental HMO에 한함 – blueshieldca.com을 방문하여 치과 의료 서비스 제공 기관을 찾거나 질문이 있으면 전화번호(800) 431-2809로 문의합니다. 치과 의료 서비스 제공 기관 번호: _____

치과 의료 서비스 제공 기관명: _____

* Blue Shield of California Life & Health Insurance Company(Blue Shield Life)가 보증.

파트 3(h) – 피부양 아동 신청인 정보 – 피부양 아동은 26세 미만이어야 합니다. 8명 이상의 피부양 아동들이 보증을 신청할 경우, 여러분의 페이지를 첨부하여 아래에 열거된 모든 정보, 서명 그리고 날짜를 기입하십시오. 여러분의 페이지를 첨부할 경우 여기에 체크하십시오.

<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	관계: _____ (예, 자녀)	생년월일(월/일/년) ____/____/____
--	-------------------	-------------------------------

신청자의 사회보장(Social Security) 번호/세금 ID 번호 _____

이름 _____ MI _____
성 _____

피부양 아동 신청인 거주지는 주 신청인과 동일합니까? 예 아니오
아니오일 경우, 신청인은 어디에 거주합니까? (우편번호 및 주 포함한 주소) _____

이 피부양자는 주 신청인과 동일한 보증을 신청하고 있습니까? 예 아니오
아니오일 경우, 어느 보증을 신청합니까? (하나만 체크):

Blue Shield of California 보험:

- 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

치과 및 안과 보험 옵션(단 1개의 치과 보험 및/또는 1개의 안과 보험 또는 Specialty Duo를 선택):

- Dental HMO Enhanced Dental HMO \$0 Dental PPO Enhanced Dental PPO 50/1250
 Enhanced Dental PPO 25/500 Specialty Duo (dental + vision) package* Ultimate Vision 15/25/120* Ultimate Vision 15/25/150*

Dental HMO에 한함 – blueshieldca.com을 방문하여 치과 의료 서비스 제공 기관을 찾거나 질문이 있으면 전화번호(800) 431-2809로 문의하십시오. 치과 의료 서비스 제공 기관 번호: _____

치과 의료 서비스 제공 기관명: _____

파트 3(i) – 피부양 아동 신청인 정보 – 피부양 아동은 26세 미만이어야 합니다. 8명 이상의 피부양 아동들이 보증을 신청할 경우, 여러분의 페이지를 첨부하여 아래에 열거된 모든 정보, 서명 그리고 날짜를 기입하십시오. 여러분의 페이지를 첨부할 경우 여기에 체크하십시오.

<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	관계: _____ (예, 자녀)	생년월일(월/일/년) ____/____/____
--	-------------------	-------------------------------

신청자의 사회보장(Social Security) 번호/세금 ID 번호 _____

이름 _____ MI _____
성 _____

피부양 아동 신청인 거주지는 주 신청인과 동일합니까? 예 아니오
아니오일 경우, 신청인은 어디에 거주합니까? (우편번호 및 주 포함한 주소) _____

이 피부양자는 주 신청인과 동일한 보증을 신청하고 있습니까? 예 아니오
아니오일 경우, 어느 보증을 신청합니까? (하나만 체크):

Blue Shield of California 보험:

- 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

치과 및 안과 보험 옵션(단 1개의 치과 보험 및/또는 1개의 안과 보험 또는 Specialty Duo를 선택):

- Dental HMO Enhanced Dental HMO \$0 Dental PPO Enhanced Dental PPO 50/1250
 Enhanced Dental PPO 25/500 Specialty Duo (dental + vision) package* Ultimate Vision 15/25/120* Ultimate Vision 15/25/150*

Dental HMO에 한함 – blueshieldca.com을 방문하여 치과 의료 서비스 제공 기관을 찾거나 질문이 있으면 전화번호(800) 431-2809로 문의하십시오. 치과 의료 서비스 제공 기관 번호: _____

치과 의료 서비스 제공 기관명: _____

* Blue Shield of California Life & Health Insurance Company(Blue Shield Life)가 보증.

파트 4 - 정보 공개 권한 부여

귀하는 본 서식에 서명함으로써 의료 서비스 계약/정책에 따라 클레임을 처리하고 혜택을 관리할 목적으로 Blue Shield of California 또는 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company(통칭 Blue Shield)에 헬스케어 제공 기관, 보험업자, 보험 지원 단체, 헬스 플랜 또는 귀하의 보험 대리인이 귀하 및/또는 귀하의 피부양자 헬스케어 정보를 제공하는 권한을 부여하게 됩니다.

