牙科計劃、眼科計劃和牙科＋眼科醫療保險套餐申請書

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

本表單是供申請人申請 Blue Shield 牙科計劃、眼科計劃或 IFP Specialty Duo℠ 牙科＋眼科醫療保險套餐之用。請隨申請書附上首月的會費/保費，以避免申請遭到退回。

倘若您在註冊時已是加州合法居民，則您將有資格申請任何隸屬於個人及家庭健康計劃 (IFP, Individual and Family Plan) 下的牙科計劃、眼科計劃或 Specialty Duo℠ 牙科＋眼科醫療保險套餐。如先前有任何 Blue Shield IFP 牙科或眼科 計劃被撤銷（經本人或 Blue Shield 公司），申請人應自撤銷日起算經過六個月後方得再次申請。

第 1 部分 – 計劃保險資訊

申請原因（選擇一項）：

☐ 開始新申請 ☐ 轉至其他計劃 ☐ 在現有保險中納入受扶養家屬

期望生效日：_____

保險選項：

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

Dental HMO 計劃保單申請人適用 – 請由 **blueshieldca.com/fad** 網站上服務*提供者名錄*中指定一位牙科醫師，或撥打 **(888) 256-3650 (TTY: 711)**，週一至週五的上午 7 點至晚上 8 點（太平洋時間），週六的上午 8 點至下午 5 點（太平洋時間）。

Dental HMO 提供者名稱：_____ Dental HMO 提供者號碼：_____

Dental HMO 和 Dental Standard HMO 計劃不適用於以下某些郵遞區號的區域：包括所有 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 縣。

人壽保險*選項：人壽保險可提供給年齡為 1-64 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) 核保。

註：《牙科福利與承保範圍摘要》(SDBC) 表格可供所有牙科計劃使用。這些表格總結了計劃的承保範圍與福利。請前往 **blueshieldca.com/policies** 下載您已申請的任意牙科計劃的 SDBC 表格。

第 2 部分 – 主申請人資訊

申請人的社會安全號碼/納稅識別號	性別：☐ 男 ☐ 女	出生日期（月/日/年）	已婚：☐ 是 ☐ 否 同居伴侶：☐ 是 ☐ 否
名字	中間名首字母	姓氏	
您目前是否擁有 Blue Shield 所承保的牙科醫療保險？☐ 是 ☐ 否	如是，請提供您的計劃		牙科保險投保人 ID 編號（如適用）
您目前是否擁有 Blue Shield 所承保的醫療保險？☐ 是 ☐ 否	如是，請提供您的計劃		醫療保險投保人 ID 編號（如適用）
您目前是否擁有 Blue Shield 所承保的眼科保險？☐ 是 ☐ 否	如是，請提供您的計劃		眼科保險投保人 ID 編號（如適用）

您的僱主是否提供補助金，以協助您支付個人健康保險計畫的費用（有時稱為「個人保障健康儲蓄帳戶」HRA 簡稱 ICHRA 或「合格小型僱主健康儲蓄帳戶」HRA 簡稱 QSEHRA）？ ☐ 是 ☐ 否

溝通偏好	申請人手機電話號碼	申請人的其他電話號碼（非手機號碼）	申請人工作電話號碼
☐ 電子 ☐ 紙質			

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。參與計劃純屬自願，您可隨時選擇退出。適用標準數據費率。 ☐ 是 ☐ 否

申請人的電子郵件地址**（電子通信所需）**

家庭住址（**並非**郵政信箱）		公寓門號
城市	州	郵遞區號
帳單地址（不同於家庭地址時才需要填寫）		公寓門號
城市	州	郵遞區號
申請人郵寄地址（不同於家庭地址時才需要填寫）		公寓門號
城市	州	郵遞區號

