



Blue Shield Medicare 보충 플랜 가입자를 위한 Dental PPO 플랜 등록 양식

가입자 이름(이름, 성): _____

Blue Shield 가입자 ID 번호: _____

주소: _____

도시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

가입 플랜 유형: ☐ 개인 ☐ Household Savings(아래 섹션 2 참조)

1. 치과 플랜 옵션:

☐ Dental PPO 1000 ☐ Dental PPO 1500

2. Household Savings Program(가계 저축 프로그램)*: Household Savings Program에 가입한 경우 이 섹션을 작성해야 합니다. 가계 저축을 계속 받으려면 귀하와 다른 가족 구성원이 동일한 치과 PPO 플랜을 선택하고 가입해야 합니다.

아래에서 다른 치과 플랜 옵션을 선택하거나 가구 구성원 중 한 명만 치과 PPO 플랜에 가입하려는 경우 더 이상 Household Savings Program에 가입할 수 없습니다. 결과적으로 귀하는 각자 개인 청구서를 받게 되고 청구서에는 가계 저축이 포함되지 않기 때문에 귀하의 Medicare 보충 의료 플랜이 다음 청구서에 변경될 것입니다.

*이 프로그램/서비스에 따라 Medicare 보충 플랜을 더 효율적으로 관리할 수 있게 됨에 따라 절약된 금액을 가입자에게 돌려 드립니다.

다른 가구 구성원 이름(이름, 성): _____

다른 가구 구성원 Medicare 수혜자 식별(MBI) 번호: _____

다른 가구 구성원 치과 플랜 옵션: _____

☐ Dental PPO 1000 ☐ Dental PPO 1500

3. 이용약관 확인

본 가입 양식을 제출하기 전에 다음 확인 사항을 읽고 아래에 서명과 날짜를 기재하여 동의한다고 확인해 주십시오.

- 본인은(본인 또는 Blue Shield에 따라) 어떤 이유로든 치과 플랜 보장이 취소된 경우 보장을 다시 신청하려면 6개월 동안 기다려야 한다는 것을 알고 있습니다.
- 본인은 Blue Shield에서 본인의 보장 발효일을 알려준다는 것을 알고 있습니다. 본인은 보장 발효일 이전 또는 보장 종료일 이후에 받은 서비스에 대한 비용은 보장되지 않는다는 것을 알고 있습니다.
- 본인은 본인이 캘리포니아를 떠나는 경우 Blue Shield에서 30일의 서면 통지를 통해 본 계약을 취소할 수 있다는 것을 알고 있습니다.

본인은 위에 명시된 혜택 요약 및 각 보장 약관을 읽었습니다. 본인은 위 사항을 이해하며 이에 동의합니다. 본인이 알고 믿는 한 본 양식에 제공된 정보와 확인 사항은 정확하고 사실입니다.

가입자 서명: _____ 날짜(월/일/년): _____

다른 가족 구성원의 서명: _____ 날짜(월/일/년): _____

작성 및 서명한 신청서를 다음 주소로 팩스로 발송하거나, 우편으로 발송하거나, 이메일로 보내주십시오.

Installation & Billing
Blue Shield of California
P.O. Box 3008
Lodi, CA 95241-9969

팩스: (844) 266-1850

이메일: msinstall@blueshieldca.com

FMO/대리점 이름: _____

FMO/대리점 ID 번호: _____

판매인 이름: _____

판매인 전화번호: _____

판매인 NPN 번호: _____