



Blue Shield 個人及家庭健康計劃申請書

Blue Shield of California 以及

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

本申請書用於直接向 Blue Shield 申請 Blue Shield 個人及家庭計劃 (IFP) 保險。您必須聯絡 Covered California 才能修改或註冊僅由 Covered California 銷售的計劃。

必須用藍色或黑色墨水以大寫印刷體字母填寫本申請書。請確保盡可能完整和正確地回答所有問題，**並確保支付首月保費**，以免申請書遭到退回。填寫完成本申請書後，所有頁面（1 到 14 頁），包括任何其他支援文檔，均須提交到 Blue Shield Attn: I&B - Applications, P.O. Box 3008, Lodi, CA 95241-9969，或傳真：(888) 386-3420。線上提交申請是最快最高效的方式：buyblueshieldca.com。

如果在填寫表格的過程中需要幫助，請致電 Blue Shield，電話：(888) 256-3650 (TTY: 711)，週一至週五的上午 7 點至晚上 8 點，週六的上午 8 點至下午 5 點（太平洋時間），或者聯絡您的代理人。如下所示標記選框：☒

(僅供業務
員使用)

市場代碼

申請之理由（選擇一項）：☐ 開放入保 ☐ 特別入保期

透過選擇符合特別入保期資格的事件，即保證您盡您所知認為自己符合特殊入保期的資格。

合格生活事件發生日期：_____

請說明合格生活事件：_____

注意：您必須在合格生活事件發生之日起 60 日內申請，以選擇保險。

選擇一項：☐ 開始新投保 ☐ 轉移至其他計劃 ☐ 現有保險中納入受扶養家屬

若向現有保險添加一名家屬和/或申請轉移計劃，請提供現有保戶的 Blue Shield 的投保人 ID 編號：

第 1 部分 - 主申請人健康保險資訊

Blue Shield 個人及家庭健康計劃的申請資格為：無 Medicare 承保資格的加州居民。供主申請人選擇的醫療、牙科和/或眼科計劃選項適用於一切此申請表中的個人/受扶養人。想要參與不同於主申請人計劃選項的個人必須填寫單獨的獨立申請表並單獨支付首月會費/保費。

申請人的社會安全號碼/納稅識別號

名字		姓氏		中間名首字母
☐ 男 ☐ 女	是否已婚： ☐ 是 ☐ 否	家庭伴侶： ☐ 是 ☐ 否	出生日期(月/日/年)	

請介紹一下您自己。請說明您的種族和/或民族。這些資訊是機密的，將用於確保每個人都能平等獲得醫療保健服務。這不會用來決定您符合哪些醫療保健服務的資格。

1. 您是西班牙裔或拉丁美洲裔？（僅限單項選擇）	2. 如是，請選擇一項：	3. 種族類別？（選擇一項）	
☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道 ☐ 拒絕回答	☐ 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 ☐ 2 個或更多個族裔 ☐ 其他西班牙裔、拉丁裔，西班牙人： _____	☐ 美洲印地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 ☐ 菲律賓人 ☐ 關島人或查莫羅人 ☐ 苗族	☐ 日本人 ☐ 韓國人 ☐ 寮國人 ☐ 夏威夷原住民 ☐ 薩摩亞人 ☐ 越南人 ☐ 白人 ☐ 2 個或更多個種族 ☐ 其他 ☐ 不知道 ☐ 拒絕回答

如果您的申請中包含適當的受扶養人，所列的所有受扶養人的種族和/或族裔是否與主申請人一樣？

☐ 是 ☐ 否 如果您的回答為「否」，請在第 3 部分寫明各受扶養人的種族和/或族裔。

溝通偏好：☐ 電子郵件 ☐ 紙質

申請人手機電話號碼

申請人的其他電話號碼（非手機號碼）

申請人辦公電話

透過在此表格上提供本人的聯絡資訊，即表示：本人同意，Blue Shield 及其附屬實體和代理人可與本人溝通本人的帳戶以及本人可免費使用的各種健康和保健計劃，包括使用自動撥號器或人工或預先錄製的語音透過電話或簡訊進行溝通。適用標準數據費率。

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人受益的宣傳資訊，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

申請人電子郵箱地址：（本人理解並同意可以透過電子郵件與本人取得聯絡）

第 1 部分 - 主申請人健康保險資訊（續）：

如果您已是 Blue Shield 會員，請提供投保人 ID 編號：

家庭住址（並非郵政信箱）		公寓門牌號
城市	州	郵遞區號
帳單地址（如果與上述不同）		公寓門牌號
城市	州	郵遞區號
郵寄地址（如果與家庭地址不同）		公寓門牌號
城市	州	郵遞區號

健康計劃選項（僅限勾選一個方框）：**Blue Shield of California 計劃：****Exclusive PPO 計劃**

- ☐ Blue Shield Platinum 90 PPO
☐ Blue Shield Gold 80 PPO
☐ Blue Shield Silver 70 Off Exchange PPO
☐ Silver 1750 PPO
☐ Blue Shield Bronze 60 PPO
☐ Blue Shield Minimum Coverage PPO

