Blue Shield of California
Medicare 補充計劃轉換申請表

Blue Shield of California Medicare 補充計劃的現有會員可使用此申請表辦理以下事宜：

1. 在開放入保期轉換至具備同等或較低價值的 Medicare 補充計劃 – 擔保接收。
2. 加入 Household Savings Program（家庭節約計劃）。[1]（兩位參與者必須是 Blue Shield of California Medicare 補充計劃的現有會員）。
3. 加入牙科計劃。

如果您有意在註冊期外轉入同等價值或價值更低的 Medicare 補充計劃，或在任何時候轉入福利更豐富的計劃，您必須填寫 Medicare 補充計劃註冊申請表（表 C12687）。

轉換計劃很容易

1 提供所有必要資訊並以全部大寫字母、黑色墨水清晰填寫。在末尾簽署姓名和日期。

2 請於簽署日期後 30 天內將申請表：
- 傳真至 **(844) 266-1850**
- 電子郵件： **msinstall@blueshieldca.com**
- 郵寄：Medicare Supplement Installation, P.O. Box 3008 Lodi, CA 95241-1912

請注意：您需要留存一份本合約的簽字副本作爲記錄。
請確保將本申請表的會員副本頁面與其他所有重要的 Blue Shield of California 文件一同以正楷填寫並保存。

若您對於入保方法有疑問，請聯絡您的經紀人或撥打 **(888) 713-0000 (TTY: 711)**。

您也可以聯絡加州 Health Insurance Counseling & Advocacy Program（HICAP，醫療保險咨詢及推廣計劃）以獲得指導。HICAP 爲加州老年人提供健康保險諮詢服務。致電 HICAP 免費電話 (800) 434-0222，轉介至當地 HICAP 辦事處。HICAP 是加州免費提供的服務。

計劃 F 額外僅適用於在 2020 年 1 月 1 日前已達到 65 歲或在 2020 年 1 月 1 日前首次因殘障而有資格享受 Medicare 福利的申請人。

個人資訊

姓氏：	名字：	中間名首字母：
出生日期（月/日/年）：	性別： ☐ 男 ☐ 女	
電話號碼：	電話類型： ☐ 座機 ☐ 手機	
家庭地址：		
城市：	州：	郵遞區號：

偏好語言：
❑ 英語 ❑ 西班牙語 ❑ 中文 ❑ 韓語 ❑ 越南語

如果您希望我們向您發送其他無障礙格式的資料，請選擇一項。
❑ 盲文版 ❑ 大字版 ❑ 音訊 CD ❑ 數據 CD

電子郵件地址：

在上方提供電子郵件地址將自動使您的部分計劃通訊選擇無紙化交付。

您將以電子方式收到許多所需的計劃通訊。當新通訊可在線上獲取時，我們將給您發送電子郵件。您可透過電腦、平板電腦或手機等任何設備來存取這些通訊。

❑ 我們將向您郵寄所需材料的紙質版本，而不使用無紙化交付。請注意，某些通訊內容非常龐大，可能無法裝入所有郵箱。您可隨時更改交付偏好。

郵寄地址（如果與上述不同）：

郵寄市：	郵寄州：	郵寄郵遞區號：

帳單地址（如果與上述不同）：

帳單市：	帳單州：	帳單郵遞區號：

請勾選您所申請的計劃類型： ❑ A ❑ F 額外* ❑ G ❑ G 額外 ❑ N 或者您選擇留在現有計劃中？ ❑ 是 ❑ 否	期望生效日： （月/年）的第一天

* 計劃 F 額外僅適用於在 2020 年 1 月 1 日前已達到 65 歲或在 2020 年 1 月 1 日前首次因殘障而有資格享受 Medicare 福利的申請人。

Medicare 受益人識別號（MBI）：

Blue Shield 投保人編號：

Medicare 醫院（A 部分）生效日： （月/日/年）	Medicare 醫療保險（B 部分）生效日： （月/日/年）

Household Savings Program[1]

如果您和其他家庭成員是 65 歲及 65 歲以上的老人，並且該兩名會員都已經或正在申請相同的計劃（包括任何牙科計劃），**當兩名會員都參加同一個符合條件的計劃時，**您可能符合資格每月節省 7% 的綜合醫療保險費用**。兩名會員必須共享相同的家庭和郵寄地址**。吸菸者沒有資格享有 Household Savings Program。

您的家庭成員入保或申請的 Blue Shield Medicare 補充計劃是否與您正申請的計劃**相同**，並且你們共享相同的地址類型？ ❑ 是 ❑ 否

如果選擇「是」，請爲其他家庭成員提供以下資訊：

姓名：

Medicare 受益人識別號（MBI）：

Blue Shield Medicare 補充計劃會員 ID（如有）：

請讓其他家庭成員在本申請表末尾處簽名，提供其他家庭成員的授權，以取消他們各自的 Blue Shield 合約，並根據主投保人協議入保 Household Savings Program。

