치과 플랜, 안과 플랜 및 치과 + 안과 패키지 신청

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

이 양식은 Blue Shield 치과 플랜, 안과 플랜 또는 IFP Specialty Duo℠ 치과 + 안과 패키지를 신청하는 신청인이 사용합니다. 신청서의 반환을 피하기 위해 첫 달의 회비/보험료를 포함하십시오.

등록 시점에 캘리포니아주 거주민인 경우 귀하는 개인 및 가족 플랜(IFP, Individual and Family Plan) 치과 플랜, 안과 플랜 또는 Specialty Duo℠ 치과 + 안과 패키지에 가입할 자격이 있습니다. 어떤 이유로든(자신 또는 Blue Shield에 의해) Blue Shield IFP 치과 또는 안과 플랜이 취소된 경우 재신청하기 전에 취소일부터 6개월을 기다려야 합니다.

파트 1 – 플랜 보장 정보

신청 사유 (한 가지 선택):

☐ 신규 가입 시작 ☐ 다른 플랜으로 이전 ☐ 기존 보장에 피부양자 가족 구성원 추가

요청 발효일: _____

보장 옵션:

치과 플랜:		**안과 플랜:**	**치과 + 안과 패키지:**
☐ 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℠ (치과 + 안과) 패키지*

Dental HMO 플랜 신청자만 해당 – **blueshieldca.com/fad** 페이지 *의료진 명부에서* 치과 의사를 선택하거나, **(888) 256-3650 (TTY: 711)**번으로 태평양 표준시 기준 월요일부터 금요일까지는 오전 7시부터 오후 8시, 토요일에는 오전 8시부터 오후 5시 사이에 전화하십시오.

Dental HMO 의료진 이름: _____ Dental HMO 의료진 번호: _____

Dental HMO 및 Dental Standard HMO 플랜은 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 및 Yuba 카운티를 포함한 특정 우편 번호 지역에서는 이용하실 수 없습니다.

생명 보험* 옵션: 생명 보험은 만 1세부터 만 64세까지의 신청인이 가입 가능합니다. 보장 금액은 최소 $10,000부터 최대 $100,000까지 제공됩니다. $50,000 이상 보험금에는 특정 조건이 적용됩니다. 생명 보장을 구매하려면 별도의 생명 보험 신청서를 작성해야 합니다. 생명 보험료 확인이나 보장 신청은 당사 웹사이트 **blueshieldca.com/term-life**에 방문해주십시오.

*Blue Shield of California Life & Health Insurance Company(Blue Shield Life)가 보증.

참고: 치과 혜택 및 보장 요약(SDBC) 양식은 모든 치과 플랜에 제공됩니다. 이 양식에는 각 플랜의 보장 및 혜택 내용이 요약되어 있습니다. 신청한 치과 플랜에 대한 SDBC 양식을 다운로드하려면 **blueshieldca.com/policies로** 이동하십시오.

파트 2 – 주 신청인 정보

신청인의 사회보장 번호/세금 ID 번호	성별: ☐ 남성 ☐ 여성	생년월일 (월/일/년)	기혼: ☐ 예 ☐ 아니요 동거: ☐ 예 ☐ 아니요
이름	중간 이니셜	성	
현재 Blue Shield를 통해 치과 보장에 가입되어 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요	만약 '예'인 경우 플랜		치과 주 가입자 ID 번호를 작성해주십시오 (해당하는 경우)
현재 Blue Shield를 통해 의료 보장에 가입되어 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요	만약 '예'인 경우 플랜		의료 주 가입자 ID 번호를 작성해주십시오 (해당하는 경우)
현재 Blue Shield를 통해 안과 보장에 가입되어 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요	만약 '예'인 경우 플랜		안과 주 가입자 ID 번호를 작성해주십시오 (해당하는 경우)

귀하의 고용주는 개인 건강 보험 플랜 비용을 지원하기 위한 자금(개인 보장 HRA 또는 ICHRA나 적격 소규모 고용주 HRA, QSEHRA라고도 함)을 제공합니까? ☐ 예 ☐ 아니요

선호하는 연락 방식 ☐ 전자적 ☐ 지류	신청인의 휴대 전화번호	신청인의 기타 전화번호(휴대전화 외)	신청인의 직장 전화번호

주 신청인의 이니셜 _____

본 양식에 연락처 정보를 제공함으로써 본인은 Blue Shield와 그 계열사 및 대리인이 본인 계정 및 본인에게 무료로 제공되는 다양한 건강 및 웰니스 프로그램에 대해 전화 또는 문자 메시지(자동 다이얼러, 인공 또는 사전 녹음된 음성 포함)를 통해 본인에게 연락하는 데 동의합니다. 표준 데이터 요금이 부과될 수 있습니다.

