

醫療保險/牙科保險/人壽保險/視力保險 參保申請表

- 新企業發送電子郵件至: underwriting@calchoice.com
- 現有企業發送電子郵件至: memberprocessing@calchoice.com

完成本申請表第4頁的放棄聲明, 若您或您的被撫養人不加入本計劃。如果您是現有會員並且需要更改計劃, 請使用「雇員改變申請單」。如果僅須改變主治醫生, 請直接聯絡您的保健計劃。
請勿更改此表格, 否則將導致延遲處理。

選擇一項 ☐ 新企業 ☐ 新僱員 ☐ 新續約 ☐ 新COBRA ☐ 合資格/觸發事件

A 個人資訊									
公司名稱 						團體保健# 			
雇員職務 						成為全職雇員的日期 (月/日/年) 			
性別 ☐ 男 ☐ 女 婚姻狀況 ☐ 已婚 ☐ 單身 ☐ 同居伴侶						(任何新入職適應期除外, 如果適用)			
雇員的姓 (法定名稱) 						雇員的社會安全 # 			
雇員的名 (法定名稱) 						中間名字首字母 			
家中電話# (XXX) XXX-XXXX 						電子郵件地址 			
實際地址 (不要使用郵政信箱) 						公寓# 		城市 	
州 		郵區編號 		縣 					
郵政地址 (若與以上住址不同) 						公寓# 		城市 	
州 		郵區編號 		縣 					

B 加入資訊 只有當您為自己或被撫養人選擇醫療保險、牙科保險和/或視力保險福利時, 才應填寫本部份。					
	雇員	配偶/同居伴侶	子女1	子女2	子女3
	☐ 只保壽險				
要加入哪一個計劃?	☐ 醫療 ☐ 牙科 ☐ 視力	☐ 醫療 ☐ 牙科 ☐ 視力	☐ 醫療 ☐ 牙科 ☐ 視力	☐ 醫療 ☐ 牙科 ☐ 視力	☐ 醫療 ☐ 牙科 ☐ 視力
姓 (法定名稱)	(此處填寫雇員姓名)				
名 (法定名稱)					
與雇員的關係		☐ 配偶 ☐ 同居伴侶			
社會安全#		必須填寫社會安全#!	必須填寫社會安全#!	必須填寫社會安全#!	必須填寫社會安全#!
性別		☐ 男 ☐ 女	☐ 男 ☐ 女	☐ 男 ☐ 女	☐ 男 ☐ 女
出生日期		月/日/年	月/日/年	月/日/年	月/日/年
是否為傷殘人士? * (年滿26歲以上請填寫) *如要為殘障受撫養人投保, 則必須填寫殘障受撫養人表格。(表格可在 CaliforniaChoice 網站上獲取)		☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
➡ 若要讓更多家屬參保, 請填寫另一份申請表的A和B部份。					
COBRA申請人 請勾選COBRA類型 ☐ COBRA ☐ Cal-COBRA		請指明合資格/觸發事件 ☐ 雇用結束 ☐ 子女失去資格 ☐ 獲得Medicare權利 ☐ 工時減少 ☐ 離婚/法定分居 ☐ 雇員死亡		合資格/觸發事件的日期 (月/日/年) 	

請在表格內的有關部份簽字並署明日期

C 醫療福利計劃 – 重要提示：請在您的 CaliforniaChoice® Enrollment Worksheet 冊表單中從可用的會員金屬等級和計劃選項中選擇一個福利計劃。