또한, 귀하는 아래에 서명함으로써 혜택에 대한 모든 클레임을 조사하거나 평가할 목적으로 해당 헬스케어 정보를 헬스케어 제공기관, 보험업체, 자가 보험자, 보험 지원 단체, 헬스 플랜 또는 귀하의 보험 대리인에게 공개할 수 있게 Blue Shield에 권한을 부여하게 됩니다. 이러한 권한 부여에 준해 사용하고 공개된 헬스케어 정보는 재공개될 수도 있고, 연방 건강정보 사생활 보호법에 따라 더 이상 보호를 받지 못할 수도 있습니다. 귀하는 이 권한 부여에 서명하기를 거부할 수 있는 권리가 있습니다.

귀하는 서명한 본 권한 부여 사본을 가질 권리가 있습니다.

유효 기간: 본 권한 부여의 유효 기간: 1) 신청서를 처리하고, 복원 요청을 처리하고, 또는 혜택의 변경 요청을 처리할 목적으로 본 권한을 부여한 날로부터 30 개월 동안, 2) 보험 적용 기간 동안 발생한 클레임 처리에 필요한 만큼의 기간 동안, 그리고 3) 의료 서비스 계약/ 정책에 따른 기타 모든 활동에 대한 보험 적용 기간 동안.

취소권: 저는 서면 취소 통지서를 Blue Shield에 제출함으로써 언제든지 본 권한 부여를 취소할 수 있음을 이해하고 있습니다. 저는 본 권한 부여를 취소하더라도 Blue Shield가 저의 서면 취소 통지서를 수신하기 전 본 권한 부여 관련 취했던 모든 조치가 영향을 받지 않음을 이해하고 있습니다.

신청인/부모 또는 법적 보호자

오늘 날짜

신청인의 배우자/동거인

오늘 날짜

18세 이상의 신청인

오늘 날짜

18세 이상의 신청인

오늘 날짜

18세 이상의 신청인

오늘 날짜

18세 이상의 신청인

오늘 날짜

파트 5에 계속 - 이 섹션에서 귀하는 반드시 서명을 하고 오늘 날짜를 기입해야 합니다.

파트 5(a) – 신청인에 의한 내용 확인

다음 내용을 주의 깊게 읽으십시오. 보험을 신청하는 18세 이상의 각 가족 구성원은 작성된 신청서를 검토한 후 서명해야 합니다. 이 신청서 사본을 보관하십시오.

저는 본 신청서에 기입된 정보의 정확성과 완전성에 대해 독자적으로 책임을 집니다. 저는 직접 본 신청서를 작성하지 않았을 경우에도 본 신청서에 기입된 모든 정보를 직접 검토했습니다. 제가 알고 믿는 한, 본 신청서에 기입된 모든 정보는 정확하고, 진실하며, 완전합니다. 본 신청서의 정보에 (행위, 관행 또는 누락에 의한) 사기나 실제 사실의 의도적인 왜곡이 있다고 Blue Shield에서 결정할 경우, 법에 따라 보험 적용이 취소될 수 있음을 이해합니다.

영어 이외 언어를 선호하는 신청자의 경우: 제가 영어 이외의 다른 언어를 선호하고 본 신청서의 영어 버전(또는 제가 선호하는 언어 이외의 버전)을 작성한다고 파트 1에서 표시했을 경우, 저는 본 신청서의 질문을 이해함을 확인합니다.

신청인/부모 또는 법적 보호자의 서명	오늘 날짜	정자체 이름(그리고 신청자가 미성년일 경우 그와의 관계)
신청인의 배우자/동거인(신청할 경우)의 서명	오늘 날짜	정자체 이름
18세 이상 가족 구성원(신청할 경우)의 서명	오늘 날짜	정자체 이름
18세 이상 가족 구성원(신청할 경우)의 서명	오늘 날짜	정자체 이름
18세 이상 가족 구성원(신청할 경우)의 서명	오늘 날짜	정자체 이름
18세 이상 가족 구성원(신청할 경우)의 서명	오늘 날짜	정자체 이름

파트 5(b) – 인증, 기간 및 조건

다음 약관을 주의 깊게 읽으십시오. 18세 이상의 각 신청자는 작성된 신청서를 검토한 후 자신의 인가와 서명을 제공해야 합니다. 이 신청서 사본을 보관하십시오.