본인은 Blue Shield와 그 계열사 및 대리인이 본인과 부양가족에게 도움이 될 수 있는 프로모션 정보와 관련하여 본 양식에 제공한 번호로 전화 또는 문자 메시지(자동 다이얼러, 인공 또는 사전 녹음된 음성 포함)를 통해 연락하는 데 동의합니다. 참여는 자발적이며, 언제든지 수신 거부할 수 있습니다. 표준 데이터 요금이 부과될 수 있습니다. ☐ 예 ☐ 아니요

신청인의 이메일 주소 **(전자적 의사소통을 위해 필요함)**

자택 주소 (사서함 **불가**)		아파트 호수
도시	주	우편 번호
청구지 주소 (자택 주소와 다를 경우)		아파트 호수
도시	주	우편 번호
신청인 우편 발송 주소 (자택 주소와 다를 경우)		아파트 호수
도시	주	우편 번호

선호 연락 방법(하나에 표시):
☐ 자택/기타 전화 ☐ 직장 전화 ☐ 휴대전화 ☐ 이메일 ☐ 일반 우편

선호 언어 표시:
☐ 영어 ☐ 스페인어 ☐ 중국어 ☐ 베트남어 ☐ 한국어 ☐ 기타 _____

파트 3(a) – 배우자/동거인 피부양자 신청인 정보

☐ 배우자 ☐ 동거인 성별: ☐ 남성 ☐ 여성

이름	중간 이니셜	성 (위와 다를 경우)
신청인의 사회보장 번호/세금 ID 번호		생년월일(월/일/년)

배우자/동거인 신청인의 거주지는 주 신청인과 같습니까? ☐ 예 ☐ 아니요
'아니요'인 경우, 신청인은 어디에 거주합니까? (우편 번호 및 주를 포함한 주소)

선호하는 연락 방식: ☐ 전자적 ☐ 지류	신청인의 휴대 전화번호	신청인의 기타 전화번호(휴대전화 외)

신청인의 이메일 주소 **(전자적 의사소통을 위해 필요함)**

본인은 파트너/배우자의 연락처 정보를 본 양식에 제공함으로써 Blue Shield와 그 계열사 및 대리인이 당사 계정 및 당사에 무료로 제공되는 다양한 건강 및 웰니스 프로그램에 대한 전화, 문자 메시지(자동 다이얼러, 인공 또는 사전 녹음된 음성 포함)를 통해 연락할 수 있도록 이들을 대신하여 동의할 수 있는 권한을 부여받았습니다. 표준 데이터 요금이 부과될 수 있습니다.

파트 3(b) – 피부양 자녀 신청인 정보

피부양 자녀는 만 26세 미만이어야 합니다. 8명이 넘는 피부양 자녀가 보장을 신청할 경우, 여분의 페이지를 첨부하여 아래에 열거된 모든 정보, 귀하의 서명 그리고 날짜를 기재하십시오.
여분의 페이지를 첨부할 경우 여기에 체크하십시오. ☐

1. ☐ 남성 ☐ 여성	관계 (예, 아들/딸)	
이름	중간 이니셜	성 (위와 다를 경우)
신청인의 사회보장 번호/세금 ID 번호		생년월일(월/일/년)

피부양 자녀 신청인의 거주지는 주 신청인과 같습니까? ☐ 예 ☐ 아니요
'아니요'인 경우, 신청인은 어디에 거주합니까? (우편 번호 및 주를 포함한 주소)

2. ☐ 남성 ☐ 여성	관계 (예, 아들/딸)	
이름	중간 이니셜	성 (위와 다를 경우)
신청인의 사회보장 번호/세금 ID 번호		생년월일(월/일/년)