保健計劃	BRONZE	SILVER	GOLD	PLATINUM
ANTHEM BLUE CROSS	☐ PPO A* ☐ PPO B* ☐ PPO C ☐ PPO D	☐ HMO A ☐ PPO B ☐ HMO B ☐ PPO C ☐ PPO D* ☐ PPO E*	☐ HMO A ☐ PPO B ☐ HMO B ☐ PPO C ☐ HMO C ☐ PPO D ☐ PPO E	☐ HMO A ☐ PPO A ☐ HMO B ☐ PPO B
HEALTH NET		☐ HMO A	☐ HMO A ☐ HMO D ☐ HMO H ☐ HMO B ☐ HMO E ☐ HMO I ☐ HMO C ☐ HMO G	☐ HMO C ☐ HMO G ☐ HMO J ☐ HMO E ☐ HMO H ☐ HMO F ☐ HMO I
KAISER PERMANENTE	☐ HMO A ☐ HMO C*	☐ HMO A ☐ HMO D* ☐ HMO B ☐ HMO E ☐ HMO C	☐ HMO B ☐ HMO E* ☐ HMO C ☐ HMO D	☐ HMO A ☐ HMO B ☐ HMO C
SHARP	☐ HMO A ☐ HMO B*	☐ HMO A ☐ HMO C ☐ HMO B	☐ HMO A ☐ HMO D ☐ HMO B	☐ HMO A ☐ HMO C ☐ HMO B
SUTTER HEALTH PLAN	☐ HMO A ☐ HMO B*	☐ HMO B ☐ HMO C*	☐ HMO A ☐ HMO C* ☐ HMO B	☐ HMO A ☐ HMO B
UNITED HEALTHCARE		☐ HMO A ☐ HMO E ☐ HMO F ☐ HMO G	☐ HMO A ☐ HMO H ☐ HMO N ☐ HMO B ☐ HMO J ☐ HMO O ☐ HMO F ☐ HMO L ☐ HMO P ☐ HMO G ☐ HMO M ☐ HMO Q	☐ HMO A ☐ HMO G ☐ HMO K ☐ HMO B ☐ HMO H ☐ HMO L ☐ HMO C ☐ HMO I ☐ HMO M ☐ HMO E ☐ HMO J ☐ HMO N
WESTERN HEALTH ADVANTAGE	☐ HMO B ☐ HMO C*	☐ HMO A ☐ HMO C* ☐ HMO B	☐ HMO A ☐ HMO C ☐ HMO B ☐ HMO D*	☐ HMO A ☐ HMO C ☐ HMO B

*符合HSA要求的有最高可扣除額之計劃

雇員	配偶/同居伴侶	子女1	子女2	子女3
主治醫生**				
目前是否為患者？	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
服務提供者ID#				
服務提供者所在城市				
☐ 如果您希望保健計劃為您指定主治醫生，請勾選此處。				
** Kaiser Permanente和PPO福利計劃不需要主治醫生（PCP）。如果某個主治醫生未在您參保之前與您選擇的保健計劃簽約，或者主治醫生未列出，將會自動為您指定一名。				

D 可選擇福利 – 請詢問您的保健計劃管理人員，您的雇主是否提供以下可選擇福利。

要獲得所有可選福利都必須填寫本申請表的A、B和E部份。

受益人姓名			出生日期	與您本人的關係	*** 百分比	*** 受益人類型
姓（法定名稱）	名（法定名稱）	中間 名 首字母	月/日/年	（即：配偶、朋友、子女）		
						☐ 第一受益人 ☐ 第二受益人
						☐ 第一受益人 ☐ 第二受益人
						☐ 第一受益人 ☐ 第二受益人

*** 如果您列出一個以上的第一受益人或一個以上的第二受益人，請輸入每個人應獲得的保險賠償金的百分比。對於每種類型的受益人（第一或第二），保險賠償金的百分比必須等於100%。如果在被保險人死亡時第一受益人依然存活，則第二受益人將無資格享有任何保險賠償金。

牙科保險

MetLife DHMO [†] ☐ MET100 ☐ MET185	SmileSaver DHMO [†] ☐ 1000 ☐ 3000	Ameritas PPO ☐ 3000 ☐ 3500 ☐ 4000 ☐ 5000	☐ 若這位牙科醫生是現在的服務提供者，請在此打勾 ☐ 若您希望我們為您指定一位牙科醫生，請在此打勾
†MetLife 和 SmileSaver DHMO 計劃要求選擇一位家庭牙醫。在收到牙科身份證（ID 卡） 後，您可以為每位受撫養人選擇其他牙醫。			牙醫姓名/診所 （如果保留空白或未提供牙醫，我們將指定一名） ID#

視力保險 –重要事項：請選擇下列的一個福利計劃

☐ Voluntary EyeMed （由Ameritas提供）* ☐ Voluntary VSP （由Ameritas提供）*
*員工如果選擇此保險，則100%的對此費用承擔責任

只交保費計劃（P. O. P.）

☐ 我希望合資個的保費部份按稅前方式繳納*
* 雇主：請注意該員工的選擇。

E 您的合法確認以及強制性有約束力仲裁協議 (請閱讀後在標明之處簽字並註明日期)