- 보험 신청:** 귀하가 현재 자격이 없을 경우, Blue Shield of California 또는 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company(해당될 경우)는 귀하의 보험 신청서를 거절할 수 있음을 아는 것이 중요합니다. 귀하의 신청서는 Blue Shield에 의해 승인을 받아야 하고, 보장 유효일을 배정 받은 후에 보장이 유효해 집니다.
- 첫 달의 회비/보험료:** Blue Shield에 신청서 제출 시 첫 달의 회비/보험료를 불입해야 합니다. blueshieldca.com에 방문하거나 대리인에게 연락하여 예상 월간 회비/보험료를 파악하십시오. 지불 옵션에 대해서는 파트 7을 참조하십시오. 회비/보험료를 완납하지 못할 경우 귀하의 신청서는 반환될 것입니다. 불입금이 처리된다고 해서 Blue Shield나 Blue Shield Life에 대한 귀하의 신청서를 승인 받는 것이 아님을 유의하십시오. 현재 보험 가입 자격이 없을 경우, 신청서와 함께 제공한 회비/보험료는 처리되지 않습니다. 수표를 첨부한 경우 이 수표는 폐기될 것입니다. 불입 권한 부여 서식을 작성했을 경우 신용/직불 카드 또는 당좌예금을 통해 불입되지 않을 것입니다.
- 회비/보험료:** 회비/보험료는 마감일까지 완납해야 합니다. 의료 서비스 계약/정책에 명시되고 법이 허용하는 대로 적시에 회비/보험료를 불입하지 않으면 보험은 해지됩니다.
- 보험 발효일:** 귀하가 보험 가입 자격이 있을 경우, Blue Shield에서는 귀하에게 보험 발효일을 통지합니다. Blue Shield에서 귀하가 요청한 보험 발효일을 제공할 수 없거나 요청하신 발효일 이전에 보험을 발효할 수 없을 경우, 보험 발효는 최대한 일찍 개시됩니다. 추가적으로 지불해야 할 회비/보험료가 있을 경우, 보험 발효일 이전에 완납해야 합니다. 보험 발효일 이전 또는 보험 해지 이후에 발생한 비용은 포함되지 않습니다.
특별 가입 기간에 대한 보험 발효일은 오픈 가입 기간과 다를 수 있습니다. 이 보험 발효일은 Blue Shield에 의해 할당되며 규정에 따라 특별 가입 기간을 수령한 다음 달 1일이나 신생아의 경우 생년월일이 될 수 있습니다. 특별 가입 기간 보험 발효일에 관한 정보는 Blue Shield에 문의하십시오.
- 신청서 접수:** 귀하는 오직 Blue Shield만이 귀하의 신청서를 접수할 수 있고 본 서식에서 요청한 IFP 보험에 대한 보험 적용을 발효할 수 있음을 이해합니다. 담당 대리인 또는 중개인은 귀하를 보험에 가입시킬 수 없고 보험 기간이나 조건을 변경할 수 없습니다.
- 부모/보호자:** 귀하가 미성년자의 부모나 법적 보호자일 경우, 이 파트 5 하단의 신청인을 대신하여 서명하십시오. 부모나 법적 보호자로서 귀하는 본 보험과 관련하여 (법에 따라) 신청인을 대신하여 문의하고 조치를 취할 수 있습니다. 또한 귀하는 회비/보험료 불입과 보험 적용 관련 약관 준수에 대한 전적인 책임을 질 것으로 동의합니다. 귀하가 신청인의 부모가 아닐 경우, 귀하를 해당 미성년자의 보호자로 임명한 법원 문서를 첨부하십시오. 다음 확인란의 한 곳에 체크하여 미성년자(신청인)를 대신하여 조치를 취할 권한이 있는 개인을 확인합니다.
 부모나 법적 보호자에 함함: _____ (이름과 관계 기입) 또는
 저의 지명인 _____ (이름과 관계 기입) 또는
 법정 의료양육보험(QMCSO) 지명인 _____ (이름과 관계 기입).
 위에서 확인된 개인의 서면 요청 시 Blue Shield가 계약을 변경해야 할 경우에 한해, 이 확인란에 체크 표시하십시오.
- 배우자/동거인이 변경할 수 있도록 권한 부여:** 귀하가 신청인이고 귀하의 배우자/동거인도 또한 보험 가입을 신청할 경우, 예
귀하의 배우자/동거인이 귀하를 대신해서 계약/정책을 변경할 수 있는 권한을 부여했는지 여부를 명시하십시오. 귀하는 아니오
Blue Shield에 서면 요청서를 발송하여 언제든지 이 권한 부여를 중단시킬 수 있습니다.
- 대리인이 정보를 제공/취득할 수 있는 권한 부여:** 귀하의 보험 대리인, 중개인 또는 보험판매사(이하, "귀하의 대리인")에게
본 신청서에 기입된 모든 정보에 접근할 수 있는 권한을 부여하지 **않을 경우**, 여기에 체크하십시오.
- 개인 및 건강 정보를 제3자에게 공개할 수 있도록 Blue Shield에게 권한을 부여하는 절차:** 귀하의 배우자, 동거인 또는 제3자가 귀하의 개인 의료 정보에 접근할 수 있는 권한을 부여하려면, Blue Shield가 제3자에게 개인 및 의료 정보를 공개할 수 있는 권한 부여라는 제목의 서식을 작성하십시오. 이 서식을 취득하려면, blueshieldca.com으로 이동하여 페이지의 하단에 있는 **프라이버시 링크**를 클릭하거나 (800) 431-2809로 전화하십시오.
- 요청 받은 정보에 대한 응답:** 귀하는 본 보험 가입 신청서에 기입한 정보를 확인하기 위해 요청 받은 문서와 기타 정보(피부양자 보험 제공을 지시하는 법원 명령서 등)를 제출하거나 이에 접근하게 함으로써 Blue Shield(또는 해당될 경우 Blue Shield Life)에 협조할 것을 동의합니다. 이러한 요청 받은 문서 또는 정보를 제출하지 않거나 제출을 거부할 경우, 귀하의 보험을 취소하거나 해지할 수 있는 원인이 될 수 있음을 귀하는 인식하고 동의합니다.
- 자료와 통신문을 전자적으로 수신할 수 있는 권한 부여:** 법으로 규정되어 있지 않을 경우, 우편물 대신에 이메일로 필요한
혜택 플랜, 보험 적용 관련 자료 및 통신문(즉, 가입 정보, 의료혜택 보장범위 증명서(EOC) 및 의료 서비스 계약/정책, 혜택 설명서(EOB), 연례 개인정보 보호 고지문 등)을 수신할 것을 동의하면 여기에 체크하십시오.

