

會員投保與變更申請書

僱主姓名	
承保生效日期	僱主團體編號 (醫療)

重要：請用黑色墨水筆正楷填寫所有項目。您必需遞交所有相關各頁，申請方才生效。請留存一份填好的申請書副本以茲紀錄。

1 受保選項

1a: 請勾選您想選擇的僱主提供計畫：

醫療計畫 (如果您曉得計畫 編號的話，請在產品旁寫下計畫編號)

- | | |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HMO | <input type="checkbox"/> FLEX NET (賠償式) |
| <input type="checkbox"/> HMO HRA | <input type="checkbox"/> PPO |
| <input type="checkbox"/> HMO Silver Network | <input type="checkbox"/> PPO HSA |
| <input type="checkbox"/> HMO Variable Copay | <input type="checkbox"/> 州外 PPO (OOS PPO) |
| <input type="checkbox"/> HMO y Más | <input type="checkbox"/> 州外 PPO 健康儲蓄帳戶 (HSA) |
| <input type="checkbox"/> ELECT SM Open Access (EOA) | <input type="checkbox"/> SALUD con Health Net |
| <input type="checkbox"/> EOA Silver Network | <input type="checkbox"/> SELECT (POS) |
| <input type="checkbox"/> ELECT (POS) | <input type="checkbox"/> SELECT 3-階 POS |
| <input type="checkbox"/> EPO | <input type="checkbox"/> 其他 |

申請理由：

- ☐ 新聘僱
☐ 開放投保
☐ 喪失先前承保日期
☐ 統一綜合預算協調法 (COBRA)
 生效日期 _____
 合格事項 _____
 合格事項日期 _____
☐ 增加眷屬
 合格事項 _____
 合格事項日期 _____

若康寧保健將成為您的牙科和 (或) 視力醫療服務提供者才需填寫 1b / 1c。

1b: 牙科計畫 (請選擇一項)

(請在產品旁寫下計畫編號)

- ☐ HMO
☐ PPO
☐ 賠償式

1c: 視力計畫

(請在產品旁寫下計畫編號)

- ☐ PPO

變更理由：

- ☐ 計畫變更
☐ 地址 / 姓名變更
☐ 刪除眷屬
 (請在第 3 部分列出姓名)
☐ 其他

2 員工個人資訊

姓氏		名字		中間名	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
住家地址			城市	州	郵遞區號
郵寄地址 (與住家地址不同時請填寫)			城市	州	郵遞區號
出生日期 月 / 日 / 年		社會安全號碼 / Matricula 身份識別碼		職稱	
電話號碼 ()		工作地點電話號碼 ()		電子郵件地址	
聘僱日期 / /	工作級別	部門編號	聘僱狀態 <input type="checkbox"/> 有支薪 <input type="checkbox"/> 時薪	婚姻狀況 <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 同居伴侶	
您是否選擇拒絕承保？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如回答是，請跳至第 4 部分。			如果您是 HMO y más 或 Salud con Health Net 會員： 如有提供的話，我希望能收到西班牙文的通訊或計畫資訊。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
承保類型 <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 牙科 <input type="checkbox"/> 視力		聯邦醫療保健計畫理賠 / 醫療保險理賠編號 (HICN) <input type="checkbox"/> A 部分 <input type="checkbox"/> B 部分 <input type="checkbox"/> D 部分		簽約醫師團體 / PPG 編號 <input type="checkbox"/> 不適用。我要投保的是 PPO 或 Flex Net (彈性網絡) 計畫。	
主治醫師 / PCP 編號			醫師姓名 (名字，姓氏)		
是您目前的醫師嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			牙科管理式醫療組織醫療服務提供者編號 (如選擇康寧保健牙科才需填寫)		
您是否有其他健康保險承保？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如回答是，請填寫以下資料： 保險公司名稱 _____ 先前承保開始日期 _____					
您是否要為眷屬投保？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如回答是，請填妥並繳交本表格各頁。如回答否，請跳至第 5 部分，並繳交第 1 頁和第 3 頁。					

員工姓名 _____

3 家庭資訊 請列出所有欲投保且符合資格的家人。(如有需要請自行加頁)

