

適用於擁有超過 101 名員工的雇主的 Blue Shield 保險計劃

Blue Shield of California 以及  
Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life)

**請注意：**如未能清晰、完整地填寫本註冊申請表，則可能導致註冊流程的延誤。

**申請之理由：**

<input type="checkbox"/> 新聘用	<input type="checkbox"/> 失保日期 _____	<input type="checkbox"/> 延誤註冊
<input type="checkbox"/> 續聘日期 _____	<input type="checkbox"/> 開放註冊	<input type="checkbox"/> 其他合格事件的類型 _____
		上述事件發生的日期 _____

**第 1 部分 – 專科福利保險的重要參保原則**

牙科、眼科和人身保險 - 一個僱員可以在沒有在一個健康計劃註冊的情況下註冊參見牙科、眼科和人身保險。若要讓受撫養家屬參保牙科或眼科計劃，則員工本人必須參保此等牙科或眼科計劃。

參保人壽保險受到以下規定約束：

- 對於首次獲得福利資格時就註冊的員工，其享有的所有基本定期人壽保險保額可全額保證給付（無須提供可保性資料證明）。延誤註冊的參保人必須提供可保性資料證明。
- 對於補充性人壽保險，超過保證給付額以上的所有保額都必須提供可保性資料證明。
- 員工必須參保補充性人壽/AD&D（意外死亡及斷肢、喪失能力）保險，才可為其配偶/同居伴侶或其受撫養子女參保補充性人壽保險。員工配偶/同居伴侶和/或其受撫養子女無須參保基本受撫養家屬人壽保險也有資格申請參保補充性人壽保險。

**第 2 部分 – 計劃 選擇並填寫計劃名稱（如適用）。**

**無 ABHP（基於帳戶的健保計劃）選項的醫療福利：**

<input type="checkbox"/> Active Choice® Plus _____	<input type="checkbox"/> Active Choice® Classic _____	<input type="checkbox"/> Access+ HMO® _____
<input type="checkbox"/> Access+ HMO® SaveNet <sup>SM</sup> _____	<input type="checkbox"/> Local Access+ HMO® _____	<input type="checkbox"/> Trio HMO _____
<input type="checkbox"/> Added Advantage POS <sup>SM</sup> _____	<input type="checkbox"/> Full PPO _____	<input type="checkbox"/> Full PPO Savings <sup>†</sup> _____
<input type="checkbox"/> Full EPO _____	<input type="checkbox"/> Tandem PPO _____	<input type="checkbox"/> Virtual Blue <sup>SM</sup> _____
<input type="checkbox"/> Tandem EPO _____	<input type="checkbox"/> Blue Shield 65 Plus <sup>SM</sup> (HMO) _____	<input type="checkbox"/> Tandem PPO Savings <sup>†</sup> _____

**有 ABHP（基於帳戶的健保計劃）選項的醫療福利：**

Active Choice® Plus: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Full PPO Savings <sup>†</sup> : <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> LPFSA <sup>‡</sup>
Active Choice® Classic: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Full EPO: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA
Access+ HMO®: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Tandem PPO: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA
Access+ HMO® SaveNet <sup>SM</sup> : <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Virtual Blue <sup>SM</sup> : <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA
Local Access+ HMO®: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Tandem PPO Savings <sup>†</sup> : <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> LPFSA <sup>‡</sup>
Trio HMO: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Tandem EPO: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA
Full PPO: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Blue Shield 65 Plus <sup>SM</sup> (HMO): <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA

**專科福利：**  基本團體定期人壽/AD&D 保險\* \_\_\_\_\_  基本受撫養家屬人壽保險\* \_\_\_\_\_

補充性定期人壽保險\* \_\_\_\_\_  補充性定期 AD&D 保險\* \_\_\_\_\_  Dental PPO \_\_\_\_\_

Dental HMO \_\_\_\_\_  Dental INO \_\_\_\_\_  眼科\* \_\_\_\_\_  其他 \_\_\_\_\_

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

† Full PPO Savings 計劃和 Tandem PPO Savings 計劃是符合 HSA 資格要求的高免賠額健康計劃。

‡ 必須與一項 HSA 計劃搭配。

註：Blue Shield 不提供稅務諮詢，也不提供 HSA、HRA、HIA、FSA 或 LPFSA。

**僅供內部使用。請跳過此部分並直接填寫第 3 部分。**

部門代碼	團體 ID	子團體 ID	類別 ID	生效日期 _____
------	-------	--------	-------	------------

**第 3 部分 – 員工資訊**

<b>社會安全號碼</b>		<b>雇主(團體) 姓名</b>	
<b>姓氏</b>		<b>名字</b>	<b>中間名首字母</b>
<b>就業狀態:</b> <input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 退休		<b>聘用日期:</b> _____	<b>職位名稱/分類</b>
<b>家庭住址</b> – (街道、城市、州、郵遞區號)		<b>基本團體定期人壽/AD&amp;D 保險保額:</b>	
		基本受撫養家屬的人壽保險保額: (所有符合資格的受撫養家屬都將涵蓋在內)	
<b>郵寄地址</b> (如果與家庭地址不同)		<b>補充性人壽保險保額</b> (須經批准):	
		<b>補充性 AD&amp;D 保險保額</b> (須經批准):	
<b>手機號碼</b>	<b>座機電話號碼</b>	<b>電子郵件地址 (電子通信所需)</b>	

本人同意, Blue Shield 及其附屬實體和代理人可透過以下方式, 就本人帳戶及本人可選各種健康與保健計劃與本人溝通, 以及向本人傳達其他可能使本人和受扶養家屬受益的宣傳資訊, 包括透過致電或發送簡訊至本表所列的本人電話號碼, 使用自動撥號或人工或預先錄製的聲音; 適用標準數據費率。  是  否

參與純屬自願, 您可隨時選擇退出; 如欲瞭解更多資訊, 請造訪: [blueshieldca.com/terms](http://blueshieldca.com/terms)。

**溝通偏好:**  電子  紙質

**出生日期** \_\_\_\_\_ **性別**  男  女 **婚姻狀況**  單身  已婚  同居伴侶

**選擇首選語言:**  英語  西班牙語  中文  越南語  波斯語  其他 \_\_\_\_\_

**是否為配偶/同居伴侶和/或受撫養子女註冊參保?**  是  否 若選「是」, 請填寫本申請表第 4 部分。

請介紹一下您自己。請說明您的種族或民族。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。

<b>1. 您是西班牙裔或拉丁美洲裔嗎?</b>	<b>2. 如是, 請選擇一項:</b>	<b>3. 您是什麼種族? (選擇一項)</b>	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 拒絕回答	<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"/> 2 個或更多個族裔 <input type="checkbox"/> 其他西班牙裔、拉丁裔、西班牙人: _____	<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"/> 黑人或非洲裔美國人 <input type="checkbox"/> 柬埔寨人 <input type="checkbox"/> 中國人 <input type="checkbox"/> 菲律賓人 <input type="checkbox"/> 關島人或查莫羅人 <input type="checkbox"/> 苗族人 <input type="checkbox"/> 日本人	<input type="checkbox"/> 韓國人 <input type="checkbox"/> 寮國人 <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"/> 白人 <input type="checkbox"/> 2 個或更多個種族 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 拒絕回答

**HMO 提供者資訊:** Blue Shield of California 名錄網站: [blueshieldca.com/fap/app/search.html](http://blueshieldca.com/fap/app/search.html)

<b>主治醫生 (PCP):</b>	<b>服務提供者編號:</b>
<b>IPA (獨立執業協會)/醫療團體名稱:</b>	<b>IPA/醫療團體編號:</b>
<b>牙科服務提供者姓名</b>	<b>牙科服務提供者編號:</b>
	<b>已經是其患者? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</b>