저는 본 신청서에 기입된 본인과 관련된 모든 응답을 검토했습니다. 저는 혜택 요약, 혜택 및 보장 요약(SBC) 그리고 위에 명시된 보험 적용 약관 및 권한 부여 사항을 읽었습니다. 저는 아래에 서명함으로써 본 신청서에 기입된 정보가 제가 알고 있는 한 완전하고 정확함을 인정하고, 보험 적용 약관과 제가 허용한 권한 부여를 이해하고 동의합니다. (중요: 각 성인 신청인은 자신의 서명을 제공해야 합니다.) 저는 Blue Shield에 가입하기 전 본 신청서에 기입된 것과 다르거나 변경된 사항이 있을 경우, 이를 Blue Shield에 반드시 통지해야 함을 이해합니다.

신청인/부모 또는 법적 보호자의 서명	오늘 날짜	정자체 이름(그리고 신청자가 미성년일 경우 귀하와의 관계)
신청인의 배우자/동거인(신청할 경우)의 서명	오늘 날짜	정자체 이름
18세 이상 가족 구성원(신청할 경우)의 서명	오늘 날짜	정자체 이름
18세 이상 가족 구성원(신청할 경우)의 서명	오늘 날짜	정자체 이름
18세 이상 가족 구성원(신청할 경우)의 서명	오늘 날짜	정자체 이름
18세 이상 가족 구성원(신청할 경우)의 서명	오늘 날짜	정자체 이름

중요: 날짜를 기입하고 서명한 날로부터 30일 이내에 신청서를 제출해 주십시오.
우리는 오픈 가입 기간 동안이나 특별 가입 대상이 되는 사안이 발생한 날로부터 60일 이내에 귀하의 신청서를 접수해야 합니다.

파트 6 – 보험판매사(Producer) 정보: Blue Shield 공인 대리인이 작성

1. 귀하가 본 신청서를 작성했습니까? 예 아니오
2. '예' 일 경우, 명시된 대로 정확하게 본 신청서의 모든 질문 항목을 질문했습니까? 예 아니오
3. 응답을 가감없이 정확히 기록했습니까? 예 아니오(아래에 이유 설명)

4. 의료 서비스 계약/정책이 가입자에게 직접 발송되기를 원하십니까? 예 아니오

보험판매사 이름

이메일 주소

이메일 업데이트 보험판매사 번호

전화번호 ()

전화 업데이트 팩스 번호 ()

팩스 업데이트

보험판매사 주소

주소 업데이트

시

주

우편번호

최고 보험판매사 이름(Super producer name)

최고 보험판매사 번호

보험판매사 서명(필수 사항)

오늘 날짜(필수 사항)

정자체 이름

보험판매사: 신청서 내 모든 파트의 작성을 확인하십시오. 누락되거나 불완전한 정보가 있을 경우, Blue Shield는 신청인에게 직접 연락하여 완전한 정보를 취득할 수 있습니다.

파트 7 – 청구서 발송 및 보험료 불입 정보

예상 월 회비/보험료 산정

- 예상 회비/보험료를 파악하려면 blueshieldca.com을 방문하거나 담당 대리인에게 문의하십시오.
- 신청서 제출 시 첫 회 또는 첫 달의 회비/보험료를 불입해야 합니다.
- Blue Shield는 보험 발효일 전에 최종 회비/보험료를 고지합니다. 최종 액수가 예상 회비/보험료와 차이가 나서 차액을 추가로 불입해야 할 경우, 보험 발효일 전에 불입해야 합니다.