<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 同居伴侶	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	姓氏	名字	中間名
住家地址 <input type="checkbox"/> 如與員工相同請於此勾選		城市	州	郵遞區號
出生日期 月 / 日 / 年		社會安全號碼 / Matricula 身份識別碼		
承保類型 <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 牙科 <input type="checkbox"/> 視力		聯邦醫療保健計畫 <input type="checkbox"/> A 部分 <input type="checkbox"/> B 部分 <input type="checkbox"/> D 部分	聯邦醫療保健計畫理賠 / 醫療保險理賠編號 (HICN)	簽約醫師團體 / PPG 編號 主治醫師 / PCP 編號
醫師姓名 (名字, 姓氏)		是您目前的醫師嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		牙科管理式醫療組織醫療服務提供者編號 (如選擇康寧保健牙科才需填寫)

您是否有其他健康保險承保? ☐ 是 ☐ 否 如回答是, 請填寫以下資料:

保險公司名稱 _____ 先前承保開始日期 _____

<input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 女兒	姓氏	名字	中間名		
住家地址 <input type="checkbox"/> 如與員工相同請於此勾選		城市	州	郵遞區號	
出生日期 月 / 日 / 年		社會安全號碼 / Matricula 身份識別碼			
承保類型 <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 牙科 <input type="checkbox"/> 視力		聯邦醫療保健計畫 <input type="checkbox"/> A 部分 <input type="checkbox"/> B 部分 <input type="checkbox"/> D 部分	聯邦醫療保健計畫理賠 / 醫療保險理賠編號 (HICN)	超齡眷屬類型 <input type="checkbox"/> 傷殘 <input type="checkbox"/> 全職學生 <input type="checkbox"/> 扶助超過 50%	簽約醫師團體 / PPG 編號 主治醫師 / PCP 編號
醫師姓名 (名字, 姓氏)		是您目前的醫師嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		牙科管理式醫療組織醫療服務提供者編號 (如選擇康寧保健牙科才需填寫)	

您是否有其他健康保險承保? ☐ 是 ☐ 否 如回答是, 請填寫以下資料:

保險公司名稱 _____ 先前承保開始日期 _____

<input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 女兒	姓氏	名字	中間名		
住家地址 <input type="checkbox"/> 如與員工相同請於此勾選		城市	州	郵遞區號	
出生日期 月 / 日 / 年		社會安全號碼 / Matricula 身份識別碼			
承保類型 <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 牙科 <input type="checkbox"/> 視力		聯邦醫療保健計畫 <input type="checkbox"/> A 部分 <input type="checkbox"/> B 部分 <input type="checkbox"/> D 部分	聯邦醫療保健計畫理賠 / 醫療保險理賠編號 (HICN)	超齡眷屬類型 <input type="checkbox"/> 傷殘 <input type="checkbox"/> 全職學生 <input type="checkbox"/> 扶助超過 50%	簽約醫師團體 / PPG 編號 主治醫師 / PCP 編號
醫師姓名 (名字, 姓氏)		是您目前的醫師嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		牙科管理式醫療組織醫療服務提供者編號 (如選擇康寧保健牙科才需填寫)	

您是否有其他健康保險承保? ☐ 是 ☐ 否 如回答是, 請填寫以下資料:

保險公司名稱 _____ 先前承保開始日期 _____

<input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 女兒	姓氏	名字	中間名		
住家地址 <input type="checkbox"/> 如與員工相同請於此勾選		城市	州	郵遞區號	
出生日期 月 / 日 / 年		社會安全號碼 / Matricula 身份識別碼			
承保類型 <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 牙科 <input type="checkbox"/> 視力		聯邦醫療保健計畫 <input type="checkbox"/> A 部分 <input type="checkbox"/> B 部分 <input type="checkbox"/> D 部分	聯邦醫療保健計畫理賠 / 醫療保險理賠編號 (HICN)	超齡眷屬類型 <input type="checkbox"/> 傷殘 <input type="checkbox"/> 全職學生 <input type="checkbox"/> 扶助超過 50%	簽約醫師團體 / PPG 編號 主治醫師 / PCP 編號
醫師姓名 (名字, 姓氏)		是您目前的醫師嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		牙科管理式醫療組織醫療服務提供者編號 (如選擇康寧保健牙科才需填寫)	

您是否有其他健康保險承保? ☐ 是 ☐ 否 如回答是, 請填寫以下資料:

保險公司名稱 _____ 先前承保開始日期 _____

4 拒絕承保 (如果您或您符合資格的眷屬拒絕任何承保，請填寫本部分。)