我送交這份簽字的申請表即表示我同意並明白我透過CaliforniaChoice®計劃選擇的保健計劃對任何來源的付款自動具有留置權，用於支付與第三方作為或不作為造成的傷害有關的服務費用。

我同意我本人和我的被撫養人將遵守此保健計劃小型團隊合約的福利、共付額、扣除額、不受保項目、限制規定和其他條款。

我授權我的醫生、保健服務提供者、醫院、診所或其他醫療相關機構向我透過CaliforniaChoice計劃或其授權代理機構所選擇之保健計劃提供我本人及我的被撫養人的受保護健康資訊(包括醫療記錄)，供其用於審查、調查、評估申請或索賠，並用於保障品質及審查使用狀況。我授權CaliforniaChoice和我選擇的保健計劃及其代理、指定人員或代表向醫院、健康計劃、保險公司或保健服務提供者披露受保護的健康資訊(前提是為進行上述活動必須披露該資訊)。本授權立即生效，並將在簽署授權日期之後長達30個月內持續有效。我明白我本人、或我授權代表我採取行動者有權獲得本授權表的副本。

我已閱讀並明白向我提供的有關只交保費計劃和稅務影響的資訊。

我宣佈以下關於本申請表上所列雇主、我本人、本申請表上所列被撫養人的聲明均真實無誤(如有不實，甘願按照加州法律接受偽證罪處罰)。

- 我目前為雇主從事永久性工作，而且雇主認為我有資格，因為我每週工作超過20小時或超過30小時；或我有資格參加COBRA/Cal-COBRA。
- 我不是臨時、季節性、按日、1099或替補職員，或者按照雇主的工會政策受保或符合受保條件。
- 我的子女的出生日期準確無誤。我的子女為我或我的配偶/同居伴侶所生，或者合法領養，或者長久擁有合法監護權，並且/或已經與我或我的配偶/同居伴侶建立親子關係。我瞭解，當建立起來的親子關係不再存在時，我需要通知CaliforniaChoice。

我明白前面的聲明可能隨時受到審查，並同意向CaliforniaChoice提供為證明以上聲明所需的任何及所有資訊。

本人的所有陳述和回答均屬真實及完整。本人理解，出於詐欺保險公司之目的而蓄意從事構成欺詐之行為或做法或向保險公司蓄意虛假陳述重大事項均屬於犯罪行為。懲罰可能包括入獄監禁、罰款或拒絕給付保險福利。本人理解，所有福利均以「團體合約」及保險文件所載條件為前提。如本人的健康計劃被廢止或撤銷，則本人會在廢止生效日前至少30天收到保險公司的通知，內容是闡述廢止原因以及本人依照「加利福尼亞州保險法」第10273.4條(b)款之規定就該決策提出申訴之權利。儘管有該法律第10273.4條(a)款或任何其他條款之規定，本人理解本人的健康計劃或保險單簽發24個月後，保險公司不得以任何理由廢止本人的健康計劃或保險單，並且不得因為申請中任何有意或無意的疏漏、虛假表述或不準確之處而撤銷本人的健康計劃或保險單、限制健康計劃或保單的任何條款或提高保費。

我明白若有個人、企業、保險計劃因本表格中的不實聲明而遭受損失，則可能對我提出法律訴訟，要求賠償損失。

- 上述聲明是簽發保單的依據。
- 出於詐欺保險公司之目的而蓄意從事構成欺詐之行為或做法或向保險公司蓄意虛假陳述重大事實，可能導致保險被撤銷或雇主合約被廢止。
- 我已經閱讀和理解本申請表第5頁的所有資格規定，並證明我本人和我的被撫養人均符合這些規定。

