



# 人壽保險計劃 員工註冊申請

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 與

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。

## 申請原因：

<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"/> 其他合格事件類型 _____
		上述事件發生日期 _____

## 第 1 部分 - 專科福利保險的重要參保原則

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。
- 員工必須為配偶/同居伴侶或受撫養子女投保補充性人壽保險/AD&D，方有資格獲得補充性人壽保險保障。配偶/同居伴侶及/或受撫養子女不必納入基本受撫養家屬人壽保險保障，仍有資格獲得補充性人壽保險。

## 第 2 部分 - 計劃 選擇計劃 (如適用)。

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

**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

社會安全號碼	僱主（團體）姓名
--------	----------

姓氏	名字	中間名首字母
----	----	--------

就業狀態：	職位名稱/分類
-------	---------

全職  兼職  退休人員 聘用日期：\_\_\_\_\_

家庭住址（街道、城市、州、郵遞區號）	基本團體定期人壽/AD&D 保險保額：
--------------------	---------------------

	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）
--	-------------------------------------

郵寄地址（如果與家庭地址不同）	補充性人壽保險金額（需經核准）：
-----------------	------------------

	補充性 AD&D 保險金額（需經核准）：
--	----------------------

手機號碼	座機電話號碼	電子郵件地址（電子通信所需）
------	--------	----------------

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

溝通偏好： 電子  紙質

出生日期 \_\_\_\_\_ 性別  男  女 婚姻狀況  單身  已婚  同居人

選擇首選語言： 英文  西班牙文  中文  越南文  波斯文  其他 \_\_\_\_\_

是否為配偶/同居人和/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。

**第 4 部分 - 受撫養配偶/同居人/子女的資訊** 若您、您的配偶/同居人或您的被撫養人拒絕參保，請填寫並簽署《拒絕參保》表。

被撫養人的地址（若與員工地址不同） - 請注明該地址適用於哪位被撫養人：

**註冊配偶/同居伴侶的資訊**

<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 同居者	名字：	中間名首字母	姓氏：	
	溝通偏好： <input type="checkbox"/> 電子 <input type="checkbox"/> 紙質		電子郵件地址（電子通信所需）	
性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	社會安全號碼：	出生日期（月/日/年）	補充性人壽保險金額（需經核准）：	補充性 AD&D 保險金額（需經核准）：

**申請註冊的受撫養子女的資訊**

<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	名字：	中間名首字母	姓氏：	
	溝通偏好（如已年滿 12 歲）： <input type="checkbox"/> 電子 <input type="checkbox"/> 紙質		電子郵件地址（電子通信所需）	
性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	社會安全號碼：	出生日期（月/日/年）	補充性人壽保險金額（需經核准）：	補充性 AD&D 保險金額（需經核准）：
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	名字：	中間名首字母	姓氏：	
	溝通偏好（如已年滿 12 歲）： <input type="checkbox"/> 電子 <input type="checkbox"/> 紙質		電子郵件地址（電子通信所需）	
性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	社會安全號碼：	出生日期（月/日/年）	補充性人壽保險金額（需經核准）：	補充性 AD&D 保險金額（需經核准）：
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	名字：	中間名首字母	姓氏：	
	溝通偏好（如已年滿 12 歲）： <input type="checkbox"/> 電子 <input type="checkbox"/> 紙質		電子郵件地址（電子通信所需）	
性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	社會安全號碼：	出生日期（月/日/年）	補充性人壽保險金額（需經核准）：	補充性 AD&D 保險金額（需經核准）：

**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	郵遞區號
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	郵遞區號

**預備受益人** - 僅在基本受益人先於受保人亡故的情況下，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	郵遞區號

**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	公司設立州
-----------	------	-------

**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（亞利桑那州、加利福尼亞州、愛達荷州、路易斯安那州、內華達州、新墨西哥州、得克薩斯州、華盛頓州、威斯康辛州）而您指明配偶/同居人以外的他人為受益人，則您的保險福利支付可能會被延誤或引發爭議，除非您的配偶/同居人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：\_\_\_\_\_

配偶/同居人簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

## 第 6 部分 - 授權

以下授權部分必須由**所有**向 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (以下簡稱「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 可能在承保的前 24 個月內採取下列其中一項補救措施：本人的保險可能會被取消或撤銷。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：\_\_\_\_\_

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：\_\_\_\_\_

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 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。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 Life 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。此等記錄中的資訊包括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個人資訊。我們也會在法律許可的條件下從其他渠道獲取該等資訊，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、健康計劃或保險代理人等。只有在出於管理您的 Blue Shield Life 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個人資訊。因此，我們可能會向其他方披露您的個人資訊，其他方包括保健服務提供者、保險公司、保險支援組織、健康計劃或您的保險代理人等。

Blue Shield Life 實施「GLBA 隱私權實施條例通知」（以下簡稱「GLBA 通知」），該 GLBA 通知規定了您的隱私權權利、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個人資訊的方式。我方按照 GLBA 通知的條款使用或披露您的個人資訊，該等條款適用於我方生成、獲取和/或持有的包含您個人資訊的所有記錄。您申請 Blue Shield Life 保險時會收到 GLBA 通知。

您還可以致電 Blue Shield 會員 ID 卡上的客戶服務電話索取 GLBA 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/en/home/about-blue-shield/privacy-and-security/glba-notice-privacy-practices](https://blueshieldca.com/en/home/about-blue-shield/privacy-and-security/glba-notice-privacy-practices)。



## 線上通知

### **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)**。