Easy\$PaySM 및 신용카드 자동 불입 옵션

첫 회/향후 지속적인 회비/보험료는 다음 옵션을 통해 불입할 수 있습니다.

- Easy\$Pay 불입 – 매월 자동으로 불입액이 당좌예금 또는 저축 계좌를 통한 전자 이체에 의해 불입됩니다.
- 불입 카드 – 매월 자동으로 불입액이 신용카드에 부과되거나 직불카드로 직불됩니다.

파트 7 (계속) - 불입 권한 부여 서식

불입 옵션: (보험 신청 시 회비/보험료를 불입해야 합니다.)

첫 회 불입 옵션을 다음 중 선택하십시오.

- 당좌예금이나 저축 계좌를 통해 Easy\$Pay(자동 불입) - (섹션 A 작성)
 불입 카드(직불카드 또는 신용카드) - (섹션 B 작성)
 수표로 불입*(신청서를 우송할 경우에 한함)

향후 지속적인 불입 옵션을 다음 중 선택하십시오.

- 당좌예금이나 저축 계좌를 통해 Easy\$Pay - (섹션 A 작성)
 불입 카드(직불카드 또는 신용카드) - (섹션 B 작성)
 매월 청구서

* 가입자는 수표로 불입 시 Blue Shield에게 가입자의 계좌로부터 1회 전자 자금 이체를 하거나 수표 거래로 불입을 처리할 수 있도록 해당 가입자의 수표 정보를 사용할 수 있는 권한을 부여합니다. 우리가 전자 자금 이체를 위해 가입자의 수표에서 해당 정보 사용 시 가입자의 신청서를 승인하는 날짜에 가입자의 계좌로부터 불입되며, 가입자는 은행으로부터 수표를 돌려 받지 않습니다.

신청인 정보

신청인 이름

우편 주소

아파트 번호

시

주

우편번호

신청인의 주간 전화번호 ()

불입 방식

A. Easy\$Pay 직불: 당좌예금 저축 계좌

불입일: 매월 1일 매월 15일 (참고: 가입자가 불입일을 선택하지 않을 경우, 기본 불입일은 매월 1일입니다. 가입자가 초과 HMO 보험을 신청하거나 Easy\$Pay로 첫 회 불입할 경우, 매월 1일을 선택해야 합니다.)

불입 주기: 매월

은행 라우팅/이체 번호

은행 계좌 번호

은행 계좌 소유자 이름

은행 이름

지점 주소

시

주

우편번호

지점 전화번호 ()

B. 불입 카드 (Visa 또는 MasterCard에 한함)

불입일: 매월 1일

카드 소유자 이름

카드 소유자 청구 주소

아파트 번호

시

주

우편번호

신용카드 번호

카드 종류: Visa MasterCard

만료일(월/년) __/____

권한 부여 및 서명

저의 향후 불입 선택 여부, 첫 회 불입 및/또는 향후 불입을 위해 선택한 불입 방법에 따라 다음 조항 중 한 개 이상이 적용될 수 있습니다.

첫 회 불입:

첫 회 회비/보험료는 불입 카드(신용카드 또는 직불카드)로만 불입:

저는 제가 가입한 보험인 Blue Shield of California 또는 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company(이하 "Blue Shield")에게 Blue Shield에 상기 확인한 저의 신용카드 또는 직불카드(이하 "불입카드")에 대해 첫 회 또는 첫 달 회비/보험료를 부과 또는 직불할 수 있는 권한을 부여합니다. 저는 저의 신청서가 승인될 경우 첫 달의 회비/보험료가 저의 불입 카드에 대해 부과 또는 직불되는 것을 이해합니다. 저는 또한 승인된 보장에 대해 상이한 보험료가 적용될 수 있음을 이해합니다. 제가 상이한 보험료를 불입하게 될 경우 Blue Shield에서는 원래 보험 발효일 이전에 실제 회비/보험료를 고지할 것이며, 본 권한 부여에 준해 이 액수를 불입할 것입니다.

첫 회 회비/보험료는 당좌예금/저축 계좌를 통해서만 직불:

저는 제가 가입한 보험인 Blue Shield of California 또는 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company(이하 "Blue Shield")에게 Blue Shield에 상기 확인한 저의 은행 계좌에 대해 첫 회 또는 첫 달 회비/보험료를 직불할 수 있는 권한을 부여합니다. 저는 저의 신청서가 승인될 경우 첫 달의 회비/보험료가 저의 은행 계좌에서 직불되는 것을 이해합니다. 저는 또한 승인된 보장에 대해 상이한 보험료가 적용될 수 있음을 이해합니다. 제가 상이한 보험료를 불입하게 될 경우 Blue Shield에서는 원래 보험 발효일 이전에 실제 회비/보험료를 고지할 것이며, 본 권한 부여에 준해 이 액수를 불입할 것입니다.