**第 4 部分 – 受撫養配偶/同居伴侶/子女的資訊** 若您、您的配偶/同居伴侶或您的受撫養家屬拒絕參保，請填寫並簽署《拒絕參保》表。

**受撫養家屬的地址 (若與員工地址不同)** – 請注明該地址適用於哪位受撫養家屬：

所有受撫養家屬的種族和族裔是否與投保人一樣？  是  否  
 如果您的回答為「否」，請寫明各受撫養家屬的種族和族裔。

註冊配偶/同居伴侶的資訊	註冊 (請勾選所有適用的選項)	僅 HMO 和 Added Advantage POS – 主治醫生的姓名	僅 Dental HMO – 牙科服務提供者
該成員的種族或族裔是：			
<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 同居伴侶 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女  名字 _____ 中間名首字母 _____  姓氏 _____  社會安全號碼 _____  出生日期 (月/日/年) _____	<input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 牙科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 補充性人壽保險 (須經批准) \$ _____ <input type="checkbox"/> 補充性 AD&D (須經批准) \$ _____	醫生的姓名  名字 _____  姓氏 _____  服務提供者編號 _____  IPA/醫療團體名稱 _____  IPA/醫療團體編號 _____  已經是其患者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	牙科服務提供者姓名  名字 _____  姓氏 _____  牙科服務提供者編號 _____    已經是其患者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<b>溝通偏好</b> <input type="checkbox"/> 電子 <input type="checkbox"/> 紙質	<b>電子郵件地址 (電子通信所需)</b>		
為受撫養家屬註冊入保子女資訊	註冊 (請勾選所有適用的選項)	僅 HMO 和 Added Advantage POS – 主治醫生的姓名	僅 Dental HMO – 牙科服務提供者
該成員的種族或族裔是：			
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女  名字 _____ 中間名首字母 _____  姓氏 _____  社會安全號碼 _____  出生日期 (月/日/年) _____  是否殘障？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 牙科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 補充性人壽保險 (須經批准) \$ _____ <input type="checkbox"/> 補充性 AD&D (須經批准) \$ _____	醫生的姓名  名字 _____  姓氏 _____  服務提供者編號 _____  IPA/醫療團體名稱 _____  IPA/醫療團體編號 _____  已經是其患者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	牙科服務提供者姓名  名字 _____  姓氏 _____  牙科服務提供者編號 _____    已經是其患者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<b>溝通偏好</b> <input type="checkbox"/> 電子 <input type="checkbox"/> 紙質	<b>電子郵件地址 (電子通信所需)</b>		

**第 4 部分 - 受撫養配偶/同居伴侶/子女的資訊 (續)**

該成員的種族或族裔是：

<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 牙科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 補充性人壽保險 (須經批准) \$ _____ <input type="checkbox"/> 補充性 AD&D (須經批准) \$ _____	醫生的姓名	牙科服務提供者姓名
名字 中間名首字母		名字	名字
姓氏		姓氏	姓氏
社會安全號碼		服務提供者編號	牙科服務提供者編號
出生日期(月/日/年)		IPA/醫療團體名稱	
是否殘障? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		IPA/醫療團體編號	已經是其患者? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<b>溝通偏好</b> <input type="checkbox"/> 電子 <input type="checkbox"/> 紙質	<b>電子郵件地址 (電子通信所需)</b>		

該成員的種族或族裔是：

<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 牙科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 補充性人壽保險 (須經批准) \$ _____ <input type="checkbox"/> 補充性 AD&D (須經批准) \$ _____	醫生的姓名	牙科服務提供者姓名
名字 中間名首字母		名字	名字
姓氏		姓氏	姓氏
社會安全號碼		服務提供者編號	牙科服務提供者編號
出生日期(月/日/年)		IPA/醫療團體名稱	
是否殘障? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		IPA/醫療團體編號	已經是其患者? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<b>溝通偏好</b> <input type="checkbox"/> 電子 <input type="checkbox"/> 紙質	<b>電子郵件地址 (電子通信所需)</b>		

**第 5 部分 - 人壽保險受益人**

**基本受益人** - Blue Shield Life 會把保險金給付給基本受益人。若指定的基本受益人不止一人且其人壽超過受保人，則會把保險金平均給付給基本受益人，除非賠償金比例 (%) 一欄中另有指明。

名字	中間名首字母	姓氏		
社會安全號碼	關係	賠償金比例 (%)	出生日期	
地址				
城市		州	郵遞編碼	
名字	中間名首字母	姓氏		
社會安全號碼	關係	賠償金比例 (%)	出生日期	
地址				
城市		州	郵遞編碼	