加州法律禁止保健服務計劃將HIV化驗作為獲得保險的先決條件。

強制性有約束力仲裁

本人理解，如果本人選擇強制規定透過有約束力仲裁來解決爭議的健康計劃，則對於涉及本人或本人家屬在該健康計劃中會員身份的索償，本人同意透過仲裁來解決(小額賠償法庭案件和依照準據法律不得進行有約束力仲裁的索償除外)。本人理解，本人、本人繼承人、親屬或其他相關方與該健康計劃、任何簽約醫療服務提供者、管理者或其他相關方之間，如果發生任何控稱違背因該健康計劃會員身份而產生或與其有關之任何職責的爭議，包括對任何醫療或醫院行為失當的索償(即控稱醫療服務沒有必要、未獲授權或在醫療服務的提供上存在不當、疏忽或不稱職的索償)、任何場所責任索償或任何與服務或藥具的保險或提供有關的索償，無論是基於何種法律理論，均必須依照加利福尼亞州法律透過有約束力仲裁來解決，不得透過訴訟來解決或訴諸法庭程序，但相關法律關於對仲裁程序進行司法覆查的規定除外。本人同意放棄訴諸陪審團審理的權利，並接受使用有約束力仲裁。本人理解，在該健康計劃的承保文件中載有關於仲裁的完整規定，並且本人可查閱該等承保文件。

雇員 請在此簽字，加入醫療保險、牙科保險、人壽保險或視力保險。 工整填寫姓名(法定名稱)

今天的日期(月/日/年)



		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

本人在此簽名即表示本人已閱讀E部份、適用本計劃(本人在C部份選擇)的強制性有約束力仲裁及本人加入醫療、牙科、人壽或視力保險

放棄醫療保險/牙科保險

重要事項！

只有在您不希望為自己 and/或您的合資格被撫養人獲得醫療保險或牙科保險時，才應填寫本項。若您的雇主提供壽險福利，則您不可放棄壽險並且必須填寫參保申請表。

若加入醫療保險，則不能放棄脊椎神經科保險。

A 個人資訊

公司名稱	公司電話# (XXX) XXX-XXXX
	- -
雇員的姓 (法定名稱)	雇員的社會安全 #
雇員的名 (法定名稱)	團體保健#

B 放棄保險的類型

我的雇主已表示為我提供保險，但我目前希望放棄以下保險

- | | | | | | |
|----|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| 1) | ☐ 以下人士的醫療保險 | ☐ 我本人和被撫養人 | ☐ 配偶 | ☐ 同居伴侶 | ☐ 子女 |
| 2) | ☐ 以下人士的牙科保險 | ☐ 我本人和被撫養人 | ☐ 配偶 | ☐ 同居伴侶 | ☐ 子女 |

C 理由

只有在雇員放棄保險時才須提供理由—若只放棄被撫養人的保險，則毋須提供理由

- | | | |
|----|-----------------------------------|-----------------------------|
| 1) | 放棄醫療保險的理由 | 保險公司名稱 |
| | ☐ 其他團體保險 | <input type="text"/> |
| | ☐ Medicare | <input type="text"/> |
| | ☐ Medi-cal | <input type="text"/> |
| | ☐ 個人保單 | <input type="text"/> |
| | ☐ 其他理由 | <input type="text"/> (必須解釋) |
| 2) | 放棄牙科保險的理由 | 保險公司名稱 |
| | ☐ 其他團體保險 | <input type="text"/> |
| | ☐ Medicare | <input type="text"/> |
| | ☐ Medi-cal | <input type="text"/> |
| | ☐ 個人保單 | <input type="text"/> |
| | ☐ 其他理由 | <input type="text"/> (必須解釋) |

D 簽字

- ☒ 本人理解，如果不選擇現在參保，則CHOICE Administrators® Insurance Services, Inc. 將要求本人等到本人雇主之團體保險計劃的下一個開放參保期才能參保，除非本人因發生合資格/觸發事件而有資格在開放參保期之前參保。
- ☒ 本人理解，如果不選擇現在參保，則CHOICE Administrators Insurance Services, Inc. 有權執行6個月的既有病症拒保期，兩者均於本人日後作出牙險選擇決策時生效。
- ☒ 本人還理解若本人的雇主提供人壽保險，則本人不能放棄人壽保險。

若有以下情況，則這項放棄無效：1) 法庭命令為配偶或子女提供保險，而且在法庭發出命令後60天內提出加入請求；或 2) 雇員同時符合以下所有條件：A) 在最初有資格加入時已經有一個由雇主承辦的保健計劃；B) 已因為結婚、建立同居伴侶關係、生育、收養、寄養或確立親子關係而增加新的被撫養人，並且是在結婚、建立同居伴侶關係、生育、收養、寄養或確立親子關係或雇員或合資格被撫養人喪失基本醫療保險後60天內申請參保，但因拖欠保費或蓄意虛假陳述重大事實而喪失基本醫療保險者除外；C) 在失去保險後60天內申請參保。