<input type="checkbox"/> 拒絕醫療承保對象：	理由： <input type="checkbox"/> 透過此僱主取得其他團體承保 <input type="checkbox"/> 個人承保
姓名：_____	<input type="checkbox"/> 由其他團體 (如配偶的僱主) 提供的其他團體承保 <input type="checkbox"/> 其他 _____
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 同居伴侶 <input type="checkbox"/> 眷屬	
<hr/>	
<input type="checkbox"/> 拒絕牙科承保對象：	理由： <input type="checkbox"/> 透過此僱主取得其他團體承保 <input type="checkbox"/> 個人承保
姓名：_____	<input type="checkbox"/> 由其他團體 (如配偶的僱主) 提供的其他團體承保 <input type="checkbox"/> 其他 _____
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 同居伴侶 <input type="checkbox"/> 眷屬	
<hr/>	
<input type="checkbox"/> 拒絕視力承保對象：	理由： <input type="checkbox"/> 透過此僱主取得其他團體承保 <input type="checkbox"/> 個人承保
姓名：_____	<input type="checkbox"/> 由其他團體 (如配偶的僱主) 提供的其他團體承保 <input type="checkbox"/> 其他 _____
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 同居伴侶 <input type="checkbox"/> 眷屬	

請您停下來仔細閱讀。

我的僱主已向我解釋過可提供的承保。也已給予我申請可提供承保的機會。我已經決定本人和 (或) 我的眷屬不要投保。

此次拒絕承保，本人承認我和我的眷屬可能必須等到下次開放投保時期或合格事件時才能再次投保。此外，本人於下方簽名，即表示本人證明本人拒絕承保的理由即以上所勾選的理由。

請正楷書寫員工姓名 _____

員工簽名 _____ 日期 _____

(只有您拒絕承保時才需簽名。如果誤簽名於此，請劃掉並簽上您姓名的首字母。)

5 接受承保 (必須簽名)

受保護健康資訊的使用和公開：本人承認並瞭解，醫療保健服務提供者得向康寧保健實體、牙科福利提供者實體和 (或) Fidelity 實體公開有關本人或本人眷屬的健康資訊。康寧保健實體、牙科福利提供者實體和 (或) Fidelity 實體得以治療、付款和醫療保險計畫營運之目的，包括但不限於使用管理、品質改善、疾病或個案管理計畫等原因加以使用並公開此等資訊。康寧保健的隱私權行使聲明包括在康寧保健實體提供承保之承保範圍證明或保險證明。本人亦可自 www.healthnet.com 網站或透過康寧保健客戶聯絡中心取得該份聲明複本。

注意：為保護您，加州法律規定申請書應載有下列文字。任何人蓄意提出錯誤或欺詐的損失理賠，均屬犯法行為，可能必須繳納罰款或監禁於州立監獄。

加州法律禁止醫療保險公司以規定應接受 HIV 檢測或以 HIV 檢測為取得醫療保險承保之條件。

承認與同意：本人瞭解並同意，本人投保或接受康寧保健實體、牙科福利提供者實體和 (或) Fidelity 實體之服務，即表示本人與任何已投保眷屬均有義務瞭解並遵守計畫合約或保險保單條款與規定之約束。本人已閱讀並瞭解本申請書之條款，且本人於下方簽名即表示本申請書中所填資訊均完整、屬實無誤，且本人接受申請書條款。

具約束力的仲裁協議：為遵守計畫合約或保險保單之條款規定 (如計畫合約或保險保單必須遵守《員工退休收入保障法》(ERISA) 29. U.S.C. 第 1001 條以下條款規定時，則可能會禁止特定爭議以強制仲裁方式解決)，本人 (即員工) 瞭解並同意，本人 (包括任何本人已投保家人或繼承人或個人代表) 與康寧保健實體、牙科福利提供者實體和 (或) Fidelity 實體有關計畫合約或保險保單之意義、解讀、履約或違約，或有關本人之康寧保健實體、牙科福利提供者實體和 (或) Fidelity 實體會員資格或因其而生之其它事項的任何爭議或歧見，無論基於侵權行為、合約或其他規定，且無論是否有如醫療保健服務提供者或其經紀或員工等第三人涉入，均應以仲裁作為最終且具約束力之解決方式，不進行陪審團或法院審判。本人瞭解，同意將所有爭議交由仲裁作為最終且具約束力之解決方式時，所有當事人 (包括康寧保健實體、牙科福利提供者實體和 (或) Fidelity 實體在內) 即放棄在法庭上由陪審團審理其爭議之憲法權利。本人亦瞭解，本人與康寧保健實體、牙科福利提供者實體和 (或) Fidelity 實體可能發生有關醫療疏失賠償的爭議亦應以仲裁作為最終且具約束力之解決方式。計畫合約或保險保單中載有更詳細的仲裁條款。本人於下方簽名即表示本人同意任何爭議均應以具約束力之仲裁作為解決方式。