每位投保人均需完整填寫新會員申請表。如果兩位會員均是現有會員，則根據首先登記的申請表來確定投保人。否則，已入保所請求的計劃類型的現有會員將被指定爲投保人。

投保人負責向 Blue Shield 支付會費/保費，只有投保人才能更改合約/保單。當根據 Household Savings Program 入保時，Blue Shield 還將接受從計劃中入保的其他家庭成員支付的會費/保費。在致電客戶服務中心時，能夠/將會與計劃中入保的雙方共享結算資訊和應付金額。

Dental PPO 計劃

針對 Medicare 補充計劃會員的牙科計劃。
欲知更多資訊，請查閱 **blueshieldca.com/MedSuppDental2027** 上的網頁。

如要申請 Blue Shield 牙科保險，請在下面選擇一個計劃：
牙科計劃選項（勾選一項）：
❑ Dental PPO 1000 ❑ Dental PPO 1500 ❑ 無牙科計劃

保險條件
- 牙科福利不受健康計劃的免賠要求的約束。
- 如果您因任何原因（由您或 Blue Shield）取消牙科保險，您可申請重新註冊，但是您得過六個月後才能重新申請。

付款資訊

要確定每月的應付金額，請參閱參保資料包中包含的 Blue Shield 的費用表，或造訪：**blueshieldca.com/MedSupp2027**。除非您目前加入了 AutoPay，否則您將收到一份說明您下次應付款的金額和日期的每月帳單。

透過我們的 AutoPay 計劃，從您的支票帳戶或儲蓄帳戶的自動每月借記支付會費，每月節省 $3。[1]若要註冊，在收到並支付第一張帳單後，請在 **blueshieldca.com** 註冊並登入您的 Blue Shield 帳戶，然後存取 Billing and Payment（計費和付款）選項卡。您還可以致電客戶服務部，電話 **(800) 248-2341 (TTY: 711)**，服務時間：上午 8 點 至晚上 8 點（太平洋時間），每週七天。註冊 AutoPay 計劃的請求最多可能需要兩個結算週期才能完成。會員應支付所有收到的紙質帳單，直到收到確認 AutoPay 計劃註冊的電郵爲止。

會員條件

1 本轉換申請書將成爲我正在申請的 *Evidence of Coverage*（EOC，承保範圍說明書）的一部分，本申請書連同與之相關的背書、附錄和附件將共同構成保險的整體協議。

2 如果我選擇入保價值更高的計劃，除非 Blue Shield 的 Underwriting Department（核保部）批准本申請，否則我將無法享受到 Blue Shield Medicare 補充計劃的承保。Blue Shield 對於在保險生效日之前發生的帳單不負任何責任。

3 只有 Blue Shield 能批准此申請。我瞭解，任何保險代理人、經紀人或銷售代表均不得批准申請、更改條款或豁免要求。

4 **本人確認收到：**

- **《福利摘要》**
- **費率表**
- **Medicare 會員健康保險指南**
- **本轉換申請書的副本**

藉由以下簽名，本人確認此轉換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、Household Savings Program 和授權事項均已全然理解並同意。

我已閱讀《福利摘要》及上述規定的條款、條件和授權。我確認我滿足《福利摘要》規定的資格要求。我本人對本申請書的準確性和完整性負責，並據我所知所信回答了所有問題。我瞭解若我的資訊作假或不完整，我將失去保險資格，並且，一旦發現弄虛作假的行爲，保險將被撤回。

5 我瞭解，我可能收到以電子和列印方式接收材料和通訊：我可透過電子郵件及/或 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。透過電子方式接收文件即確認我同意電子傳送方式。我同樣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，我可致電 **(800) 248-2341 (TTY: 711)**，服務時間：上午 8 點 至晚上 8 點（太平洋時間），每週七天，全年無休。

申請人簽名：	**日期（月/日/年）：**
家庭成員簽名（如適用）：	**日期（月/日/年）：**

業務員/簽單代理人資訊

*表示必填字段

指定機構名稱：_____

（請以正楷填寫指定機構的名稱）

指定機構的納稅識別號*：_____

（請以正楷填寫指定機構的納稅識別號）

業務員/簽單代理人姓名*：_____

（請以正楷填寫業務員/簽單代理人姓名）

業務員/簽單代理人的個人 NPN*：_____

業務員/簽單代理人的電子郵件地址：_____

業務員/簽單代理人傳真號碼：_____

業務員/簽單代理人電話號碼：_____

當前日期（必填）（月/日/年）：

業務員/簽單代理人簽名（必填）：

正楷書寫姓名：

[1] 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。

Blue Shield of California
Medicare 補充計劃轉換申請表

Blue Shield of California Medicare 補充計劃的現有會員可使用此申請表辦理以下事宜：

1. 在開放入保期轉換至具備同等或較低價值的 Medicare 補充計劃 – 擔保接收。
2. 加入 Household Savings Program（家庭節約計劃）。[1]（兩位參與者必須是 Blue Shield of California Medicare 補充計劃的現有會員）。
3. 加入牙科計劃。

