Dental PPO 計劃投保表
Blue Shield Medicare 補充計劃會員

投保人姓名（名字、姓氏）：_____

Blue Shield 投保人 ID 編號：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____

投保計劃類型：☐ 個人 ☐ Household Savings（參見下文第 2 節）

1. **牙科計劃選項：**
   ☐ Dental PPO 1000 ☐ Dental PPO 1500

2. **Household Savings Program（家庭節約計劃）*：**如果您投保了 Household Savings Program，請務必填寫此部分。您和您的其他家庭成員需要選擇並同時投保同一個牙科 PPO 計劃，才能繼續享有家庭節約計劃。
   如果您在下面選取了不同的牙科計劃或僅有一名家庭成員想要投保牙科 PPO 計劃，那麼您就不再是投保 Household Savings Program 的會員。因此，您下一期帳單上的 Medicare 補充醫療計劃保費會有所變動，因爲您跟家人會分別收到個人帳單，且帳單不會包括家庭節約計劃。
   *由於在此計劃/服務下管理 Medicare 補充計劃的效率提高而節省的費用將回饋給投保人。
   其他家庭成員姓名（名字、姓氏）：_____
   其他家庭成員 Medicare 受益人識別號 (MBI)：_____
   其他家庭成員牙科計劃選項：_____
   ☐ Dental PPO 1000 ☐ Dental PPO 1500

3. **確認條款和條件**
   提交本投保表之前，請詳閱以下確認聲明，並在下方簽名並寫上日期以確認您同意：
   a. 本人理解，如果本人的牙科計劃保險因任何原因遭到取消（無論是由自己或 Blue Shield 取消），必須等候六個月後才能重新申請納保。
   b. 本人理解 Blue Shield 將會通知本人保險的生效日期。本人理解凡是於本人的保險生效日期前或終止後所接受的任何服務，Blue Shield 一律不予給付。
   c. 本人理解，如果本人搬離加州，Blue Shield 可能會在發出書面通知後的三十 (30) 天內取消本協議。

本人已經閱讀了《福利摘要》以及上述保險的各項條款和條件。本人理解並同意所有條款和條件。根據本人所知及所信，本人在此申請表上提供的所有資訊均正確無誤。

投保人簽名：_____ 日期（月/日/年）：_____

其他家庭成員簽名：_____ 日期（月/日/年）：_____

請將填好簽妥的申請書透過傳真、郵寄或電子郵件遞交至：

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

傳真：**(844) 266-1850**
電子郵件：**msinstall@blueshieldca.com**

FMO/機構名稱：_____

FMO/機構 ID 號碼：_____

業務員姓名：_____

業務員電話號碼：_____

業務員 NPN 編號：_____