**預備受益人** - 僅在基本受益人先於受保人身故的情況下，才會給付保險金給預備受益人。

名字	中間名首字母	姓氏		
社會安全號碼	關係	賠償金比例 (%)	出生日期	
地址				
城市		州	郵遞編碼	

**若受益人是信託機構或法人，應當提供信託協議的姓名和日期或法人註冊情況。**

信託機構/法人姓名	信託日期	法人註冊情況
-----------	------	--------

**夫妻共同財產法律** – 若您已婚或處於同居狀態，且生活在實施夫妻共同財產法律的州 (Arizona、California、Idaho、Louisiana、Nevada、New Mexico、Texas、Washington、Wisconsin) 而您指明配偶/同居伴侶以外的他人為受益人，則保險福利支付可能會被延誤或引發爭議，除非您的配偶/同居伴侶也在受益人委任表上簽字。

**本人同意上述受益人委任。**

用正楷書寫的配偶/同居伴侶姓名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_  
配偶/同居伴侶簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

**第 6 部分 – Medicare 資訊**

1. 您或您的任何受撫養家屬目前是否擁有 Medicare?  是  否  
若選「是」，請附上 Medicare 卡複印件和/或在此處選擇其保險類型：  
A 部分： 生效日期：\_\_\_\_\_ (月/日/年)  
B 部分： 生效日期：\_\_\_\_\_ (月/日/年)
2. Medicare 的資格是否基於末期腎臟疾病 (ESRD)?  是  否  
若選「是」，請回答以下問題：  
a) 第一次接受透析的日期是？接受的是哪種類型的透析？  
日期 \_\_\_\_\_  
類型： 血液透析  自透析 (腹膜透析)
- b) 若您接受了腎臟移植手術，請說明手術日期：\_\_\_\_\_ (月/日/年)

**第 7 部分 – 授權**

以下授權部分必須由**所有**向 Blue Shield of California 或 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (「Blue Shield Life」) 申請保險的員工簽署。

**未經您的簽字授權，本次註冊流程將無法繼續。**

**本人同意：**根據本人所知及所信，本申請表上的所有資訊都是準確無誤的。本人理解，本申請表上的資訊是本人所申請的保險計劃的承保基礎。本人理解，如果本人實施了欺詐行為，或者對任何與該申請相關的重要事實進行了蓄意的虛假陳述，Blue Shield of California/Blue Shield Life 可能會在保險的首個 24 個月以內實施以下補救措施之一：本人的保險可能會被取消，或在提前 30 天發出通知之後被撤銷。本人理解，直至本申請和本人雇主的申請獲得 Blue Shield of California/Blue Shield Life 批准後，相應的保險才生效。

員工簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

用正楷書寫的員工姓名 \_\_\_\_\_

本人特此授權本人的雇主從本人的工資中扣除與本計劃的費用相關的繳款 (如有)。

員工簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

用正楷書寫的員工姓名 \_\_\_\_\_

為了保護您，加州法律要求在本表中填寫以下內容：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，均屬於犯罪行為，可能會被處以罰款並被監禁在州監獄中。

---

## 個人資訊和健康資訊的披露

Blue Shield of California/Blue Shield Life 理解保護個人資訊的重要性，並承擔義務嚴肅認真地對待個人資訊。按照法律的要求，我們必須維護您個人資訊的隱私和安全，不論此等個人資訊是書面形式、電子形式還是口頭形式的。本聲明適用於 Blue Shield 獲得、生成和/或持有的您及您的參保受撫養家屬的個人資訊。

在管理您的 Blue Shield 保險的過程中，我們會收集、使用、披露您及您的參保受撫養家屬的相關資訊，並生成關於您、您所受醫療照護以及我們為您所提供的服務的記錄。此等記錄中的資訊被稱為受保護的健康資訊（簡稱為「PHI」），記錄中包含可識別身份的個人資訊，如姓名、地址、電話號碼、社會安全號碼，以及醫療診斷資訊或費用申報資訊等健康資訊。