향후 지속적인 불입:

불입 카드(신용카드 또는 직불카드)로 자동 불입:

저는 제가 가입한 보험인 Blue Shield of California 또는 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company(이하 "Blue Shield")에게 Blue Shield에 가입한 제 자신 및 가족 구성원의 월 회비/보험료를 불입할 목적으로 위에 명시한 주기로 불입일(또는 불입일 전후 2-3일 내)에 상기 확인된 신용카드 또는 직불카드(이하 "불입 카드")에 대해 부과 및 직불을 개시(및/또는 이전 부과 또는 직불에 대한 오류를 수정할 경우 부과 또는 직불을 적용)할 수 있는 권한을 부여합니다. 저는 매번 불입 시 전액 불입을 위해 저의 신용카드 잔고 또는 직불카드 계정 잔고를 충분히 유지할 것입니다. 자동 불입 카드 불입이 이행되지 않을 경우(예, 한도 초과, 잔고 부족, 카드 기한 만료, 계좌 폐쇄), Blue Shield에서 저의 주소로 청구서를 우송할 것이며, 저는 수표 또는 머니 오더로 반송 서비스를 포함하여 지급할 책임이 있습니다. Blue Shield는 또한 법규 및 불입 시스템 규정이 허용하는 최대 횟수로 신용카드 부과 또는 직불카드 직불을 재시도할 것입니다. 우리는 또한 신용카드 부과 또는 직불카드 직불로 불입되지 않을 경우 본 권한 부여를 취소할 수 있습니다. 저는 저의 카드를 발행한 은행이 카드 업데이트 프로그램에 참여할 경우, 제가 이 서비스를 거부하지 않는 한 저의 은행은 Blue Shield에게 업데이트된 카드 번호 및 만료일을 제공할 수 있어야 하며, Blue Shield는 이 정보에 따라 자사의 파일을 업데이트하여 저의 카드에 불입액을 지속적으로 부과할 것입니다.

직불로 당좌예금/저축 계좌로부터 자동 불입:

저는 제가 가입한 보험인 Blue Shield of California 또는 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company(이하 "Blue Shield")에게 Blue Shield에 가입한 제 자신 및 가족 구성원의 월 회비/보험료를 불입할 목적으로 위에 명시한 주기로 불입일(또는 불입일 전후 2-3일 내)에 상기 확인된 은행 계좌에 대해 직불을 개시(및/또는 필요할 경우 이전 직불 정보를 수정)할 수 있는 권한을 부여합니다. 또한 저는 저의 은행에게 해당 직불(및/또는 이전 직불의 정보 수정)을 통한 불입액을 저의 계좌 잔고에서 차감할 수 있는 권한을 부여합니다. 저는 매번 불입 시 전액 불입을 위해 저의 계좌에 충분한 자금을 유지할 것입니다. 자동 직불 불입이 이행되지 않을 경우(예, 잔고 부족, 계정 폐쇄), Blue Shield에서 저의 주소로 청구서를 우송할 것이며, 저는 수표 또는 머니 오더로 반송 서비스를 포함하여 지급할 책임이 있습니다. Blue Shield는 또한 법규 및 불입 시스템 규정이 허용하는 최대 횟수로 직불을 재시도할 것입니다. Blue Shield는 또한 직불로 불입되지 않을 경우 본 권한 부여를 취소할 수 있습니다.

변경/취소 요청에 대한 고지:

저는 직불카드/신용카드를 통해 불입되기 최소한 10일 전 이 자동 불입 권한 부여를 취소하기 전까지 회비/보험료 액수를 직불카드/신용카드를 통해 지속적으로 불입할 것입니다. 이 자동 불입 권한 부여를 취소하거나 직불/신용카드를 통해 불입하는 저의 계좌에 변경 사항이 있을 경우, 전화번호 (800) 431-2809로 고객 서비스에 문의해야 합니다. Blue Shield는 언제든지 고지와 함께 이 권한 부여를 취소할 수 있습니다.

저는 아래에 서명함으로써 본 권한 부여 서식의 약관에 동의하며 본 서식의 사본을 수령했음을 인정합니다. 저는 모든 불입 트랜잭션이 미국 법 조항을 준수해야 함을 인정합니다. 저는 저의 자동 불입 서비스가 활성화될 때까지 수표 또는 머니 오더로 불입할 것입니다.