피부양 자녀 신청인의 거주지는 주 신청인과 같습니까? ☐ 예 ☐ 아니요
'아니요'인 경우, 신청인은 어디에 거주합니까? (우편 번호 및 주를 포함한 주소)

3. ☐ 남성 ☐ 여성	관계 (예, 아들/딸)	
이름	중간 이니셜	성 (위와 다를 경우)
신청인의 사회보장 번호/세금 ID 번호		생년월일(월/일/년)

피부양 자녀 신청인의 거주지는 주 신청인과 같습니까? ☐ 예 ☐ 아니요
'아니요'인 경우, 신청인은 어디에 거주합니까? (우편 번호 및 주를 포함한 주소)

4. ☐ 남성 ☐ 여성	관계 (예, 아들/딸)	
이름	중간 이니셜	성 (위와 다를 경우)
신청인의 사회보장 번호/세금 ID 번호		생년월일(월/일/년)

피부양 자녀 신청인의 거주지는 주 신청인과 같습니까? ☐ 예 ☐ 아니요
'아니요'인 경우, 신청인은 어디에 거주합니까? (우편 번호 및 주를 포함한 주소)

5. ☐ 남성 ☐ 여성	관계 (예, 아들/딸)	
이름	중간 이니셜	성 (위와 다를 경우)
신청인의 사회보장 번호/세금 ID 번호		생년월일(월/일/년)

피부양 자녀 신청인의 거주지는 주 신청인과 같습니까? ☐ 예 ☐ 아니요
'아니요'인 경우, 신청인은 어디에 거주합니까? (우편 번호 및 주를 포함한 주소)

6. ☐ 남성 ☐ 여성	관계 (예, 아들/딸)	
이름	중간 이니셜	성 (위와 다를 경우)
신청인의 사회보장 번호/세금 ID 번호		생년월일(월/일/년)

피부양 자녀 신청인의 거주지는 주 신청인과 같습니까? ☐ 예 ☐ 아니요
'아니요'인 경우, 신청인은 어디에 거주합니까? (우편 번호 및 주를 포함한 주소)

7. ☐ 남성 ☐ 여성	관계 (예, 아들/딸)	
이름	중간 이니셜	성 (위와 다를 경우)
신청인의 사회보장 번호/세금 ID 번호		생년월일(월/일/년)

피부양 자녀 신청인의 거주지는 주 신청인과 같습니까? ☐ 예 ☐ 아니요
'아니요'인 경우, 신청인은 어디에 거주합니까? (우편 번호 및 주를 포함한 주소)

8. ☐ 남성 ☐ 여성	관계 (예, 아들/딸)	
이름	중간 이니셜	성 (위와 다를 경우)

주 신청인의 이니셜 _____

신청인의 사회보장 번호/세금 ID 번호	생년월일(월/일/년)

피부양 자녀 신청인의 거주지는 주 신청인과 같습니까? ☐ 예 ☐ 아니요
'아니요'인 경우, 신청인은 어디에 거주합니까? (우편 번호 및 주를 포함한 주소)

파트 4 – 승인 및 약관

다음 약관을 주의 깊게 읽으십시오. 만 18세 이상의 각 신청인은 작성된 신청서를 검토한 후 자신의 권한 부여 및 서명을 제공해야 합니다. 이 신청서 사본을 보관하십시오.