首選聯絡方式（僅選一項）：
☐ 家庭電話/其他電話 ☐ 工作電話 ☐ 手機 ☐ 電子郵件 ☐ 實體郵件

選擇首選語言：
☐ 英語 ☐ 西班牙語 ☐ 中文 ☐ 越南語 ☐ 韓語 ☐ 其他 _____

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

名字	中間名首字母	姓氏（與前述姓氏不同時請填寫）
申請人的社會安全號碼/納稅識別號		出生日期（月/日/年）

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 ☐ 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）**

本人經本人伴侶/配偶授權（透過在此表格上提供他們的聯絡資訊），特此代其同意，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 – 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。
如果另附紙張，請勾選此處。☐

1. ☐ 男 ☐ 女	關係（如兒子/女兒）	
名字	中間名首字母	姓氏（與前述姓氏不同時請填寫）
申請人的社會安全號碼/納稅識別號		出生日期（月/日/年）

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

2. ☐ 男 ☐ 女	關係（如兒子/女兒）	
名字	中間名首字母	姓氏（與前述姓氏不同時請填寫）
申請人的社會安全號碼/納稅識別號		出生日期（月/日/年）
受扶養子女申請人是否與主申請人居住於同一地點？ ☐ 是 ☐ 否 如否，申請人居於何處？（地址，其中包括郵遞區號和州）		

3. ☐ 男 ☐ 女	關係（如兒子/女兒）	
名字	中間名首字母	姓氏（與前述姓氏不同時請填寫）
申請人的社會安全號碼/納稅識別號		出生日期（月/日/年）
受扶養子女申請人是否與主申請人居住於同一地點？ ☐ 是 ☐ 否 如否，申請人居於何處？（地址，其中包括郵遞區號和州）		

4. ☐ 男 ☐ 女	關係（如兒子/女兒）	
名字	中間名首字母	姓氏（與前述姓氏不同時請填寫）
申請人的社會安全號碼/納稅識別號		出生日期（月/日/年）
受扶養子女申請人是否與主申請人居住於同一地點？ ☐ 是 ☐ 否 如否，申請人居於何處？（地址，其中包括郵遞區號和州）		

5. ☐ 男 ☐ 女	關係（如兒子/女兒）	
名字	中間名首字母	姓氏（與前述姓氏不同時請填寫）
申請人的社會安全號碼/納稅識別號		出生日期（月/日/年）
受扶養子女申請人是否與主申請人居住於同一地點？ ☐ 是 ☐ 否 如否，申請人居於何處？（地址，其中包括郵遞區號和州）		

6. ☐ 男 ☐ 女	關係（如兒子/女兒）	
名字	中間名首字母	姓氏（與前述姓氏不同時請填寫）
申請人的社會安全號碼/納稅識別號		出生日期（月/日/年）
受扶養子女申請人是否與主申請人居住於同一地點？ ☐ 是 ☐ 否 如否，申請人居於何處？（地址，其中包括郵遞區號和州）		

7. ☐ 男 ☐ 女	關係（如兒子/女兒）	
名字	中間名首字母	姓氏（與前述姓氏不同時請填寫）
申請人的社會安全號碼/納稅識別號		出生日期（月/日/年）
受扶養子女申請人是否與主申請人居住於同一地點？ ☐ 是 ☐ 否 如否，申請人居於何處？（地址，其中包括郵遞區號和州）		