雇員 請在此簽字放棄保險	工整填寫姓名 (法定名稱)	日期 (月/日/年)

家庭保險資格規定

哪些人可獲得保險？

生效日期

必須符合的規定

新配偶/新的繼子女	<u>在首次參保或團體年度續保期間：</u> 承保從團體生效之日開始。 <u>非自願失去其他承保：</u> 僅當配偶非自願失去其他承保時，才可以在續保之外的計劃新增配偶。承保在下個月的第一日生效。 <u>年中新增：</u> 年中新增配偶必須提供加蓋州政府印章的結婚證書副本。如果已婚雙方尚未收到加蓋州政府印章的結婚證書副本，則可以接受縣政府簽發的收據，上面顯示雙方姓名和結婚日期。已婚雙方同意在簽發後60天內提供加蓋州政府印章的結婚證書副本。如果在結婚當月16日之前寄達所有必備文件，則收取整月的保費，並且承保將從事件發生之日開始。如果在當月16日或之後寄達所有必備文件，承保將從收到之日起<u>下個月</u>的第一日開始。	■ 新配偶必須與雇員有合法婚姻關係 ■ 新的繼子女必須符合下列附屬子女的條件
生育/領養/合法監護/符合條件的受供養子女	若出生/收養日期係於一個月的第16天之前，則保險在出生/收養當月的第1天開始。 若出生/收養日期係於一個月的第16天或之後，則從出生/收養日期到次月第一天，子女自動免費獲得投保人保單的保險。該子女的保險在其出生/收養日期後次月的第一天開始。	被撫養人必須具備以下資格方可獲得醫療保險、脊椎神經科保險、視力保險、METLIFE 和 SMILESAVER 牙科保險： ■ 符合條件的雇員、雇員配偶或同居伴侶親生子女、繼子女或合法監護、領養或已與其建立親子關係者 ■ 未滿26歲（26歲之前經診斷屬殘障者除外） 被撫養人必須具備以下資格方可獲得AMERITAS 牙科保險： ■ 符合條件的雇員、雇員配偶或同居伴侶親生子女、繼子女或合法監護、領養或已與其建立親子關係者 ■ 生活費用依靠雇員（根據國稅局規則） ■ 未婚，也有沒有同居伴侶關係 ■ 未滿26歲（26歲之前經診斷屬殘障者除外） 傷殘的被撫養人：因年齡限制之前發生的持續性精神或身體傷殘而無法自理生活費用的子女有資格獲得保險，直至喪失能力狀態結束。要求提供傷殘證明文件。當子女達到保險年齡限制後，必須每年在子女的生日進行資格核驗。 被撫養人必須符合上列所有規定才有資格加入保險
同居伴侶/同居伴侶的子女	<u>初次加入期間或團體年度續保期間：</u> 保險在團體生效日期開始。 <u>非自願失去其他保險：</u> 若同居伴侶非自願失去其他保險，則可在續保期間之外加入保險。保險在下個月第一天生效。 <u>年度中期加入：</u> 如果要在年中加入同居伴侶，則需要一份由加州州務卿提供，蓋有州政府蓋章的《同居關係聲明》，並在簽發之日起 60 天內提交。如果同居伴侶已提交《同居關係聲明》，但尚未收到州政府的副本，則將接受已簽署的《同居關係宣誓書》。同居伴侶同意在簽發之日起 60 天內提交《同居關係聲明》的副本。若所有必要的文件係於同居關係建立當月第16天或之後收到，則保險在文件收到之日的次月第1天開始。全月保費，並且保險在同居關係建立之日開始。若所有必要的文件係於同居關係建立當月第16天或之後收到，則保險在文件收到之日的次月第1天開始。	雇員與同居伴侶必須符合以下規定，同居伴侶才有資格： ■ 雙方已向州務卿提交一份已正式執行的《同居關係聲明》，並將在其簽發之日起 60 天內將副本提供予 CaliforniaChoice。對於來自其他州的家庭伴侶，請填寫家庭伴侶關係宣誓書。 ■ 同意在同居伴侶關係結束時立即通知CaliforniaChoice 同居伴侶的子女必須符合下列被撫養子女的條件 雇員與同居伴侶必須符合上列所有規定才有資格加入保險。