1. **보장 신청:** 저는 Blue Shield에 보장 신청을 거부할 권리가 있음을 이해합니다. 저는 또한 이 플랜/패키지에 가입하려면 캘리포니아주에 거주해야 한다는 것을 이해합니다. 저는 치과 플랜, 안과 플랜 또는 Specialty Duo℠ 치과 + 안과 패키지에 대한 저의 가입 자격이 변경되는 경우 Blue Shield에 알릴 것입니다. 저는 또한 저의 가입 자격 또는 보장 유지 자격을 확인하기 위해 Blue Shield가 요청하는 정보를 제공하는 것에 동의하며, 협력하지 않는 경우 보장이 취소될 수 있음을 이해합니다. 원활한 가입을 위해 중개인을 이용하는 경우 중개인이 받는 보상금은 귀하의 총 월보험료의 비율로 산정됩니다. 보상금은 Blue Shield가 지급합니다. 월 보험료는 중개인을 통하든 통하지 않든 동일합니다. 추가로, 중개인은 일정한 판매 목표를 달성한 경우 보너스를 받을 수도 있습니다.
2. **첫 달 회비/보험료:** Blue Shield에 신청서 제출 시 첫 달 회비/보험료를 납부해야 합니다. **buyblueshieldca.com**에 방문하거나 판매 대리인에게 연락하여 예상 월간 회비/보험료를 확인하십시오. 납부 방법은 파트 6을 참조하십시오. 회비/보험료를 완납하지 못할 경우 귀하의 신청서는 반환될 것입니다. 납부 처리와 Blue Shield나 Blue Shield Life가 귀하의 신청서를 승인하는 것은 별개라는 점을 참고하십시오. 수표를 동봉한 경우 수표는 폐기 처리됩니다.
3. **회비/보험료:** 회비/보험료는 마감일까지 완납해야 합니다. 법에 따라 *보장범위 증서 및 의료 서비스 계약*/정책에 명시된 대로 적시에 회비/보험료를 납부하지 않으면 보장은 해지됩니다.
4. **보장 발효일:** 귀하가 보장 가입 자격이 있을 경우, Blue Shield에서는 귀하에게 보장 발효일을 통지합니다. Blue Shield가 귀하의 요청 발효일에 제공할 수 없거나 요청일 이전에 보장을 발행할 수 없을 경우, 보장은 가능한 한 조속한 날짜에 개시됩니다. 추가로 지급해야 할 회비/보험료가 있을 경우, 보험 발효일 이전에 완납해야 합니다. 보장 발효일 이전이나 보장 취소 또는 보장 해지 이후에 받은 서비스로 발생한 비용은 보장되지 않습니다.
5. **신청서 접수:** 귀하는 오직 Blue Shield만이 귀하의 신청서를 접수할 수 있고 본 양식에서 요청한 플랜 또는 정책 보장을 발행할 수 있음을 이해합니다. 판매 대리인 또는 중개인은 귀하를 보장에 등록하거나 보장을 발행할 수 없고 보장 기간이나 조건을 변경할 수 없습니다.
6. **부모/보호자:** 귀하가 미성년자의 부모이거나 법적 보호자일 경우, 이 파트 4 하단에 신청인을 대신하여 서명하십시오. 부모 또는 법적 보호자로서 귀하는 본 보장과 관련하여 (법에 따라) 신청인을 대신하여 문의하고 조치를 취할 수 있습니다. 또한, 귀하는 회비/보험료 납부와 보장 적용 관련 약관 준수에 대해 전적으로 책임질 것을 동의합니다. 귀하가 신청인의 부모가 아닐 경우, 귀하를 해당 미성년자의 보호자로 임명한 법원 문서를 첨부하십시오. 다음 박스의 한 곳에 체크하여 미성년자(신청인)를 대신하여 조치를 취할 권한이 있는 개인임을 확인하십시오.
   ☐ 부모만 해당 _____
   (이름과 관계 기재) 또는
   ☐ 법적 보호자만 해당 _____
   (이름과 관계 기재) 또는
   ☐ 적격 의료 아동 지원 명령 지명인 _____
   (이름과 관계 기재).
   ☐ 위에서 확인된 개인의 서면 요청 시에만 Blue Shield가 계약을 변경할 수 있도록 하려면, 이 박스에 체크하십시오.
7. **배우자/동거인에게 변경 권한 부여:** 귀하가 신청인이고 귀하의 배우자/동거인 또한 보장 가입을 신청할 경우, 귀하의 배우자/동거인이 귀하를 대신해서 계약/정책을 변경할 수 있는 권한을 부여할 것인지 명시하십시오. 귀하는 Blue Shield에 서면 요청서를 발송하여 언제든 이 권한 부여를 중단할 수 있습니다. ☐ **예** ☐ **아니요**
8. **대리인에게 정보 제공/취득 권한 부여:** 이 박스에 표시하지 않으면 귀하의 보험 판매 대리인, 중개인 또는 보험판매사(이하, "귀하의 대리인")에게 본 신청서에 기재된 모든 정보에 접근할 수 있는 권한을 부여합니다. 대리인에게 이러한 권한을 부여하지 **않기를 원할 경우** 이 박스에 체크하십시오. ☐
9. **개인 및 건강 정보를 제삼자에게 공개할 수 있도록 Blue Shield에게 권한을 부여하는 절차:** 귀하의 배우자, 동거인 또는 제삼자에게 귀하의 개인 의료 정보에 접근할 수 있는 권한을 부여하려면, Authorization for the Use or Disclosure of Health Information(의료 정보의 사용 또는 공개 권한 부여)라는 제목의 양식을 작성하십시오. 이 양식은 **blueshieldca.com/privacy**에 방문하거나 **(888) 256-3650**으로 전화하여 받으실 수 있습니다.
10. **캘리포니아 주법은 건강 보험사가 건강 보험 보장 취득 조건으로 HIV 테스트를 요구하거나 사용하는 것을 금지합니다.**

