團體總申請表
（101 人及以上團體）

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

第 1 部分 – 公司資訊			
1	團體的法定企業全名	要求的保險生效日期（月/日/年）：	
	公司在開展業務時所用名稱 (DBA)（若有）：	實際地址所處的郡縣	
2	帳單街道地址（如果提供郵政信箱，也需填寫下面第 3 項）		
	城市	州	郵遞區號
3	實際地址（若與上述不同）		
	城市	州	郵遞區號
4	法律實體類型：☐ S 類公司 ☐ C 類公司 ☐ 合夥 ☐ 獨資經營 ☐ 有限責任公司 ☐ 非營利 ☐ 其他（請註明）_____ **聯邦僱主稅務識別 (TID) 號碼** _____		
	本團體是否需要遵守 ERISA？☐ 是 ☐ 否		
5	本團體是否打算與另一家保險公司的計劃一起提供 Blue Shield 計劃？☐ 是 ☐ 否		
	其他保險公司的起始保險生效日期（月/日/年）：		
	請問本團體是否有任何子公司或關聯公司？☐ 是 ☐ 否		
	如果選擇「是」，請提供以下資訊：	稅務識別號碼	是否將其包括到承保範圍之內？
	法定名稱 1		☐ 是 ☐ 否
	法定名稱 2		☐ 是 ☐ 否
	法定名稱 3		☐ 是 ☐ 否
	是否所有員工都擁有至少符合法律規定的程度的勞工補償保險？ ☐ 是　保險公司名稱：_____ ☐ 否　如果選擇「否」，請解釋：_____		

6	**團體聯絡方式：**		
	團體總體聯絡人（主要 - 日常一般聯絡人）	A. 團體聯絡人姓名	B. 職銜
		C. 電話號碼	D. 電子郵寄地址（必填）
	線上管理者聯絡人（如果您透過 Blue Shield 專屬線上工具向 Blue Shield 提供資格材料，則適用）	A. 團體聯絡人姓名	B. 職銜
		C. 電話號碼	D. 電子郵寄地址（必填）
	帳單聯絡人	A. 團體聯絡人姓名	B. 職銜
		C. 電話號碼	D. 電子郵寄地址（必填）
	Evidence of Coverage/保險證書（EOC，承保範圍說明書/COI）聯絡方式	A. 團體聯絡人姓名	B. 職銜
		C. 電話號碼	D. 電子郵寄地址（必填）
	法律聯絡人（負責代表雇主團體的具有法律約束力的承諾）	A. 團體聯絡人姓名	B. 職銜
		C. 電話號碼	D. 電子郵寄地址（必填）
	基於帳戶的健保計劃 (ABHP) 聯絡人	A. 團體聯絡人姓名	B. 職銜
		C. 電話號碼	D. 電子郵寄地址（必填）
	COBRA 管理員聯絡人	A. 團體聯絡人姓名	B. 職銜
		C. 電話號碼	D. 電子郵寄地址（必填）
	投保資料差異報告聯絡方式（如果使用 EDI 進行電子投保）	A. 團體聯絡人姓名	B. 職銜
		C. 電話號碼	D. 電子郵寄地址（必填）
	調查聯絡人	A. 團體聯絡人姓名	B. 職銜
		C. 電話號碼	D. 電子郵寄地址（必填）
	其他聯絡人（請註明）	A. 團體聯絡人姓名	B. 職銜
		C. 電話號碼	D. 電子郵寄地址（必填）

第 2 部分 – 資格要求

7 您是否會為進行中的投保而使用 EDI 電子檔案？ ☐ 是 ☐ 否
如果選擇「是」，您的 COBRA 會員是否會包含在該檔案中？ ☐ 是 ☐ 否

入職後的適應期和等待期 – 僱主可為新員工設定一個入職後的善意的導向期（適應期），但這個時期不能超過 30 天。在保險生效之前，也可設定一個等待期，它從適應期結束後的第一天開始算起，累計不能超過 90 天。