HDHP 計劃 - 我們的高自付額健康計劃可與 Health Savings Account (HSA, 健康儲蓄帳戶) 搭配使用。

- ☐ Blue Shield Bronze 60 HDHP PPO
☐ Silver 2600 HDHP PPO

Trio HMO 計劃

- ☐ Blue Shield Platinum 90 Trio HMO
☐ Blue Shield Gold 80 Trio HMO
☐ Blue Shield Silver 70 Off Exchange Trio HMO
☐ Bronze 7500 Trio HMO

選擇並指定您的主治醫師 (PCP)、醫療團體或健康中心。有關參與服務提供者的列表，請造訪

blueshieldca.com/fad

注意：如果您在註冊時未主動選擇有效的主治醫師 (PCP)，並且您選擇了 Trio HMO 計劃，那麼在註冊時您可能被自動分配一位線上 PCP。線上 PCP 具有完全透過視訊或電話提供遠距醫療服務的優勢，可提供與面對面 PCP 相似的廣泛護理。線上 PCP 協調您的所有護理，包括 Trio 服務提供者網絡內的、任何必要的專科醫生護理和現場護理。需要您線上 PCP 的轉介，方可前往專科醫生或現場服務提供者看診。

如果在填寫表格的過程中需要幫助，請致電 Blue Shield，電話：(888) 256-3650，或者聯絡您的代理人。

醫師、醫療團體或健康中心名稱（必填）：_____

醫師、醫療團體或健康中心 ID/執照編號（必填）：_____

醫師、醫療團體或健康中心團體名稱（必填）：_____

已經是其患者？（必填）：☐ 是 ☐ 否

開放入保期 (OE) 內，如果您在 12 月 31 日前提交申請，您的保險將於 1 月 1 日開始生效。如果您在 1 月 31 日之前提交，您的保險將於 2 月 1 日開始生效。特殊入保期 (SEP) 內，保險生效日期取決於合格生活事件及申請提交日期。如欲瞭解具體詳情，請造訪 **blueshieldca.com/buyblue**。

有關承保生效日期的更多資訊，請參閱第 6(b) 部分第 5 項。

注意：《福利和承保範圍摘要》(SBC) 表格可供所有醫療計劃使用。這些文件總結了計劃的承保範圍和福利。

請登入 **blueshieldca.com/policies** 下載您所申請的任何計劃的 SBC。

主申請人目前是否居住於加州？☐ 是 ☐ 否 如果選擇「否」，主申請人居於何處？

選擇首選語言：☐ 英語 ☐ 西班牙語 ☐ 中文 ☐ 越南語 ☐ 韓語

☐ 其他：_____

首選聯絡方式（僅選一項）：☐ 住宅/其他電話 ☐ 手機 ☐ 辦公電話 ☐ 電子郵件 ☐ 標準郵箱

如果您之前接受過 Blue Shield 的承保服務，請勾選此處。☐

如果之前已投保，請提供之前的 Blue Shield 投保人 ID 編號（如知道）：_____

您或任何正在申請承保的個人當前是否符合承保資格和/或已在 Medicare 承保註冊？☐ 是 ☐ 否

如果選擇「是」，☐ 符合資格或 ☐ 已投保。請確認申請人的姓名：_____

第 2 部分 - 主申請人補充計劃選項

您還可以購買牙科計劃、眼科計劃、牙科+眼科醫療保險和/或人壽保險，用以補充您的健康保險。還可購買牙科、視力、牙科+視力計劃和/或人壽保險，無需醫療保險。牙科和眼科計劃選項適用於此申請表中的所有個人/受扶養人。

牙科和眼科計劃選項（僅可選擇一項牙科計劃和/或一項眼科計劃或 Specialty Duo）：

牙科計劃：		眼科計劃：	牙科+眼科醫療保險套餐：
☐ Dental HMO	☐ Enhanced Dental PPO 50/2000	☐ Ultimate Vision 15/25/120*	☐ Specialty Duo SM 牙科+眼科保險套餐*
☐ Dental Standard HMO	☐ Enhanced Dental PPO 50/2000	☐ Ultimate Vision 15/25/150*	
☐ Dental PPO	☐ Enhanced Dental PPO 50/2000 Lifetime Ortho 1500		
☐ Dental PPO 1500			

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

僅限 Dental HMO 計劃 - 請造訪 blueshieldca.com/fad 查詢牙科服務提供者或者撥打 (888) 256-3650 進行諮詢。Dental HMO 和 Dental Standard HMO 計劃並非在所有郵遞區號地區中均可使用，特別是不適用於以下各縣：Alpine、Amador、Butte、Calaveras、Colusa、Del Norte、Glenn、Humboldt、Lake、Lassen、Marin、Mendocino、Modoc、Napa、Nevada、Plumas、San Luis Obispo、Santa Barbara、Shasta、Sierra、Siskiyou、Sonoma、Sutter、Tehama、Trinity、Tuolumne 以及 Yuba。