請正楷書寫員工姓名 _____

員工簽名 _____ 日期 _____

「計畫合約」係指加州康寧保健和 (或) Dental Benefit Providers of California, Inc. 的團體服務合約和承保範圍證明；「保險保單」係指康寧人壽保險公司、Unimerica Insurance Company 和 (或) Fidelity Security Life Insurance Company 的團體保單和保險證明。



No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or new applicants please call 1-800-522-0088. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357 if you are enrolling in a PPO or EPO plan.

English

Servicios de Idiomas Sin Costo. Usted puede solicitar un intérprete. Puede solicitar que una persona le lea los documentos y que algunos se envíen en su idioma. Para solicitar ayuda, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación o, si es un solicitante nuevo, llame al 1-800-522-0088. Para obtener más ayuda llame al Departamento de Seguros de CA al 1-800-927-4357 si se inscribe en un plan PPO o EPO.

Spanish

免費語言服務。您可以取得口譯員服務。我們可以把文件朗讀給您聽，部分文件可以翻譯成您的語言並寄送給您。欲取得協助，請撥您會員卡上所列電話號碼和我們聯絡，新申請人請撥 1-800-522-0088。如果您加入的是 PPO 或 EPO 計畫而想取得更多協助，請致電加州保險部，電話 1-800-927-4357。

Chinese

Các Dịch Vụ Trợ Giúp Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể được nhận dịch vụ thông dịch và có thể được người khác đọc giúp các tài liệu bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ, xin gọi chúng tôi tại số điện thoại ghi trên thẻ hội viên của quý vị hoặc các đường đơn mới có thể gọi số 1-800-522-0088. Để được giúp đỡ thêm, xin gọi Sở Bảo Hiểm California tại số 1-800-927-4357 nếu quý vị muốn tham gia một chương trình PPO hoặc EPO.

Vietnamese

무료 언어 지원 서비스. 무료 통역사 서비스 및 여러분에게 편한 언어로 서류 낭독 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하신 분은 본인의 ID 카드상의 안내번호로 연락해 주시거나 신규 신청자님의 경우 1-800-522-0088 번으로 문의해 주십시오. PPO 혹은 EPO 플랜에 가입하신 경우 보다 더 많은 도움이 필요하신 분은 캘리포니아 보험 담당국 안내번호 1-800-927-4357 번으로 문의하십시오.

Korean

Walang Gastos na mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha ka ng interpreter o tagasalin at maipababasa mo sa iyong wika ang mga dokumento. Para makakuha ng tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card, o para sa mga bagong aplikante, mangyaring tumawag sa 1-800-522-0088. Para sa karagdagang tulong, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357 kung ikaw ay nag-eenroll sa isang PPO o EPO plan.

Tagalog

Անվճար Լեզվական Ծառայություններ: Կարող եք թարգմանիչ ձեռք բերել և փաստաթղթերը ձեր լեզվով ընթերցել տալ: Օգնության համար մեզ զանգահարեք ձեր ինքնության (ID) տոմսի վրա գտնվող համարով, կամ եթե նոր դիմորդ եք՝ 1-800-522-0088 համարով: Լրացուցիչ օգնության համար զանգահարեք Կալիֆոռնիայի Ապահովագրության Բաժանմունք 1-800-927-4357 համարով, եթե գրանցվում եք PPO կամ EPO ծրագրում:

Armenian

Бесплатные услуги перевода. Вы можете воспользоваться услугами устного переводчика, который прочитает вам документы на вашем родном языке. Если вам требуется помощь, звоните нам по номеру телефона, указанному в вашей карточке-удостоверении. Если вы являетесь новым участником, пожалуйста, звоните по номеру 1-800-522-0088. Если вам требуется дополнительная помощь, звоните в Департамент страхования штата Калифорния (CA Dept. of Insurance) по номеру 1-800-927-4357, если вы регистрируетесь как участник плана PPO или EPO.