請注意：雇員的「入職日」是新員工上班第一天。但是，如果僱主設定了適應期或等待期，「保險生效日期」就是適應期/等待期結束後的第一天。

7a. 僱主等待期 – 本團體可選擇以下選項之一。

符合資格的員工的保險會在等待期於指定日期結束後即刻生效。

如果基於雇用分類會有多種等待期可供選擇，請在選定的選項上註明：

☐ **否 沒有等待期（受僱日期起生效）**

☐ 所有員工

☐ 其他情況（請註明）_____

☐ **從入職日次月的 1 日生效**

a. ☐ 如果某人在某月 1 日受僱，其**保險生效日期為次月的 1 日**。
例如：員工於 1 月 1 日受僱 = 於 2 月 1 日生效

☐ 所有員工

☐ 其他情況（請註明）_____

b. ☐ 如果某人在某月 1 日受僱，其**保險生效日期自受僱之日起**。
例如：員工於 1 月 1 日受僱 = 於 1 月 1 日生效

☐ 所有員工

☐ 其他情況（請註明）_____

☐ **從入職日加 30 天算起，次月的 1 日生效**
例如：員工於 1 月 15 日受聘，加 30 天 = 3 月 1 日生效

☐ 所有員工

☐ 其他情況（請註明）_____

☐ **從入職日加 60 天算起，次月的 1 日生效**

例如：員工於 1 月 15 日受聘，增加 60 天 = 於 4 月 1 日生效

☐ 所有員工

☐ 其他情況（請註明）_____

☐ **入職日後的第 91 天開始生效**

7b. 等待期是否將被免除：

☐ 是 ☐ 否 針對目前在崗且在首次過渡至 Blue Shield 期間入保的員工。

☐ 是 ☐ 否 針對即將達到全職狀態的半職員工。

☐ 是 ☐ 否 如果選擇「是」，對於以下時間內重新聘用的員工，等待期將被免除：
☐ 1 個月 ☐ 90 天 ☐ 3 個月 ☐ 6 個月 ☐ 12 個月 ☐ 13 週
☐ 任何時候，重新僱用的生效日期 ☐ 任何時候，從重新僱用之日起的第一個月開始生效

請注意：如果使用 EDI 電子檔案進行持續投保並符合資格，則會員生效日期由 EDI 檔案和適用等待期上的日期計算得出。

8	**員工數量**
	Blue Shield 要求本團體理解「員工」的這些定義，並提供使用以下提供的定義所要求的資料。我們會依靠本團體提供的資料確定團體和員工的承保資格。 1. **所有員工** – 包括全職和兼職員工在內的任何個人，(29 USC 1002 (6))。 2. **全職員工 (FTE) 和相當於 FTE** – 國內稅收法第 4980H(c)(2) 部分給出了 FTE 和相當於 FTE 的定義。FTE 是指每週工作平均至少 30 個小時的員工，或者每個日曆月總工時至少為 130 個小時的員工。相當於 FTE 的人數按如下方式確定：透過把每月所有非 FTE 的工作小時數加起來，但每個員工的工作小時數不要多於 120 小時，然後將總數除以 120。 3. **符合資格的員工** – 這個定義用來確定哪些員工有資格登記參加保險，並且在以後保險不會中斷。符合資格的員工是符合以下條件的個人： • 是從事僱主經營活動的全職工作的個人，其工作時間至少為 30 小時，並且其責任是在僱主的正規營業場所每週工作；或者 • 是全職員工的獨資經營者或合作夥伴，在僱主的經營活動中至少每週工作 30 小時，並根據雇主的醫療保險計劃合同被列為員工。 • 符合資格的員工不包括半職工作人員、臨時工作人員以及代班工作人員。
	8a. 員工總數：
	8b. 符合資格的全職員工總數：
	8c. 入保 Blue Shield 保險的符合資格的員工的總數（盡您所知）：
	8d. 拒絕參保 Blue Shield 保險的符合資格的員工的總數（盡您所知）：
	8e. FTE 和相當於 FTE 的總數：
	8f. 您是否希望為在外州工作的員工提供 Blue Shield 保險？ ☐ 是 ☐ 否 如果選擇「是」，有多少在外州工作的員工？ _____
	僱主須負責收集並保留拒絕保險表格，還要在 Blue Shield 提出要求時向其提供這些表格。如果沒有提供 Blue Shield 的任何醫療計劃（例如牙科、眼科或者人壽保險），便不需要提交拒絕保險表格。