牙科服務提供者姓名：	牙科服務提供者編號
人壽保險*選項：人壽保險可提供給年齡 1 歲至 64 歲的申請者。保險金額為 \$10,000 至 \$100,000。某些條件適用於金額 \$50,000 或以上的福利。如欲購買保險，應填寫單獨的人壽保險申請書。欲知人壽保險費用及申請保險，請造訪我們的網站 blueshieldca.com/term-life 。	

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

注意：牙科福利和承保範圍摘要 (SDBC) 表格可供所有牙科計劃使用。這些表格結了承保範圍與福利。登入 blueshieldca.com/policies 下載您已申請的任意牙科計劃的 SDBC 表格。

第 3(a) 部分 - 受扶養配偶/同居伴侶申請人資訊

☐ 配偶 ☐ 同居伴侶	性別： ☐ 男 ☐ 女	出生日期(月/日/年)
---	---	-------------

申請人的社會安全號碼/納稅識別號

如果與主申請人不同，此受扶養人的種族和/或族裔是？

名字	姓氏	中間名首字母
----	----	--------

配偶/同居伴侶申請人是否與主申請人居住於同一地點？ ☐ 是 ☐ 否
如果選擇「否」，申請人居於何處？（地址，其中包括郵遞區號和州）

溝通偏好： ☐ 電子郵件 ☐ 紙質	申請人手機電話號碼	申請人的其他電話號碼（非手機號碼）
--	-----------	-------------------

申請人的電子郵件地址（電子通信所需）

本人經本人的伴侶/配偶授權（透過在此表格上提供他們的聯絡資訊），以便代表其同意 Blue Shield 及其附屬實體和代理人可透過以下方式，就我們的帳戶及我們可免費使用的各種健康和保健計劃進行溝通，包括使用自動撥號器或人工或預先錄製的語音透過電話或簡訊。適用標準數據費率。

第 3(b) 部分 - 第 1 個受扶養子女申請人資訊 - 受扶養的子女必須未滿 26 歲。如果多於八個受扶養子女申請保險，請另附紙張以提供下列資訊並簽上您的姓名和日期。

☐ 男 ☐ 女	關係：(如兒子/女兒)	出生日期(月/日/年)
--	-------------	-------------

申請人的社會安全號碼/納稅識別號

如果與主申請人不同，此受扶養人的種族和/或族裔是？

名字	姓氏	中間名首字母
----	----	--------

受扶養子女申請人是否與主申請人居住於同一地點？ ☐ 是 ☐ 否

如果選擇「否」，申請人居於何處？(地址，其中包括郵遞區號和州)

第 3(c) 部分 - 第 2 個受扶養子女申請人資訊

☐ 男 ☐ 女	關係：(如兒子/女兒)	出生日期(月/日/年)
--	-------------	-------------

申請人的社會安全號碼/納稅識別號

如果與主申請人不同，此受扶養人的種族和/或族裔是？

名字	姓氏	中間名首字母
----	----	--------

受扶養子女申請人是否與主申請人居住於同一地點？ ☐ 是 ☐ 否

如果選擇「否」，申請人居於何處？(地址，其中包括郵遞區號和州)

第 3(d) 部分 - 第 3 個受扶養子女申請人資訊

☐ 男 ☐ 女	關係：(如兒子/女兒)	出生日期(月/日/年)
--	-------------	-------------

申請人的社會安全號碼/納稅識別號

如果與主申請人不同，此受扶養人的種族和/或族裔是？

名字	姓氏	中間名首字母
----	----	--------

受扶養子女申請人是否與主申請人居住於同一地點？ ☐ 是 ☐ 否

如果選擇「否」，申請人居於何處？(地址，其中包括郵遞區號和州)

第 3(e) 部分 - 第 4 個受扶養子女申請人資訊

☐ 男 ☐ 女	關係：(如兒子/女兒)	出生日期(月/日/年)
--	-------------	-------------

申請人的社會安全號碼/納稅識別號

如果與主申請人不同，此受扶養人的種族和/或族裔是？

名字	姓氏	中間名首字母
----	----	--------

受扶養子女申請人是否與主申請人居住於同一地點？ ☐ 是 ☐ 否

如果選擇「否」，申請人居於何處？(地址，其中包括郵遞區號和州)

第 3(f) 部分 - 第 5 個受扶養子女申請人資訊

☐ 男 ☐ 女	關係： (如兒子/女兒)	出生日期(月/日/年)
--	--------------	-------------

申請人的社會安全號碼/納稅識別號

如果與主申請人不同，此受扶養人的種族和/或族裔是？

名字	姓氏	中間名首字母
----	----	--------

受扶養子女申請人是否與主申請人居住於同一地點？ ☐ 是 ☐ 否
 如果選擇「否」，申請人居於何處？(地址，其中包括郵遞區號和州)