Blue Shield를 대신하여 제삼자 벤더가 불입을 처리할 수 있습니다.

카드 소유자/계좌 소유자 서명

정자체 이름

사회 보장(Social Security) 번호

날짜

카드 소유자/계좌 소유자 서명

정자체 이름

사회 보장(Social Security) 번호

날짜

파트 7 (계속) - 불입 권한 부여 서식

이 신청서 사본을 보관하십시오.

불입 옵션: (보험 신청 시 회비/보험료를 불입해야 합니다.)

첫 회 불입 옵션을 다음 중 선택하십시오.

- 당좌예금이나 저축 계좌를 통해 Easy\$Pay(자동 불입) - (섹션 A 작성)
 불입 카드(직불카드 또는 신용카드) - (섹션 B 작성)
 수표로 불입*(신청서를 우송할 경우에 한함)

향후 지속적인 불입 옵션을 다음 중 선택하십시오.

- 당좌예금이나 저축 계좌를 통해 Easy\$Pay - (섹션 A 작성)
 불입 카드(직불카드 또는 신용카드) - (섹션 B 작성)
 매월 청구서

* 가입자는 수표로 불입 시 Blue Shield에게 가입자의 계좌로부터 일회 전자 자금 이체를 하거나 수표 거래로 불입을 처리할 수 있도록 해당 가입자의 수표 정보를 사용할 수 있는 권한을 부여합니다. 우리가 전자 자금 이체를 위해 가입자의 수표에서 해당 정보 사용 시 가입자의 신청서를 승인하는 날짜에 가입자의 계좌로부터 불입되며, 가입자는 은행으로부터 수표를 돌려 받지 않습니다.

신청인 정보

신청인 이름

우편 주소

아파트 번호

시

주

우편번호

신청인의 주간 전화번호 ()

불입 방식

A. Easy\$Pay 직불: 당좌예금 저축 계좌

불입일: 매월 1일 매월 15일 (참고: 가입자가 불입일을 선택하지 않을 경우, 기본 불입일은 매월 1일입니다. 가입자가 초과 HMO 보험을 신청하거나 Easy\$Pay로 첫 회 불입할 경우, 매월 1일을 선택해야 합니다.)

불입 주기: 매월

은행 라우팅/이체 번호

은행 계좌 번호

은행 계좌 소유자 이름

은행 이름

지점 주소

시

주

우편번호

지점 전화번호 ()

B. 불입 카드 (Visa 또는 MasterCard에 한함)

불입일: 매월 1일

카드 소유자 이름

카드 소유자 청구 주소

아파트 번호

시

주

우편번호

신용카드 번호

카드 종류: Visa MasterCard

만료일(월/년) __/____

저의 향후 불입 선택 여부, 첫 회 불입 및/또는 향후 불입을 위해 선택한 불입 방법에 따라 다음 조항 중 한 개 이상이 적용될 수 있습니다.

첫 회 불입:

첫 회 회비/보험료는 불입 카드(신용카드 또는 직불카드)로만 불입:

저는 제가 가입한 보험인 Blue Shield of California 또는 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company(이하 "Blue Shield")에게 Blue Shield에 상기 확인한 저의 신용카드 또는 직불카드(이하 "불입카드")에 대해 첫 회 또는 첫 달 회비/보험료를 부과 또는 직불할 수 있는 권한을 부여합니다. 저는 저의 신청서가 승인될 경우 첫 달의 회비/보험료가 저의 불입 카드에 대해 부과 또는 직불되는 것을 이해합니다. 저는 또한 승인된 보장에 대해 상이한 보험료가 적용될 수 있음을 이해합니다. 제가 상이한 보험료를 불입하게 될 경우 Blue Shield에서는 원래 보험 발효일 이전에 실제 회비/보험료를 고지할 것이며, 본 권한 부여에 준해 이 액수를 불입할 것입니다.

첫 회 회비/보험료는 당좌예금/저축 계좌를 통해서만 직불:

저는 제가 가입한 보험인 Blue Shield of California 또는 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company(이하 "Blue Shield")에게 Blue Shield에 상기 확인한 저의 은행 계좌에 대해 첫 회 또는 첫 달 회비/보험료를 직불할 수 있는 권한을 부여합니다. 저는 저의 신청서가 승인될 경우 첫 달의 회비/보험료가 저의 은행 계좌에서 직불되는 것을 이해합니다. 저는 또한 승인된 보장에 대해 상이한 보험료가 적용될 수 있음을 이해합니다. 제가 상이한 보험료를 불입하게 될 경우 Blue Shield에서는 원래 보험 발효일 이전에 실제 회비/보험료를 고지할 것이며, 본 권한 부여에 준해 이 액수를 불입할 것입니다.