如果您有意在註冊期外轉入同等價值或價值更低的 Medicare 補充計劃，或在任何時候轉入福利更豐富的計劃，您必須填寫 Medicare 補充計劃註冊申請表（表 C12687）。

轉換計劃很容易！

1 提供所有必要資訊並以全部大寫字母、黑色墨水清晰填寫。在末尾簽署姓名和日期。

2 請於簽署日期後 30 天內將申請表：
- 傳真至 **(844) 266-1850**
- 電子郵件： **msinstall@blueshieldca.com**
- 郵寄：Medicare Supplement Installation, P.O. Box 3008 Lodi, CA 95241-1912

請注意：您需要留存一份本合約的簽字副本作爲記錄。
請確保將本申請表的會員副本頁面與其他所有重要的 Blue Shield of California 文件一同以正楷填寫並保存。

若您對於入保方法有疑問，請聯絡您的經紀人或撥打 **(888) 713-0000 (TTY: 711)**。

您也可以聯絡加州 Health Insurance Counseling & Advocacy Program（HICAP，醫療保險咨詢及推廣計劃）以獲得指導。HICAP 爲加州老年人提供健康保險諮詢服務。致電 HICAP 免費電話 (800) 434-0222，轉介至當地 HICAP 辦事處。HICAP 是加州免費提供的服務。

計劃 F 額外僅適用於在 2020 年 1 月 1 日前已達到 65 歲或在 2020 年 1 月 1 日前首次因殘障而有資格享受 Medicare 福利的申請人。

個人資訊

姓氏：	名字：	中間名首字母：
出生日期（月/日/年）：	性別：☐ 男 ☐ 女	
電話號碼：	電話類型： ☐ 座機 ☐ 手機	
家庭地址：		
城市：	州：	郵遞區號：

偏好語言：
❑ 英語 ❑ 西班牙語 ❑ 中文 ❑ 韓語 ❑ 越南語

如果您希望我們向您發送其他無障礙格式的資料，請選擇一項。
❑ 盲文版 ❑ 大字版 ❑ 音訊 CD ❑ 數據 CD

電子郵件地址：

在上方提供電子郵件地址將自動使您的部分計劃通訊選擇無紙化交付。

您將以電子方式收到許多所需的計劃通訊。當新通訊可在線上獲取時，我們將給您發送電子郵件。您可透過電腦、平板電腦或手機等任何設備來存取這些通訊。

❑ 我們將向您郵寄所需材料的紙質版本，而不使用無紙化交付。請注意，某些通訊內容非常龐大，可能無法裝入所有郵箱。您可隨時更改交付偏好。

郵寄地址（如果與上述不同）：

郵寄市：	郵寄州：	郵寄郵遞區號：

帳單地址（如果與上述不同）：

帳單市：	帳單州：	帳單郵遞區號：

請勾選您所申請的計劃類型： ❑ A ❑ F 額外* ❑ G ❑ G 額外 ❑ N 或者您選擇留在現有計劃中？ ❑ 是 ❑ 否	期望生效日： （月/年）的第一天

* 計劃 F 額外僅適用於在 2020 年 1 月 1 日前已達到 65 歲或在 2020 年 1 月 1 日前首次因殘障而有資格享受 Medicare 福利的申請人。

Medicare 受益人識別號（MBI）：

Blue Shield 投保人編號：

Medicare 醫院（A 部分）生效日： （月/日/年）	Medicare 醫療保險（B 部分）生效日： （月/日/年）

Household Savings Program[1]

如果您和其他家庭成員是 65 歲及 65 歲以上的老人，並且該兩名會員都已經或正在申請相同的計劃（包括任何牙科計劃），**當兩名會員都參加同一個符合條件的計劃時，**您可能符合資格每月節省 7% 的綜合醫療保險費用**。兩名會員必須共享相同的家庭和郵寄地址**。吸菸者沒有資格享有 Household Savings Program。

您的家庭成員入保或申請的 Blue Shield Medicare 補充計劃是否與您正申請的計劃**相同**，並且你們共享相同的地址類型？ ❑ 是 ❑ 否

如果選擇「是」，請爲其他家庭成員提供以下資訊：

姓名：

Medicare 受益人識別號（MBI）：

Blue Shield Medicare 補充計劃會員 ID（如有）：

請讓其他家庭成員在本申請表末尾處簽名，提供其他家庭成員的授權，以取消他們各自的 Blue Shield 合約，並根據主投保人協議入保 Household Savings Program。