第 3(g) 部分 - 第 6 個受扶養子女申請人資訊

☐ 男 ☐ 女	關係： (如兒子/女兒)	出生日期(月/日/年)
--	--------------	-------------

申請人的社會安全號碼/納稅識別號

如果與主申請人不同，此受扶養人的種族和/或族裔是？

名字	姓氏	中間名首字母
----	----	--------

受扶養子女申請人是否與主申請人居住於同一地點？ ☐ 是 ☐ 否
 如果選擇「否」，申請人居於何處？(地址，其中包括郵遞區號和州)

第 3(h) 部分 - 第 7 個受扶養子女申請人資訊

☐ 男 ☐ 女	關係： (如兒子/女兒)	出生日期(月/日/年)
--	--------------	-------------

申請人的社會安全號碼/納稅識別號

如果與主申請人不同，此受扶養人的種族和/或族裔是？

名字	姓氏	中間名首字母
----	----	--------

受扶養子女申請人是否與主申請人居住於同一地點？ ☐ 是 ☐ 否
 如果選擇「否」，申請人居於何處？(地址，其中包括郵遞區號和州)

第 3(i) 部分 - 第 8 個受扶養子女申請人資訊 - 如果多於八個受扶養子女申請保險，請另附紙張以提供下列資訊並簽上您的姓名和日期。如果另附紙張，請勾選此處。 ☐

☐ 男 ☐ 女	關係： (如兒子/女兒)	出生日期(月/日/年)
--	--------------	-------------

申請人的社會安全號碼/納稅識別號

如果與主申請人不同，此受扶養人的種族和/或族裔是？

名字	姓氏	中間名首字母
----	----	--------

受扶養子女申請人是否與主申請人居住於同一地點？ ☐ 是 ☐ 否
 如果選擇「否」，申請人居於何處？(地址，其中包括郵遞區號和州)

第 4 部分 – 父母/繼父母申請人資訊

若要新增父母或繼父母申請人，主申請人必須年滿 26 歲。父母/繼父母申請人必須居住在加州，且無法加入 Medicare。其他規則適用。如果多於兩位父母/繼父母受扶養人申請保險，請另附紙張以提供下列資訊並簽上他們的姓名和日期。如果另附紙張，請勾選此處。 ☐

父母或繼父母在日曆年的總收入是否少於 \$2,000？

☐ 是 ☐ 否

主申請人在該日曆年是否提供父母/繼父母一半以上的贍養費？

☐ 是 ☐ 否

您可以聯絡加州 Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP, 健康保險諮詢和宣傳計劃) 尋求指導。HICAP 為加州老年人提供健康保險諮詢服務。HICAP 是加州免費提供的服務。若要查找您本地的 HICAP 辦事處，請撥打全州 HICAP 號碼 (1-800-434-0222) 或查看本申請表末尾的本地 HICAP 計劃清單。可用費率指南比較不同保險公司出售的保單。您可透過以下方式獲取該費率指南副本：致電 Department of Managed Health Care (衛生保健管理部) 消費者免費電話 (1-888-466-2219)，致電 Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) 免費電話號碼 (1-800-434-0222)，或造訪 Department of Managed Health Care 網站 (www.dmhca.gov)。

第 4 (a) 部分 – 父母/繼父母申請人資訊

☐ 男 ☐ 女	關係： (例如父母/繼父母)	出生日期(月/日/年)
--	-------------------	-------------

申請人的社會安全號碼/納稅識別號

如果與主申請人不同，此受扶養人的種族和/或族裔是？

名字	中間名首字母
姓氏	

父母/繼父母申請人是否與主申請人居住在相同地點？ ☐ 是 ☐ 否

如果選擇「否」，申請人居於何處？(地址，其中包括郵遞區號和州)

第 4 (b) 部分 – 父母/繼父母申請人資訊

☐ 男 ☐ 女	關係： (例如父母/繼父母)	出生日期(月/日/年)
--	-------------------	-------------

申請人的社會安全號碼/納稅識別號

如果與主申請人不同，此受扶養人的種族和/或族裔是？

名字	中間名首字母
姓氏	

父母/繼父母申請人是否與主申請人居住在相同地點？ ☐ 是 ☐ 否

如果選擇「否」，申請人居於何處？(地址，其中包括郵遞區號和州)

第 5 部分 – 披露資訊授權書

簽署本表格，即表示您授權保健服務提供者、保險公司、保險支援組織、健康計劃、您的保險代理人向 Blue Shield of California 或 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company（統稱為「Blue Shield」）提供您和/或您的受扶養人的保健資訊，用於根據健康服務協議/保單處理索賠及管理福利。

此外，在下方簽名還表示您授權 Blue Shield 可以將這些保健資訊透露給保健服務提供者、保險公司、自保機構、保險支援組織、健康計劃或您的保險代理人，用於調查或評估福利申請。根據此授權書使用或披露的保健資訊可能會被重複披露，而且可能不再受聯邦健康資訊隱私法的保護。