9	**9a.** 是否向所有的全職並符合資格的員工提供健康保險？	☐ 是	☐ 否
	9b. 如果對 9a 的回答為「否」，請解釋：		
	9c. 是否所有被提供健康保險的全職並符合資格的員工每週都工作 30 個小時或以上？	☐ 是	☐ 否
	9d. 如果對 9c 的回答為「否」，請解釋：		
	9e. 退休員工是否有資格享受保險福利？ 註：退休人員承保選項需要事先得到核保部門的批准。	☐ 是	☐ 否
	9f. 如果對 9e 的回答為「是」，請勾選所有適用的選項： ☐ 65 歲以下的提早退休的員工 ☐ 65 歲及以上的退休員工 本團體是否會為退休人員保險負擔保費？	☐ 是	☐ 否
	9g. 您是否要求將您的退休人員保險與在職員工群體分開計費？	☐ 是	☐ 否
	如果選擇「是」，請提供接收退休人員保險每月帳單的聯絡資訊和地址。		
	帳單地址		
	城市 / 州 / 郵遞區號		
	聯絡人姓名 / 電子郵件地址		
	9h. 可選：福利選擇默認為會員級別的福利 (MLB1)，允許受扶養家屬選擇等同於或低於投保人的級別，而不考慮醫療選擇。透過勾選以下方框，本人將取消此選項，所有入保的受扶養家屬的福利等級將等同於投保人，必須入保醫療保健。	☐	

第 3 部分 – COBRA/Cal-COBRA 延續保險資訊

10	如果在上一個日曆年裡，有 50% 以上的工作日中，您雇用了 20 個或者更多員工，您的團體須遵守聯邦 COBRA 法案。本團體全權負責 Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act（COBRA，統一綜合預算協調法案）中的第十章的管理的所有方面。
	10a. 您團體的現有 COBRA 參與者是多少人？ _____
	10b. 如果員工或 COBRA/Cal-COBRA 參與者患有殘障或住院，則要求其填寫傷殘附表（C11248 表）。 COBRA 管理人姓名：_____ COBRA 會員帳單應將寄送至：☐ 團體 ☐ COBRA 管理員
	請提供 COBRA 管理人的地址：
	帳單地址
	城市 / 州 / 郵遞區號

第 4a 部分 – Blue Shield of California 健保計劃選擇		
11	**Trio HMO 計劃**	
	Select first plan	Select second plan
	Select third plan	Select fourth plan
	Access+ HMO® 計劃	
	Select first plan	Select second plan
	Select third plan	Select fourth plan
	Local Access+ HMO® 計劃[1]	
	Select first plan	Select second plan
	1 Local Access+ HMO 產品只在定點郡縣提供：Marin、Orange、San Francisco、San Luis Obispo、Santa Clara、Santa Cruz、Sonoma、Stanislaus 和 Yolo 以及 Contra Costa、Kern、Los Angeles、Riverside、Sacramento、San Bernardino、San Diego、San Mateo 和 Ventura 縣的部分地區。	
	Added Advantage POS℠ 計劃	
	Select first plan	Select second plan
	Full PPO/EPO 計劃	
	Select first plan	Select second plan
	Select third plan	Select fourth plan
	PPO Savings 計劃	
	Select first plan	Select second plan
	Select third plan	Select fourth plan
	Virtual Blue℠ 計劃	
	Select first plan	Select second plan
	Tandem PPO/EPO 計劃	
	Select first plan	Select second plan
	Select third plan	Select fourth plan
	Active Choice® Plus/Active Choice® Classic 計劃	
	Select first plan	Select second plan
	Blue Shield 65 Plus℠ 計劃	
	☐ 訂製計劃（附上訂製福利摘要）	
12	**僱主必須對 Blue Shield 健保計劃所擔負的費用** 輸入由團體為員工及受扶養家屬支付的保險費/保險月費的比例。如果團體支付了 100% 的費用，所有的符合資格的員工都必須入保。	
	在這裡列明雇主為醫療計劃所負擔的金額：	
	對於員工 _____ % 對於退休人員（如適用）_____ %	**對於受扶養家屬 _____ %** 對於退休人員的受扶養家屬（如適用）_____ %