주 신청인의 이니셜 _____

11. **요청 정보에 대한 응답:** 귀하는 본 보장 가입 신청서에 기재한 정보를 확인하기 위해 요청받은 문서와 기타 정보(피부양자 보장 제공을 지시하는 법원 명령서 등)를 제출하거나 이에 접근하게 함으로써 Blue Shield(또는 해당될 경우 Blue Shield Life)에 협조할 것을 동의합니다. 이러한 요청받은 문서 또는 정보를 제출하지 않거나 제출을 거부할 경우, 귀하의 보장을 취소하거나 해지하거나 신청서를 거절할 수 있는 원인이 될 수 있음을 귀하는 인식하고 동의합니다.
12. **자료 및 통신문을 인쇄물 대신 전자적 수단으로 수신:** 필요한 혜택 플랜 및 보장 관련 자료 및 통신문을 이메일을 통해서, **blueshieldca.com/policies**에서, 및/또는 Blue Shield 웹사이트 **blueshieldca.com**에 가입하여 받게 됩니다. 전자 방식으로 이용 가능한 문서는 다음을 포함합니다:
    - Blue Shield 가입자 신분증(ID) 카드
    - 혜택 명세서(SOB)
    - *보장범위 증서 및 의료 서비스 계약*(EOC)/정책
    - 치과 혜택 및 보장 요약(SDBC)

    귀하는 언제든지 추가 비용 없이 우편으로 발송하는 인쇄물을 받을 권리가 있습니다. 우편으로 인쇄물을 받거나, 이메일을 통한 통신문을 취소하거나, 질문이 있는 경우 **(888) 256-3650**으로 전화해주십시오.

저는 본 신청서에 기재된 본인과 관련된 모든 응답을 검토했습니다. 저는 적용되는 경우 치과 혜택 및 보장 요약, 혜택 요약, 그리고 위에 명시된 보장 약관 및 권한 부여 사항을 읽었습니다. 저는 아래에 서명함으로써 본 신청서에 기재된 정보가 제가 알고 있는 한 완전하고 정확함을 인정하고, 보장 약관과 제가 허용한 권한 부여를 이해하고 동의합니다. (중요: 각 성인 신청인은 자신의 서명을 제공해야 합니다.) 저는 Blue Shield에 가입하기 전 본 신청서에 기재한 것과 다르거나 변경된 사항이 있을 경우, 이를 Blue Shield에 반드시 통지해야 함을 이해합니다.

신청인(신청인이 미성년자인 경우 부모 또는 법적 보호자)의 서명	오늘 날짜	정자체 이름 (그리고 신청인이 미성년일 경우 그와의 관계)
신청인(신청인이 미성년자인 경우 부모 또는 법적 보호자)의 서명	오늘 날짜	정자체 이름 (그리고 신청인이 미성년일 경우 그와의 관계)
신청인의 배우자/동거인의 서명(신청하는 경우)	오늘 날짜	정자체 이름
만 18세 이상 가족 구성원의 서명(신청하는 경우)	오늘 날짜	정자체 이름
만 18세 이상 가족 구성원의 서명(신청하는 경우)	오늘 날짜	정자체 이름
만 18세 이상 가족 구성원의 서명(신청하는 경우)	오늘 날짜	정자체 이름
만 18세 이상 가족 구성원의 서명(신청하는 경우)	오늘 날짜	정자체 이름
만 18세 이상 가족 구성원의 서명(신청하는 경우)	오늘 날짜	정자체 이름
만 18세 이상 가족 구성원의 서명(신청하는 경우)	오늘 날짜	정자체 이름
만 18세 이상 가족 구성원의 서명(신청하는 경우)	오늘 날짜	정자체 이름

중요: 날짜를 기재하고 서명한 날로부터 30일 이내에 신청서를 제출해주십시오.