我們會按照您的指令和/或在獲得您的許可後獲取關於您和/或您的參保受撫養家屬的 PHI。我們也會在法律許可的條件下從其他渠道獲取您的 PHI，其他渠道包括您的保健服務提供者、保險公司、保險支援組織、健康資訊交換機構、健康計劃或保險代理人等。只有在出於管理您的 Blue Shield 保險之目的而需要時，或是在法律的許可或要求下，我們才會使用或披露您的 PHI。因此，我們可能會向其他方披露您的 PHI，其他方包括保健服務提供者、保險公司、保險支援組織、健康保險資訊交換機構、健康計劃或您的保險代理人等。

Blue Shield 實施「隱私權實施條例通知」（以下簡稱「通知」），該通知規定了您的隱私權利、我方在保護您的隱私方面的義務、我方在經您專門授權或未經專門授權情況下使用您的 PHI 的方式。我們按照該通知的條款使用或披露您的 PHI，該通知的條款適用於我們生成、獲取和/或持有的包含您的 PHI 的所有記錄。您在申請 Blue Shield 保險時會收到該通知。您還可以致電 Blue Shield 會員 ID 卡上的客戶服務電話索取該通知的副本，或從我們的下列網頁上得到該通知的副本：[blueshieldca.com/bsca/about-blue-shield/privacy/confidentiality.sp](http://blueshieldca.com/bsca/about-blue-shield/privacy/confidentiality.sp)

本人特此授權本人的雇主從本人的工資中扣除與本計劃的費用相關的繳款（如有）。

員工簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

用正楷書寫的員工姓名 \_\_\_\_\_

---

## 加州的法律禁止醫療保險公司以 HIV 測驗結果作為醫療險核保條件之一。

### 代理人/經紀人聲明

協助提交本申請表的代理人/經紀人的聲明：(1) 據本人所知，本申請表上的資訊完整且準確；且 (2) 本人已經用通俗易懂的語言向申請人說明了提供不準確資訊將給申請人帶來哪些風險，且申請人理解了本人的說明。

代理人/經紀人簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

若代理人/經紀人蓄意將其明知是錯誤的任何重要事實陳述為實情，則其除了須受到現行法律所適用的任何處罰並作出任何適當補救之外，還將被處以最高可達一萬美元 (\$10,000) 的民事罰款。任何公訴人皆可提起對其處以該等民事罰款的民事訴訟。這些罰款將支付給保險基金。



## NOTICES AVAILABLE ONLINE

### Nondiscrimination and Language Assistance Services

Blue Shield complies with applicable state and federal civil rights laws. We also offer language assistance services at no additional cost.

View our nondiscrimination notice and language assistance notice: [blueshieldca.com/notices](https://blueshieldca.com/notices). You can also call for language assistance services: **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

If you are unable to access the website above and would like to receive a copy of the nondiscrimination notice and language assistance notice, please call Customer Care at **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

### Servicios de asistencia en idiomas y avisos de no discriminación

Blue Shield cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables. También, ofrecemos servicios de asistencia en idiomas sin costo adicional.

Vea nuestro aviso de no discriminación y nuestro aviso de asistencia en idiomas en [blueshieldca.com/notices](https://blueshieldca.com/notices). Para obtener servicios de asistencia en idiomas, también puede llamar al **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

Si no puede acceder al sitio web que aparece arriba y desea recibir una copia del aviso de no discriminación y del aviso de asistencia en idiomas, llame a Atención al Cliente al **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

### 非歧視通知和語言協助服務

Blue Shield 遵守適用的州及聯邦政府的民權法。同時，我們免費提供語言協助服務。

如需檢視我司的非歧視通知和語言幫助通知，請造訪 [blueshieldca.com/notices](https://blueshieldca.com/notices)。您還可致電尋求語言協助服務：**(866) 346-7198 (TTY: 711)**。

如果您無法造訪上述網站，且希望收到一份非歧視通知和語言幫助通知的副本，請致電客戶服務部，電話：**(888) 256-3650 (TTY: 711)**。