13	**Blue Shield 基於帳戶的健保計劃 (ABHP)** 請說明您是否提供下列帳戶選項中的任何一個（勾選所有適用選項），並提供每個項目的管理員的名稱。也標明由僱主資助的任何款額。			
	帳戶類型	**帳戶管理員**	**僱主擔負的費用數額個人承保**	**僱主擔負的費用數額家庭承保**
	☐ Health savings account（HSA，健康儲蓄帳戶）	☐ HealthEquity（整合模式 – Blue Shield 共同負責資格要求和索賠單） **• 強制性醫療入保：** ☐ 是 ☐ 否 ☐ 其他管理員（非集成選項）	$	$
	☐ Health reimbursement arrangement（HRA，健康償付安排）	☐ HealthEquity（整合模式 – Blue Shield 共同負責資格要求和索賠單） **• 強制性醫療入保：** ☐ 是 ☐ 否 ☐ 其他管理員（非集成選項）	$	$
	☐ Health incentive account（HIA，健康獎勵帳戶）	☐ HealthEquity（整合模式 – Blue Shield 共同負責資格要求和索賠單） **• 強制性醫療入保：** ☐ 是 ☐ 否 ☐ 其他管理員（非集成選項）	$	$
	☐ Limited purpose flexible spending account（LPFSA，有限用途靈活支出帳戶 – 牙科和視力）僅限 HSA	☐ HealthEquity（整合模式 – Blue Shield 共同負責資格要求和索賠單） **• 強制性醫療入保：** ☐ 是 ☐ 否 ☐ 其他管理員（非集成選項）	$	$
	☐ Flexible spending account（FSA，彈性支出帳戶） ☐ 醫療 FSA ☐ 受扶養家屬保健 FSA	☐ HealthEquity（整合模式 – Blue Shield 共同負責資格要求和索賠單） **• 強制性醫療入保：** ☐ 是 ☐ 否 ☐ 其他管理員（非集成選項）	$	$

	Blue Shield of California 可選福利選擇	
14	• 如果沒有醫療保險，則不能購買。 • 對於 Dual Choice 計劃套餐，必須為所有選定的計劃購買同樣的可選福利。 • 附加保險的產品類型必須與醫療保險的產品類型相匹配 – 例如 HMO 只可對應 HMO 等。	
	脊椎指壓療法以及針灸附加保單 – 選擇計劃類型：	**助聽器附加保單 – 某些計劃選項：**
	Select plan type 1	Select plan option 1
	Select plan type 2	Select plan option 2
	Select plan type 3	Select plan option 3
	Blue Shield of California 門診處方藥計劃選擇（適用於 HMO/POS）	
	選擇所適用的處方藥計劃 (Basic Rx)：[1]	
	Select option 1	Select option 2
	Select option 3	Select option 4
	選擇所適用的處方藥計劃 (Enhanced Rx)：[1]	
	Select option 1	Select option 2
	Select option 3	Select option 4
	選擇所適用的處方藥計劃 (Rx Spectrum)：[1]	
	Select option 1	Select option 2
	Select option 3	Select option 4
	1 第 4 層級藥物，包括專科用藥，20% 至最高 $250。	
	Blue Shield of California 門診處方藥計劃選擇（適用於 PPO、EPO 和 Active Choice® Classic 和 Active Choice® Plus 計劃）	
	選擇所適用的處方藥計劃（Enhanced Rx 或 Premier Rx）：[1]	
	Select option 1	Select option 2
	Select option 3	Select option 4
	選擇所適用的處方藥計劃 (Rx Spectrum)：[1]	
	Select option 1	Select option 2
	Select option 3	Select option 4
	1 第 4 層級藥物，包括專科用藥，30% 至最高 $250。	

第 4b 部分 – 專科福利 – 牙科、眼科和人壽保險計劃的選擇

第 SB1 部分 – Blue Shield of California 牙科計劃選項：

15 **本團體可以從下列計劃選項中作出選擇：**

☐ Single Dental 計劃選項

☐ Dual Choice Dental 計劃選項

• 1 DPPO + 1 DHMO • 1 DPPO + 1 DINO • 2 DHMOs • 2 DPPOs

☐ Triple Choice Dental 計劃選項

• 1 DPPO + 1 DHMO + 1 DINO

Dental HMO

Select option 1	Select option 2

Dental PPO

Select option 1	Select option 2

Dental INO

Select option

16 **牙科保險計劃要求雇主繳納的費用**

輸入由團體為員工及受扶養家屬支付的保險費/保險月費的比例。對於牙科保險，僱主必須為員工的保險費負擔至少 50%（除自願性計劃以外）。如果支付了 100% 的費用，所有的符合資格的員工都必須入保。

在這裡列明牙科計劃的雇主所負擔的金額：

對於員工 _____ %	**對於受扶養家屬**_____%
對於退休人員（如適用）_____%	對於退休人員的受扶養家屬（如適用）_____%

第 SB2 部分 – 眼科保險*

17

Select option 1	Select option 2

Vision Voluntary†

Select option 1	Select option 2

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

† 自願性眼科保險需要至少 10 名註冊參加了 Blue Shield Life 醫療保險的員工，或者在沒有 Blue Shield Life 醫療保險的情況下，25% 的符合資格的員工。 C17607-ML-SB-CT