주 신청인의 이니셜 _____

파트 5 – 보험판매사 정보: Blue Shield 공인 판매 대리인이 작성

1. 귀하가 본 신청서를 작성했습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

2. '예' 일 경우, 명시된 대로 정확하게 본 신청서의 모든 질문 항목을 질문했습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

3. 응답을 가감 없이 정확히 기록했습니까? ☐ 예 ☐ 아니요(아래에 이유 설명)

4. *보장범위 증서 및 의료 서비스 계약*/정책이 주 가입자에게 직접 발송되기를 원하십니까? ☐ 예 ☐ 아니요

보험판매사 이름(수수료를 발급받을 단체/개인)

이메일 주소 ☐ 이메일 업데이트	보험판매사 번호
전화번호 ☐ 전화번호 업데이트	팩스 번호 ☐ 팩스 번호 업데이트
보험판매사 주소 ☐ 주소 업데이트	
도시	주 / 우편 번호
최고 보험판매사 이름	최고 보험판매사 번호

판매 대리인, 중개인, 상품 판촉인, 판촉 기업, 또는 본 신청서 제출을 도운 대리인으로서 저는 아래에 서명함으로써 제가 아는 한 본 신청서의 정보가 완전하고 정확하다는 것을 확인합니다. 저는 신청인에게 이해하기 쉬운 언어로 부정확한 정보 제공 시 위험성이 있다는 것을 설명했으며 신청인은 그 설명을 이해했습니다.
서명인이 거짓임을 알고 있는 중요한 정보를 고의로 진실이라고 선언한 경우, 해당인은 현행 법에 따라 부과되는 벌금 또는 배상금에 더해 최대 일만 달러($10,000)의 민사 처벌을 받아야 합니다.

보험판매사 서명(필수 사항) | 오늘 날짜(필수 사항) | 정자체 이름

보험판매사: 신청서 내 모든 파트를 작성했는지 확인하십시오. 누락되거나 불완전한 정보가 있을 경우, Blue Shield는 신청인에게 직접 연락하여 완전한 정보를 얻을 수 있습니다.

작성 및 서명한 신청서를 이메일로 보내거나 다음 주소로 발송하거나 팩스로 전송하십시오.

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

내부 사용용
DSA 이름: _____
DSA 번호: _____
보험판매사 번호: _____

파트 6 – 청구서 및 납부 정보

예상 월 회비/보험료 산정

- 예상 회비/보험료를 파악하려면 **buyblueshieldca.com**을 방문하거나 담당 판매 대리인에게 문의하십시오.
- 신청서 제출 시 첫 달 회비/보험료를 납부해야 합니다.
- Blue Shield는 모든 보장 발효일 전에 최종 회비/보험료를 고지합니다. 최종 금액이 예상 회비/보험료와 차이가 있어 차액을 납입해야 할 경우, 반드시 보장 발효일 전에 납부해야 합니다.

납부 방법

귀하의 첫 달 회비/보험료를 수표* 또는 머니 오더 제출로 납부할 수 있습니다.

* 수표로 납부 시 가입자는 Blue Shield에 가입자의 계좌로부터 1회 전자 자금 이체를 하거나 수표 거래로 납부를 처리할 수 있도록 해당 가입자의 수표 정보를 사용할 수 있는 권한을 부여합니다. 당사가 전자 자금 이체를 위해 가입자의 수표에서 해당 정보를 사용할 경우, 가입자의 신청서를 승인하는 날짜에 가입자의 계좌에서 출금되며, 가입자는 은행으로부터 수표를 돌려받지 못합니다.