您有權拒絕簽署本授權書並放棄入保。如果沒有已簽署的授權書，該計劃就不能有效地執行。

您在簽署該授權書後，有權索要其副本。

失效：本授權書在以下條件下持續有效：1) 從授權之日起三十 (30) 個月內用於受理您的申請、重述申請或福利更改申請之目的；2) 用於在保險期限內處理索賠請求；以及 3) 執行健康服務協議/保單規定的所有其他活動時有效。

撤銷權：本人瞭解，只要本人向 Blue Shield 提交書面撤銷通知，本人就可以隨時撤銷本授權書。本人瞭解，在收到本人的書面撤銷通知之前，撤銷該授權書將不會影響 Blue Shield 依據該授權書所採取的任何行動。

申請人（如果申請人是未成年人，則為父母或法定監護人）

當前日期

申請人（如果申請人是未成年人，則為父母或法定監護人）

當前日期

申請人的配偶/家庭伴侶

當前日期

申請人的父母/繼父母（如申請）

當前日期

申請人的父母/繼父母（如申請）

當前日期

年滿 18 歲或以上的申請人

當前日期

年滿 18 歲或以上的申請人

當前日期

年滿 18 歲或以上的申請人

當前日期

年滿 18 歲或以上的申請人

當前日期

年滿 18 歲或以上的申請人

當前日期

年滿 18 歲或以上的申請人

當前日期

年滿 18 歲或以上的申請人

當前日期

年滿 18 歲或以上的申請人

當前日期

前往至第 6 部分 – 在此章節中您需要簽名和填上當前日期。

第 6(a) 部分 - 申請人準確性核實

請仔細閱讀下列資訊。申請計劃的年滿 18 歲或以上的家庭成員必須檢查完整的申請書並簽名。請保存本表副本，以備查閱。

本人對本申請書中所提供的資訊的正確性和完整性負完全責任。本人已親自審核申請書上所有資訊，即使本人沒有填寫完整此表。盡本人所知所信，此申請書內的所有資訊均準確、真實、完整。若 Blue Shield 認定在本申請書的資訊中存在欺詐（透過作為、實踐或不作為方式）或存在對重大事實的故意曲解，本人理解，保險可能將以法律允許的方式取消。

對於首選語言並非英語的申請者：如果本人在第 1 部分指明非英語的首選語言並填寫完整英語版本（或其他非首選語言版本）的申請書格，本人確認本人理解申請書上的問題。

申請人（如果申請人是未成年人，則為父母或法定監護人）	當前日期	正楷姓名（如果申請人為未成年人，請說明關係）
申請人（如果申請人是未成年人，則為父母或法定監護人）	當前日期	正楷姓名（如果申請人為未成年人，請說明關係）
申請人配偶/同居伴侶簽名（如申請）	當前日期	正楷書寫姓名
申請人父母/繼父母的簽名（如申請）	當前日期	正楷書寫姓名
申請人父母/繼父母的簽名（如申請）	當前日期	正楷書寫姓名
年滿 18 歲及以上的家庭成員簽名（如申請）	當前日期	正楷書寫姓名
年滿 18 歲及以上的家庭成員簽名（如申請）	當前日期	正楷書寫姓名
年滿 18 歲及以上的家庭成員簽名（如申請）	當前日期	正楷書寫姓名
年滿 18 歲及以上的家庭成員簽名（如申請）	當前日期	正楷書寫姓名
年滿 18 歲及以上的家庭成員簽名（如申請）	當前日期	正楷書寫姓名
年滿 18 歲及以上的家庭成員簽名（如申請）	當前日期	正楷書寫姓名
年滿 18 歲及以上的家庭成員簽名（如申請）	當前日期	正楷書寫姓名
年滿 18 歲及以上的家庭成員簽名（如申請）	當前日期	正楷書寫姓名
年滿 18 歲及以上的家庭成員簽名（如申請）	當前日期	正楷書寫姓名

第 6(b) 部分 - 授權、條款及條件

請仔細閱讀下列條款和條件。申請計劃的年滿 18 歲或以上的家庭成員必須審核完整的申請書並提供自己的授權書和簽名。請保存本表副本，以備查閱。

- 申請保險：**很重要的一點是瞭解若您當前不合資格，則 Blue Shield of California 或者 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (如適用) 可能拒絕您的保險申請。您的申請書必須得到 Blue Shield 批准並簽署生效日期，如此方可使保險生效。如果您使用經紀人來幫助您入保，其報酬是以您每月總保費的百分比為基礎。該報酬由 Blue Shield 支付。無論您是否選擇使用經紀人，您的月保費都一樣。此外，如果達到一定的銷售額，經紀人可能會獲得獎金。
- 首月應付款項/保費：**Blue Shield 公司要求於送交申請書時，附上首月會費/保費。請造訪 buyblueshieldca.com 或聯絡您的代理人瞭解您的預估每月會費/保費。付款方式請參考第 8 部分。如果沒有支付足額的會費/保費，則退還申請書。請注意，處理您的任何付款並不表示 Blue Shield 或 Blue Shield Life 已經核准了您的申請。如果您目前不符合保險資格，那麼將退還與申請書一起提交的會費/保費。如果您是以支票付款，支票將被銷毀。
- 逾期會費/保費：**Blue Shield 保留收取在新保險生效日期前 12 個月內任何未支付的會費/保費的權利。
- 會費/保費：**會費/保費應於繳款日期之前付清。如果您未按照 *Evidence of Coverage (EOC)* (承保範圍說明書) 以及健康服務協議/保單中的規定在寬限期結束前支付會費/保費，您的保險將依法終止。您將負責全額支付任何醫療保健服務的費用。在下個開放入保期前，您可能無法申請新的保險。