8. ☐ 男 ☐ 女	關係（如兒子/女兒）	
名字	中間名首字母	姓氏（與前述姓氏不同時請填寫）

主申請人的姓名縮寫 _____

申請人的社會安全號碼/納稅識別號	出生日期（月/日/年）

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

第 4 部分 – 授權、條款和條件

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字。請保存本表副本，以備查閱。

1. **申請保險：**本人知悉 Blue Shield 公司有權拒絕本人所申請的各項保障。本人也理解，該計劃/醫療保險套餐的基本註冊資格，是必須為現任加州州合法居民。若本人的牙科計劃、眼科計劃或 Specialty Duo℠ 牙科＋眼科醫療保險套餐資格發生任何變動，本人將通知 Blue Shield。本人也同意應 Blue Shield 公司要求提供資訊，以作為本人目前及未來保險資格之審核依據。本人也理解若不配合辦理則可能導致保險撤銷。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。
2. **首月會費/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 6 部分。如果沒有支付足額的會費/保費，則退還申請書。請注意，處理您的付款並不表示 Blue Shield 或 Blue Shield Life 已經核准了您的申請。如果您是以支票付款，支票將被銷毀。
3. **會費/保費：**會費/保費應於繳款日期之前付清。如果您未按照*承保範圍說明書及健康服務協議*/保單中的規定按時支付會費/保費，您的保險將依法取消。
4. **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。如果 Blue Shield 無法接受您申請的生效日期，或者無法在申請的日期前簽發該保險，則其會儘快使保險生效。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。
5. **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。
6. **家長/監護人：**若您是以家長或合法監護人的身分代替未成年人提出申請，則請於第 4 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/保險費的支付責任，並同意遵守保險的條款和條件。若您不是申請人的家長，則請另外附上法院文件，以證明自己為該未成年人之合法監護人。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 _____
     （包括姓名及關係）。
   - ☐ 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。
7. **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**
8. **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。☐
9. **授權 Blue Shield 向第三方披露個人及健康資訊的程序：**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**。
10. **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。**

11. **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（如提供受扶養家屬保險的法院判令等），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。
12. **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**、及/或登入 Blue Shield 網站 **blueshieldca.com**（如適用）接收所需要的福利計劃和保險相關材料及通訊。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)
    - *《承保範圍說明書》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**。

本人已審核此申請書中與本人相關的所有回覆。本人已經閱讀了牙科福利和承保範圍摘要（如適用）、福利摘要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（如申請人為未成年人，則父母或法定監護人）簽字	當前日期	正楷書寫姓名 （申請人若是未成年人，請另外敘述簽署人與申請人的關係）
申請人（如申請人為未成年人，則父母或法定監護人）簽字	當前日期	正楷書寫姓名 （申請人若是未成年人，請另外敘述簽署人與申請人的關係）
申請人配偶/同居伴侶簽字（如申請）	當前日期	正楷書寫姓名
年滿 18 歲或以上的家庭成員簽字（如申請）	當前日期	正楷書寫姓名
年滿 18 歲或以上的家庭成員簽字（如申請）	當前日期	正楷書寫姓名
年滿 18 歲或以上的家庭成員簽字（如申請）	當前日期	正楷書寫姓名
年滿 18 歲或以上的家庭成員簽字（如申請）	當前日期	正楷書寫姓名
年滿 18 歲或以上的家庭成員簽字（如申請）	當前日期	正楷書寫姓名
年滿 18 歲或以上的家庭成員簽字（如申請）	當前日期	正楷書寫姓名
年滿 18 歲或以上的家庭成員簽字（如申請）	當前日期	正楷書寫姓名

注意事項：在您簽字並註明日期後 30 天之內將申請書寄回。

主申請人的姓名縮寫 _____

第 5 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，附上解釋。

4. 您是否想要將*《承保範圍說明書》*和*《健康服務協議書》*/保單直接寄給投保人？ ☐ 是 ☐ 否

業務員姓名（接收傭金的實體/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。

業務員簽字（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。

請將填好簽妥的申請書以電子郵件、傳真或是郵寄方式遞交至：

Installation and Billing
Blue Shield of California
P.O. Box 3008
Lodi, CA 95241-1912
傳真：**(888) 386-3420**
電子郵件：**IFPapplications@blueshieldca.com**

僅供內部使用
DSA 名稱： _____
DSA 編號： _____
業務員編號： _____

第 6 部分 – 帳單與付款資訊

計算預計的每月會費/保險費

- 造訪 **buyblueshieldca.com**，獲取估算的會費/保費，或與您的代理交談，獲取估算的會費/保費。
- 首月會費/保費需要在提交申請表時支付。
- 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。