每位投保人均需完整填寫新會員申請表。如果兩位會員均是現有會員，則根據首先登記的申請表來確定投保人。否則，已入保所請求的計劃類型的現有會員將被指定爲投保人。

投保人負責向 Blue Shield 支付會費/保費，只有投保人才能更改合約/保單。當根據 Household Savings Program 入保時，Blue Shield 還將接受從計劃中入保的其他家庭成員支付的會費/保費。在致電客戶服務中心時，能夠/將會與計劃中入保的雙方共享結算資訊和應付金額。

Dental PPO 計劃

針對 Medicare 補充計劃會員的牙科計劃。
欲知更多資訊，請查閱 **blueshieldca.com/MedSuppDental2027** 上的網頁。

如要申請 Blue Shield 牙科保險，請在下面選擇一個計劃：
牙科計劃選項（勾選一項）：
❑ Dental PPO 1000 ❑ Dental PPO 1500 ❑ 無牙科計劃

保險條件
- 牙科福利不受健康計劃的免賠要求的約束。
- 如果您因任何原因（由您或 Blue Shield）取消牙科保險，您可申請重新註冊，但是您得過六個月後才能重新申請。

付款資訊

要確定每月的應付金額，請參閱參保資料包中包含的 Blue Shield 的費用表，或造訪：**blueshieldca.com/MedSupp2027**。除非您目前加入了 AutoPay，否則您將收到一份說明您下次應付款的金額和日期的每月帳單。

透過我們的 AutoPay 計劃，從您的支票帳戶或儲蓄帳戶的自動每月借記支付會費，每月節省 $3。[1]若要註冊，在收到並支付第一張帳單後，請在 **blueshieldca.com** 註冊並登入您的 Blue Shield 帳戶，然後存取 Billing and Payment（計費和付款）選項卡。您還可以致電客戶服務部，電話 **(800) 248-2341 (TTY: 711)**，服務時間：上午 8 點 至晚上 8 點（太平洋時間），每週七天。註冊 AutoPay 計劃的請求最多可能需要兩個結算週期才能完成。會員應支付所有收到的紙質帳單，直到收到確認 AutoPay 計劃註冊的電郵爲止。

會員條件

1 本轉換申請書將成爲我正在申請的 *Evidence of Coverage*（EOC，承保範圍說明書）的一部分，本申請書連同與之相關的背書、附錄和附件將共同構成保險的整體協議。

2 如果我選擇入保價值更高的計劃，除非 Blue Shield 的 Underwriting Department（核保部）批准本申請，否則我將無法享受到 Blue Shield Medicare 補充計劃的承保。Blue Shield 對於在保險生效日之前發生的帳單不負任何責任。

3 只有 Blue Shield 能批准此申請。我瞭解，任何保險代理人、經紀人或銷售代表均不得批准申請、更改條款或豁免要求。

4 **本人確認收到：**

- **《福利摘要》**
- **費率表**
- **Medicare 會員健康保險指南**
- **本轉換申請書的副本**

藉由以下簽名，本人確認此轉換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、Household Savings Program 和授權事項均已全然理解並同意。

我已閱讀《福利摘要》及上述規定的條款、條件和授權。我確認我滿足《福利摘要》規定的資格要求。我本人對本申請書的準確性和完整性負責，並據我所知所信回答了所有問題。我瞭解若我的資訊作假或不完整，我將失去保險資格，並且，一旦發現弄虛作假的行爲，保險將被撤回。

5 我瞭解，我可能收到以電子和列印方式接收材料和通訊：我可透過電子郵件及/或 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。透過電子方式接收文件即確認我同意電子傳送方式。我同樣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，我可致電 **(800) 248-2341 (TTY: 711)**，服務時間：上午 8 點 至晚上 8 點（太平洋時間），每週七天，全年無休。

申請人簽名：	**日期（月/日/年）：**
家庭成員簽名（如適用）：	**日期（月/日/年）：**

業務員/簽單代理人資訊

*表示必填字段

指定機構名稱：_____
（請以正楷填寫指定機構的名稱）

指定機構的納稅識別號*：_____
（請以正楷填寫指定機構的納稅識別號）

業務員/簽單代理人姓名*：_____
（請以正楷填寫業務員/簽單代理人姓名）

業務員/簽單代理人的個人 NPN*：_____

業務員/簽單代理人的電子郵件地址：_____

業務員/簽單代理人傳真號碼：_____

業務員/簽單代理人電話號碼：_____

當前日期（必填）（月/日/年）：

業務員/簽單代理人簽名（必填）：

正楷書寫姓名：

[1] 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。