18 **僱主必須對眼科計劃所擔負的費用**

輸入由團體為員工及受扶養家屬支付的保費的比例。對於視力保險，僱主必須至少負擔員工的保險費的 25%（除自願性計劃†以外）。如果支付了 100% 的費用，所有的符合資格的員工都必須入保。

在這裡列明眼科計劃的雇主所負擔的金額：

對於員工 _____%	**對於受扶養家屬**_____%
對於退休人員（如適用）_____%	對於退休人員的受扶養家屬（如適用）_____%

SB3 部分 – 人壽/意外傷害及殘障保險 (AD&D)*

19 **資格** – 所有在崗的全職員工

基本團體定期人壽/AD&D 保險 - 適用於員工：

☐ **統一金額** $ _____

☐ **工資的倍數工資的** _____ 倍，最高 $ _____

透過工資所建立的賠償金四捨五入到下一個最高的 $1,000。

☐**分級：** 1. 類別說明_____ 金額 $ _____
2. 類別說明_____ 金額 $ _____
3. 類別說明_____ 金額 $ _____
4. 類別說明_____ 金額 $ _____

☐ **受扶養家屬的基本人壽險：**Select amount

所列受扶養家屬保額是每個受扶養人（配偶/家庭伴侶和/或每個子女）的統一金額。員工必須入保基本團體定期人壽保險；受扶養人福利不得超過員工福利金額的 50%。14 天至 6 個月大的子女的福利是所選基本受扶養人人壽保險金額的 10%。

20 **基本團體定期人壽/AD&D 保險所需的員工繳款金額**

輸入由團體為員工及受扶養家屬支付的保費的比例。對於員工保險，團體必須至少支付員工保費總額的 25%。如果團體支付員工保費總額的 100%（被認為是不基於個人供款），那麼所有全職員工（在崗）都必須入保。

在這裡列明團體定期人壽/AD&D 保險計劃的供款金額：

對於員工 _____%	**對於受扶養家屬**_____%
對於退休人員（如適用）_____%	對於退休人員的受扶養家屬（如適用）_____%

21 **團體的補充性人壽保險和補充性 AD&D 保險：***

承保範圍取決於參與級別和可投保性證明。

員工補充性人壽保險和補充性 AD&D 保險（勾選所有適用選項）：

☐ 補充性人壽保險 ☐ 補充性 AD&D 保險

符合條件的類別 ☐ 所有符合資格的員工或 ☐ 類別 _____

☐ 增量為 $_____ 或 ☐ 工資倍數：_____倍工資

最高金額為 $_____ 或者_____x 工資，以較低者為準

保證發放 $ _____ 年齡範圍 _____

保證發放 $ _____ 年齡範圍 _____

保證發放 $ _____ 年齡範圍 _____

配偶/同居伴侶補充性人壽保險和補充性 AD&D 保險

僅當員工同時選擇了補充性人壽保險時可用，並且不能超過員工保險福利金額的 ☐ 50% 或 ☐ 100%（勾選所有適用的選項）：

☐ 補充性人壽保險 ☐ 補充性 AD&D 保險

增量 $ _____ 最高可達 $ _____

保證發放 $ _____ 年齡範圍 _____

保證發放 $ _____ 年齡範圍 _____

保證發放 $ _____ 年齡範圍 _____

21 **兒童補充性人壽保險和補充性 AD&D 保險**
僅當員工同時購買補充性人壽保險和補充性 AD&D 保險時可用，並且不能超過員工保險福利金額的 ☐ 50% 或 ☐ 100%（勾選適用項）：

☐ 補充性人壽保險 ☐ 補充性 AD&D 保險

增量為 $ _____ 至最大額度為 $ _____

保證發放 $ _____ 年齡範圍 _____

保證發放 $ _____ 年齡範圍 _____

保證發放 $ _____ 年齡範圍 _____

*由 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life) 承保。 C17607-ML-SB-CT

第 5 部分 – 僱主將 *Evidence of Coverage/保險證書* (EOC/COI) 分發給成員

22 您有責任將 EOC/COI 小冊子分發給您的受保的員工。

電子版將透過 Blue Shield 僱主網站發佈。當 EOC/COI 已經備好用於分發之時，Blue Shield 會透過電子郵件通知負責 EOC/COI 分發的人員，即上文的第 1 部分第 6 項中列出的人員。僱主負責使用下列方法之一來分發這些文件：(1) 公佈在公司內部網路系統上，供員工存取 (2) 直接透過電子郵件將這些文件分發給員工，或者 (3) 向員工提供來自 Blue Shield 的有關如何透過電子方式從 Blue Shield 網站上下載文件的說明。