(必填) 透過勾選此方框 ☐，即表示本人確認並同意遵守 Blue Shield 保費支付政策。本人同時證實，本人或可接受的第三方付款人正在且將在未來為本人的 Blue Shield 保險支付所有保費。

投保人負責向 Blue Shield of California 和/或 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life) 支付會費/保費。Blue Shield of California 不接受由投保人、家人或法定監護人，或「可接受的第三方付款人」以外的任何個人或實體直接或間接支付的會費/保費。可接受的第三方付款人是指：

- Public Health Services Act (公共健康服務法) 第二十六章下的 Ryan White HIV/AIDS 計劃
- 印第安人部落、部落組織或城市印第安組織
- 合法的本地、州或聯邦政府計劃，包括由政府計劃指定的，代表政府進行支付的受讓人
- 善意的慈善組織以及與保戶相關的組織 (如教堂或僱主)，其中，以下情況同時屬實：計劃年度的支付獲得保證；援助根據所定義的財務狀況標準提供，未考慮健康狀況；該等組織與醫療服務機構不存在附屬關係，且該等組織將不會因為支付健康計劃索賠而獲得任何經濟利益。存在經濟利益的機構/組織包括主要資金來源於與健康保險索賠的支付有金錢利益的實體的機構/組織，或直接或間接受控於與健康保險索賠的支付有金錢利益的實體的機構/組織。

一旦發現會費/保費是由以上列示或保戶以外的個人或實體直接或間接支付，Blue Shield of California 有權拒絕該付款，並通知保戶支付遭拒，會費/保費仍處於未支付狀態。處理任何付款並不同於表示 Blue Shield of California 在本政策項下放棄拒絕該等付款及未來付款的權利。

- 保險生效日：**如果您符合保險資格，Blue Shield 將通知您保險的生效日期。倘若經審核後發現需繳交額外款項/保費，則必須繳清付款方可使保險生效。我們不保賠您在保險生效日期前或取消或終止後所接受的任何服務。

特殊入保期內的保險生效日期可能與開放入保期不同。生效日期由 Blue Shield 指定，根據規定要求，可能早在收到特殊入保期間申請後次月 1 日，對於新生兒，則可能早在其出生日期。請聯絡 Blue Shield 獲取特殊入保期和生效日期的相關資訊。

6. **申請書之收受**: 您已知悉, 只有 Blue Shield 公司擁有收受申請書以及核准本表所要求計劃或保單之權力。您的代理人或經紀人無權簽發或為您註冊本保險或修改保險的任何條款或條件。
7. **家長/監護人**: 若您是以身長或合法監護人的身分代替未成年人提出申請, 則請於第 6 部分的結尾處代替申請人簽名。身為家長或合法監護人, 您將有權代替申請人就本保險查詢各項細節或辦理相關事務 (此為法律所賦予之權力)。此外, 您需要同意承擔會費/保費的支付責任, 並同意遵守保險的條款和條件。如果您不是申請人的父母, 請隨附法院指定您為該名未成年人監護人的文檔。勾選下列一個方框, 並標明經授權代表未成年人 (申請人) 的人員:
- ☐ 僅限家長: _____ (包括姓名及關係) 或者
- ☐ 僅法定監護人: _____ (包括姓名及關係) 或者
- ☐ 符合兒童醫療支援法令資格的指派代理人 _____ (包括姓名和關係)。
- ☐ 如果 Blue Shield 只有在收到上述指定人的書面申請後才能修改合約, 請勾選此方框。
8. **由配偶/同居伴侶變更之授權**: 如您是申請人本人, 且配偶/同居伴侶亦同時申請保障, 則請於申請書中註明是否授權由配偶/同居伴侶代替您申請合約/保單內容變更。日後若有需要撤銷授權, 只須以書面通知 Blue Shield 即可。 ☐ 是 ☐ 否
9. **授權您的代理人提供/獲取資訊**: 將此方框留空, 及表示您授權您的保險代理人、經紀人或業務員 (被稱為「您的代理人」) 使用此申請書上的所有資訊。如您**不想**向您的代理人提供此授權, 請勾選此方框。 ☐
10. **授權 Blue Shield 向第三方披露個人及健康資訊的程式**: 如果您想要授權您的配偶、同居伴侶或第三方使用您的個人健康資訊, 請填寫名為 Authorization for the Use or Disclosure of Health Information (使用或披露健康資訊的授權書) 的表格。如欲獲取此表, 請造訪 blueshieldca.com/Privacy, 或致電 (888) 256-3650。
11. **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。**
12. **所需資訊的答覆**: 您同意與 Blue Shield (或者 Blue Shield Life, 如適用) 協作, 向其提供或授權使用所需的文檔及其他資訊 (如提供受扶養人保險的法院判令等), 用於證實本保險申請書中的資訊。您承認並同意, 如果您沒有或拒絕提供這些要求的文檔或資訊, 可能導致本申請被拒或您的保險被撤銷或取消。
13. **以電子和列印方式接收材料和通訊**: 您將透過電子郵件、blueshieldca.com/policies, 和/或登入 Blue Shield 網站 blueshieldca.com 收到所需的福利計劃和承保相關資料和通訊。您可以電子方式獲得的文件包括:
- Blue Shield 投保人身份 (ID) 卡
 - 《福利聲明》(SOB)
 - 《福利和承保範圍摘要》(SBC)
 - Evidence of Coverage 以及健康服務協議 (EOC)/保單
 - 牙科福利和承保範圍摘要 (SDBC)
- 您有權隨時免費獲得列印的郵寄材料。
- 如欲透過郵寄方式獲得列印的材料、取消電郵通訊, 或如果您有疑問, 請致電 (888) 256-3650。