향후 지속적인 불입:

불입 카드(신용카드 또는 직불카드)로 자동 불입:

저는 제가 가입한 보험인 Blue Shield of California 또는 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company(이하 "Blue Shield")에게 Blue Shield에 가입한 제 자신 및 가족 구성원의 월 회비/보험료를 불입할 목적으로 위에 명시한 주기로 불입일(또는 불입일 전후 2-3일 내)에 상기 확인된 신용카드 또는 직불카드(이하 "불입 카드")에 대해 부과 및 직불을 개시(및/또는 이전 부과 또는 직불에 대한 오류를 수정할 경우 부과 또는 직불을 적용)할 수 있는 권한을 부여합니다. 저는 매번 불입 시 전액 불입을 위해 저의 신용카드 잔고 또는 직불카드 계정 잔고를 충분히 유지할 것입니다. 자동 불입 카드 불입이 이행되지 않을 경우(예, 한도 초과, 잔고 부족, 카드 기한 만료, 계좌 폐쇄), Blue Shield에서 저의 주소로 청구서를 우송할 것이며, 저는 수표 또는 머니 오더로 반송 서비스를 포함하여 지급할 책임이 있습니다. Blue Shield는 또한 법규 및 불입 시스템 규정이 허용하는 최대 횟수로 신용카드 부과 또는 직불카드 직불을 재시도할 것입니다. 우리는 또한 신용카드 부과 또는 직불카드 직불로 불입되지 않을 경우 본 권한 부여를 취소할 수 있습니다. 저는 저의 카드를 발행한 은행이 카드 업데이트 프로그램에 참여할 경우, 제가 이 서비스를 거부하지 않는 한 저의 은행은 Blue Shield에게 업데이트된 카드 번호 및 만료일을 제공할 수 있어야 하며, Blue Shield는 이 정보에 따라 자사의 파일을 업데이트하여 저의 카드에 불입액을 지속적으로 부과할 것입니다.

직불로 당좌예금/저축 계좌로부터 자동 불입:

저는 제가 가입한 보험인 Blue Shield of California 또는 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company(이하 "Blue Shield")에게 Blue Shield에 가입한 제 자신 및 가족 구성원의 월 회비/보험료를 불입할 목적으로 위에 명시한 주기로 불입일(또는 불입일 전후 2-3일 내)에 상기 확인된 은행 계좌에 대해 직불을 개시(및/또는 필요할 경우 이전 직불 정보를 수정)할 수 있는 권한을 부여합니다. 또한 저는 저의 은행에게 해당 직불(및/또는 이전 직불의 정보 수정)을 통한 불입액을 저의 계좌 잔고에서 차감할 수 있는 권한을 부여합니다. 저는 매번 불입 시 전액 불입을 위해 저의 계좌에 충분한 자금을 유지할 것입니다. 자동 직불 불입이 이행되지 않을 경우(예, 잔고 부족, 계정 폐쇄), Blue Shield에서 저의 주소로 청구서를 우송할 것이며, 저는 수표 또는 머니 오더로 반송 서비스를 포함하여 지급할 책임이 있습니다. Blue Shield는 또한 법규 및 불입 시스템 규정이 허용하는 최대 횟수로 직불을 재시도할 것입니다. Blue Shield는 또한 직불로 불입되지 않을 경우 본 권한 부여를 취소할 수 있습니다.

변경/취소 요청에 대한 고지:

저는 직불카드/신용카드를 통해 불입되기 최소한 10일 전 이 자동 불입 권한 부여를 취소하기 전까지 회비/보험료 액수를 직불카드/신용카드를 통해 지속적으로 불입할 것입니다. 이 자동 불입 권한 부여를 취소하거나 직불/신용카드를 통해 불입하는 저의 계좌에 변경 사항이 있을 경우, 전화번호 (800) 431-2809로 고객 서비스에 문의해야 합니다. Blue Shield는 언제든지 고지와 함께 이 권한 부여를 취소할 수 있습니다.

저는 아래에 서명함으로써 본 권한 부여 서식의 약관에 동의하며 본 서식의 사본을 수령했음을 인정합니다. 저는 모든 불입 트랜잭션이 미국 법 조항을 준수해야 함을 인정합니다. 저는 저의 자동 불입 서비스가 활성화될 때까지 수표 또는 머니 오더로 불입할 것입니다.

Blue Shield를 대신하여 제삼자 벤더가 불입을 처리할 수 있습니다.

카드 소유자/계좌 소유자 서명

정자체 이름

사회 보장(Social Security) 번호

_____/_____/_____
날짜

카드 소유자/계좌 소유자 서명

정자체 이름

사회 보장(Social Security) 번호

_____/_____/_____
날짜