

## Blue Shield of California 以及 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

**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。

<b>員工資訊</b>							
姓氏			名字			中間	<b>『</b> 名首字母
社會安全號碼	Blue Shield	d 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) □ 受保員工終止或減少的小時數 □ 受保員工離婚或合法分居 □ 受保員工享有 Medicare 福利 <b>符合 COBRA 資格的受保會員必須填寫本部分</b> :			□ 根據計劃,取消受扶養子女的資格 □ 因殘障導致的終止或減少的小時數 □ 受保員工死亡				
	曾貝少須	<b>具為</b> 本部分.		/			
社會安全號碼		Blue Shield ID 編號					
姓氏		名字				字母	
地址					T		
城市			州	郵遞區號			
電話號碼							
出生日期:		性別: □ 男 [	] 女	是否已婚	: □ 是 □ 召	5	
請介紹一下您自己。請說明您的都能獲得最優質的醫療服務。	種族或民族	。請選擇所有適用的	選項。以下問題係	您可以選擇	性作答,僅用	於幫助確例	录所有會員
1. 您是西班牙裔或拉丁美洲裔 <sup>□</sup> □是□否□不知道□拒絕回答	□ 古巴人 □ 波多黎各)	如果是,請選擇所有適用的選項: □古巴人 □瓜地馬拉人 □墨西哥人、墨西哥裔美國人、奇卡諾人□波多黎各人 □薩爾瓦多人 □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。)  □ 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 □ 柬埔寨人 □ 中國人 □ 苗族人 □ 日本人 □ 夏威夷原住民 □ 其他 □ 拒絕回答		□ 亞 □ 菲 □ 韓 【 □ 越	□ 菲律賓人 □   □   □   □   □   □   □   □   □   □		黑人或非洲裔美國人 關島人或查莫羅人 寮國人 白人		
若為 HMO/POS,請註明您的	主治醫生姓名	<b>3</b> :					
Independent Practice Association (IPA,獨立執業協會)/醫療			寮團體名稱:	電話號碼			
請註明您打算續保的現有保險  □ 緊密計劃的選擇:			□ 牙科計劃的	<sup></sup>			
<ul><li>□ 醫療計劃的選擇: □ 牙科計劃的選擇:</li><li>□ 眼科計劃:</li></ul>							
<b>合</b> 格會員签名		,		日期			

## 以下列出所有有資格參保的受扶養人

Lodi, CA 95241-1912

傳真:(855)808-8598

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? 社會安全號碼: 若為 HMO/POS 主治醫生姓名: □是□否 IPA/醫療團體 (MG) 名稱/編號: 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? 2. 如果是, 請選擇所有適用的選項: □是 □否 口古巴人 □瓜地馬拉人 □墨西哥人、墨西哥裔美國人、奇卡諾人 □不知道 □波多黎各人 □薩爾瓦多人 □拒絕回答 □ 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。) □美洲印第安人或阿拉斯加原住民 □亞裔印度人 □黑人或非洲裔美國人 □ 柬埔寨人 □中國人 □ 關島人或查莫羅人 □菲律賓人 □日本人 □韓國人 □寮國人 □苗族人 口白人 □夏威夷原住民 □薩摩亞人 □越南人 □其他 □拒絕回答 □不知道 關係 姓氏 名字 出生日期: 其他健康保險? 社會安全號碼: 若為 HMO/POS 主治醫生姓名: □是□否 IPA/MG 名稱/編號: 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? 2. 如果是,請選擇所有適用的選項: 口古巴人 □是 □否 □瓜地馬拉人 □墨西哥人、墨西哥裔美國人、奇卡諾人 □不知道 □波多黎各人 □薩爾瓦多人 □ 其他西班牙裔、拉丁裔、西班牙人: □ 拒絕回答 3. 您是什麼種族? (請選擇所有適用的選項。) □亞裔印度人 □黑人或非洲裔美國人 □美洲印第安人或阿拉斯加原住民 □ 柬埔寨人 □中國人 □菲律賓人 □關島人或杳莫羅人 □苗族人 □日本人 □韓國人 □寮國人 □夏威夷原住民 □薩摩亞人 □越南人 口白人 □其他 □拒絕回答 □不知道 出生日期: 關係 名字 姓氏 其他健康保險? 社會安全號碼: 若為 HMO/POS 主治醫生姓名: □是□否 IPA/MG 名稱/編號: 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? 2. 如果是, 請選擇所有適用的選項: 口古巴人 口是 口否 □瓜地馬拉人 □ 墨西哥人、 墨西哥裔美國人、奇卡諾人 □不知道 □波多黎各人 □薩爾瓦多人 □ 其他西班牙裔、拉丁裔、西班牙人: □拒絕回答 3. 您是什麼種族?(請選擇所有適用的選項。) □美洲印第安人或阿拉斯加原住民 □亞裔印度人 □黑人或非洲裔美國人 □柬埔寨人 □關島人或查莫羅人 口中國人 □菲律賓人 □苗族人 □日本人 □韓國人 □寮國人 □越南人 □夏威夷原住民 □薩摩亞人 口白人 □不知道 □其他 □ 拒絕回答 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: 對於擁有 100+ 名員工的雇主團體: 透過電子郵件或郵寄填妥的表格至: 郵寄填妥的表格至: small.group@blueshieldca.com Blue Shield of California Blue Shield of California P.O. Box 629014 P.O. Box 3008 El Dorado Hills, CA 95762-9014

傳真:(916)350-8800