14. **線上主治醫師 (PCP):** 您同意: 如果您在註冊時未主動選擇有效的主治醫師 (PCP), 並且您選擇了 Trio HMO 計劃, 那麼在註冊時您可能會被自動分配一位線上 PCP。線上 PCP 具有完全透過視訊或電話提供遠距醫療服務的優勢, 可提供與面對面 PCP 相似的廣泛護理。線上 PCP 協調您的所有護理, 包括 Trio 服務提供者網絡內的、任何必要的專科醫生護理和現場護理。需要您線上 PCP 的轉介, 方可前往專科醫生或現場服務提供者看診。

本人已審核此申請書中與本人相關的所有回覆。本人已經閱讀了《福利摘要》(SOB)、《福利和承保範圍摘要》(SBC)(如適用)及上述保險及授權的條款和條件。藉由以下親筆簽名,本人確認此申請書中所提供之資訊,就所知範圍內均完整準確,並且藉此表示對保險條款與條件和授權事項均已全然理解並同意。(重要注意事項:每一位成年申請人都必須親自簽名。)本人理解,若本人在此申請書中所列資訊發生變更或有所不同,則本人必須在本人於 Blue Shield 註冊之前通知 Blue Shield。

申請人(如果申請人是未成年人,則為父母或法定監護人)	當前日期	正楷書寫姓名(如果申請人為未成年人,請說明關係)
申請人(如果申請人是未成年人,則為父母或法定監護人)	當前日期	正楷書寫姓名(如果申請人為未成年人,請說明關係)
申請人配偶/同居伴侶簽名(如申請)	當前日期	正楷書寫姓名
申請人父母/繼父母的簽名(如申請)	當前日期	正楷書寫姓名
申請人父母/繼父母的簽名(如申請)	當前日期	正楷書寫姓名
年滿 18 歲及以上的家庭成員簽名(如申請)	當前日期	正楷書寫姓名
年滿 18 歲及以上的家庭成員簽名(如申請)	當前日期	正楷書寫姓名
年滿 18 歲及以上的家庭成員簽名(如申請)	當前日期	正楷書寫姓名
年滿 18 歲及以上的家庭成員簽名(如申請)	當前日期	正楷書寫姓名
年滿 18 歲及以上的家庭成員簽名(如申請)	當前日期	正楷書寫姓名
年滿 18 歲及以上的家庭成員簽名(如申請)	當前日期	正楷書寫姓名
年滿 18 歲及以上的家庭成員簽名(如申請)	當前日期	正楷書寫姓名
年滿 18 歲及以上的家庭成員簽名(如申請)	當前日期	正楷書寫姓名
年滿 18 歲及以上的家庭成員簽名(如申請)	當前日期	正楷書寫姓名

**重要資訊:我們必須在簽名之日起 30 天內、年度開放入保期內
或合格生活事件發生後 60 天內收到您的申請。**

第 7 部分 - 業務員資訊：由獲得授權的 Blue Shield 代理填寫

1. 是否由您完成本申請書？ ☐ 是 ☐ 否
2. 如是，您是否嚴格按照規定詢問本申請書中的每一個問題？ ☐ 是 ☐ 否
3. 是否嚴格按照您所獲得的答案記錄？ ☐ 是 ☐ 否，請附上解釋。

4. 您是否要將 *Evidence of Coverage* 和健康服務協議/保單直接寄給投保人？ ☐ 是 ☐ 否

業務員姓名（接收備金的實體/個人）

電子郵件地址	☐ 更新電子郵件	業務員編號	
電話號碼	☐ 更新電話	傳真號碼	☐ 更新傳真
業務員地址			☐ 更新地址
城市	州	郵遞區號	
高級業務員姓名	高級業務員編號		