註：您可以登入 **blueshieldca.com/policies** 並下載您正在考慮的每個計劃的*福利和保險範圍概述* (SBC)。一旦您購買了一項計劃，您將會被要求填寫一項證明，確認您已經下載了這些計劃的 SBC，並且會按照法律規定把這些 SBC 分發給已經登記加入計劃的人員和可能登記加入計劃的人員。

合約

23 本團體申請在本申請表上所選擇的團體產品，這些福利計劃的要點在福利概述中列出。本團體理解並同意：

1. 團體的福利在以下條件下才會生效：
   a. Blue Shield 收到了申請表並批准了申請；和
   b. 本團體滿足 Blue Shield 的承保規定，包括關於最低程度的參與和供款方面的規定。（僅在續保時才需要參與及供款要求。）
2. 本團體同意每月按時向 Blue Shield 支付規定的保費/會費。
3. 團體同意：
   a. 如果健康服務合同/團體保單以「不基於個人供款」的方式而簽發，員工合格後就會將他們納入保險；或者
   b. 如果健康服務合同/團體保單以「基於個人供款」的方式而簽發，則給所有符合資格的員工提供申請此類團體福利的機會。
4. 保險中的任何豁免和要求的更改，在得到 Blue Shield 官員的同意和簽名之前都不會生效。
5. 只針對壽險/AD&D 產品：登記加入的員工必須正在工作，或滿足受保資格所規定的就業條款，其保險才有可能生效。在團體保單生效日不符合這些條款的任何人的保險，或者在保險範圍增加的生效日不符合這些條款的任何人，其保險生效/保險增加將延遲至受保人回來工作或者回到就業狀態的日期。
6. 本團體同意並授權 Blue Shield 透過電子通訊方式發送所有商業信函。Blue Shield 將以電子郵件方式通知團體聯絡人，即上文第 1 部分第 6 項中所列出的人員。其他形式的聯繫只有在受到直接請求的情況下才會進行。發出以傳統寄信方式進行通信的請求的僱主可能需要繳納額外的費用。

本團體理解，團體同意接收來自 Blue Shield 的電子通信。

授權與簽名	
24	下面的授權部分必須由團體的主要代表/聯絡人簽署。 **這是一份保險申請表。本團體理解，在 Blue Shield 完成審查、通知申請人或申請人的代理申請已被接受，以及簽發團體醫療服務合同之前，不存在任何保險合同。本團體代表證明：就其所知和所信，該申請表中所有的回答都是真實、準確、完整的。本團體理解，如果本團體實施了欺詐行為，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 可能會在保險的前 24 個月內實施以下補救措施之一：團體保險可能會被取消，或者適用的保險費/會費可能進行調整，或者在給出通知之後，健康服務合同/團體保單可能被內撤銷。**
	我保證，盡我所知及所信，上述所有的回答都是真實、準確、完整的。 團體的授權代表簽字　　姓名和職銜（請正楷書寫）　　日期
	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。
	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。

代理人資訊（由代理人或總代理商填寫。需要提供所有資訊。）

25

主要業務員公司名稱		
主要業務員聯絡人姓名	主要業務員聯絡人電話號碼	
主要業務員辦公室地址		
城市	州	郵遞區號
主要業務員聯絡用電子郵件		
主要業務員稅號		
主要業務員聯絡人 Department of Insurance（保險部）許可證號		
次選業務員公司名稱		
次選業務員聯絡人姓名	次選業務員聯絡人電話號碼	
次選業務員辦公地址		
城市	州	郵遞區號
次選業務員聯絡用電子郵件		
次選業務員稅號		
主要業務員聯絡人 Department of Insurance 許可證號		

業務員/總代理人證明

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。

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。

_____ 當前日期（必填）	_____ 主要業務員簽名（必填）	_____ 正楷書寫的業務員姓名
_____ 當前日期（必填）	_____ 第二業務員簽名 （適用時）	_____ 正楷書寫的業務員姓名
總代理人稅號		
總代理人名稱		
當前日期（必填）	總代理人授權簽字（必填）	正楷書寫的總代理聯絡人姓名