透過在下方簽名，本人，作為協助申請人提交此申請的代理人、經紀人、律師、律師事務所或其他代表，特此證明據本人所知，此申請中的資訊完整且準確。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。

若聲明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。

業務員簽名（必填）	當前日期（必填）	正楷書寫姓名
-----------	----------	--------

業務員：請確認本申請書的每一部分均已填妥。如果資訊缺失或不完整，Blue Shield 可以直接聯絡您的申請人，以獲得完整資訊。

第 8 部分 - 帳單與付款資訊**如何計算估算每月會費/保費：**

- 請轉到 buyblueshieldca.com，獲取估算的逾期保費金額，或與您的代理交談，獲取估算的會費/保費。
- 申請書於遞交時必須同時附上首月會費/保費。
- Blue Shield 將在任何保險生效日期前簽發最終的會費/保費。倘若最終金額與估算的會費/保費不同且需繳交額外款項，則必須繳清付款方可使保險生效。

支付選項

您的首月會費/保費可透過提交支票*或匯票支付。

* 當您以支票付款時，您授權 Blue Shield 使用您支票上的資訊進行一次性的電子轉帳，轉帳來源為您的帳戶，或是將付款作為支票交易處理。在我們使用您支票上的資訊進行電子轉帳時，資金將在我們批准您的申請之日即從您的帳戶轉出，且您不會從您的金融機構收回您的支票。

加州各縣本地的 HICAP 辦事處

Alameda 縣
333 Hegenberger Road, Suite 850
Oakland, CA 94621
(510) 839-0393

Alpine、Amador、Calaveras、Mariposa
和 Toulumne 縣
19074 Standard Road, Ste. A
Sonora, CA 95370
(209) 532-6272 分機 226

Butte、Colusa、Glenn、Plumas
和 Tehama 縣
25 Main Street, Room 202
Chico, CA 95929-0799
(530) 898-6716

Contra Costa 縣
400 Ellinwood Way
Pleasant Hill, CA 94523
Contra Costa 境內使用座機撥打
電話：(800) 510-2020
州外：(925) 655-1393

Del Norte 縣
1765 Northcrest Drive
Crescent City, CA 95531
(707) 464-7876

El Dorado、Nevada、Placer、Sacramento、
San Joaquin、Sutter、Yolo 和
Yuba 縣
505 12th Street
Sacramento, CA 95814
(800) 434-0222
(916) 376-8915

Fresno 縣和 Madera 縣
5363 N. Fresno Street
Fresno, CA 93710
(559) 224-9117

Humboldt 縣
333 J Street
Eureka, CA 95501
(707) 444-3000

Imperial 縣和 San Diego 縣
5151 Murphy Canyon Road, Suite 110
San Diego CA 92123
(858) 565-8772 · 辦事處 – San Diego
(760) 353-0223 · 辦事處 – Imperial

Inyo、Mono、Riverside 和
San Bernardino 縣
9121 Haven Ave, Suite 220
Rancho Cucamonga, CA 91739
(909) 256-8369 分機 307

Kern 縣
5357 Truxtun Ave.
Bakersfield, CA 93301
(661) 868-1000

Kings 縣和 Tulare 縣
3350 W. Mineral King
Visalia, CA 93291
(559) 713-2875
(800) 434-0222

Lake、Marin、Mendocino、Napa、Solano
和 Sonoma 縣
1129 Industrial Ave, Suite 201
Petaluma, CA 94954
(800) 434-0222
(707) 526-4108

Lassen、Modoc、Shasta、Siskiyou
和 Trinity 縣
1647 Hartnell Avenue, Suite 8
Redding, CA 96002
(530) 223-0999

Los Angeles 縣
520 S. Lafayette Park Place, Suite 214
Los Angeles, CA 90057
(213) 383-4519
L.A. 縣內：(800) 824-0780

Merced 縣
851 West 23rd Street
Merced, CA 95340
(209) 385-7550

Monterey 縣
247 Main Street
Salinas, CA 93901
(831) 655-1334

Orange 縣
2 Executive Circle, Suite 175
Irvine, CA 92614
(714) 560-0424

San Benito 和 Santa Cruz 縣
1777 A Capitola Road
Santa Cruz, CA 95062
(831) 462-5510

San Francisco 縣
601 Jackson Street, 2nd Floor
San Francisco, CA 94133
(415) 677-7520

San Luis Obispo 和
Santa Barbara 縣
528 South Broadway
Santa Maria, CA 93454
(805) 928-5663

San Mateo 縣
1710 S. Amphlett Blvd., Suite 100
San Mateo, CA 94402
(650) 627-9350

Santa Clara 縣
3100 De La Cruz Blvd., Suite 310
San Jose, CA 95054
(408) 350-3200 · 選項 2

Stanislaus 縣
3500 Coffee Road Suite 19
Modesto CA 95355
(209) 558-4540

Ventura 縣
646 County Square Drive, Suite 100
Ventura, CA 93003
(805) 477-7310