Russian

無料の言語サービス。日本語で通訳をご提供し、書類をお読みします。サービスをご希望の場合、ID カード記載の番号までお問い合わせください。新規お申し込みの方は、1-800-522-0088 までご連絡ください。更なるお問い合わせは、PPO または EPO プラン会員の方に限り、カリフォルニア州保険庁、1-800-927-4357 までご連絡ください。

Japanese

خدمات مجاني مربوط به زبان. میتوانید از خدمات یک مترجم شفاهی برخوردار شده و بگوئید مدارک به زبان خودتان برایتان خوانده شوند. برای دریافت کمک، با ما از طریق شماره تلفنی که روی کارت شناسائی شما قید شده است و یا متقاضیان جدید لطفاً با شماره 1-800-522-0088 تماس بگیرند. برای دریافت کمک بیشتر یا اگر در یک طرح PPO یا EPO ثبت نام می کنید، به اداره بیمه کالیفرنیا به شماره 1-800-927-4357 تلفن کنید.

Farsi

ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ: ਤੁਸੀਂ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ (ID) ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ, ਅਤੇ ਨਵੇਂ ਮੈਂਬਰ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-800-522-0088 ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰਨ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ PPO ਜਾਂ EPO ਪਲਾਨ ਲਈ ਨਾਂ ਲਿਖਵਾ ਰਹੇ ਹੋ ਤਾਂ ਵਧੇਰੇ ਮਦਦ ਲਈ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ਼ ਇਨਸੂਰੈਂਸ ਨੂੰ 1-800-927-4357 ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ।

Punjabi

សេវាកាសាវដៃលឥតគិតថ្លៃ ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែឬអ្នកនិងអាចឱ្យគេអានឯកសារផ្សេងៗឱ្យអ្នក ស្តាប់ជា ភាសារបស់អ្នក ។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬបេក្ខជនថ្មីសូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-522-0088 ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រង នៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា តាមលេខ 1-800-927-4357 ប្រសិនបើអ្នកកំពុងចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោង PPO ឬ EPO ។

Cambodian

Cov Kev Pab Txhais Lus Uas Tsis Tau Them Nqi. Yuav muaj ib tug neeg txhais lus thiab nyeem cov ntawv ua koj hom lus rau koj. Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj nyob hauv koj daim yuaj ID los sis cov neeg thov kev pab tshiab thov hu rau 1-800-522-0088. Yog xav tau kev pab ntxiv hu rau CA Lub Caj Meem Fai Saib Xyuas Txog Kev Tuav Pov Hwm ntawm 1-800-927-4357 yog hais tias koj koom rau hauv qhov kev pab them nqi los ntawm PPO los sis EPO.

Hmong

ບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບບໍລິການແປພາສາແລະມີຜູ້ອ່ານເອກກະສານໃຫ້ທ່ານຟັງເປັນພາສາຂອງທ່ານຮອດ 9. ເພື່ອຈະໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫລືອ, ໃຫ້ໂທຫາພວກເຮົາຕາມໝາຍເລກທີ່ລະບຸໄວ້ໃນບັດປະກັນໄພຂອງທ່ານ ຫລືຜູ້ທີ່ຈະຂໍເອົາ ແຜນການໃໝ່ໃຫ້ໂທຕາມໝາຍເລກ 1-800-522-0088. ຖ້າຫາກທ່ານກຳລັງຈະລົງທະບຽນແຜນການ PPO ຫລື EPO ໃຫ້ໂທໄປ ຫາກົມປະກັນໄພແຫ່ງລັດຄາລິຟໍເນຍຕາມໝາຍເລກ 1-800-927-4357 ເພື່ອຈະໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫລືອເພີ່ມຕື່ມ.

Lao

خدمات لغوية بدون تكلفة. يمكنك الاستعانة بمترجم وطلب قراءة الوثائق لك بلغتك. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم المبين على بطاقة عضويتك. بالنسبة للأعضاء الجدد، رجاء الاتصال بالرقم 1-800-522-0088. للحصول على المساعدة الإضافية، يرجى الاتصال بإدارة التأمين لولاية كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357 إذا كنت منضماً لبرنامج PPO أو EPO.

Arabic

如果您需要協助填寫本申請書，或有關於個人承保的問題，都請您撥打下列的免付費電話，與康寧保健客戶聯絡中心聯繫：

英語	1-800-522-0088
西班牙語	1-800-331-1777
廣東話	1-877-891-9050
韓語	1-877-339-8596
中文	1-877-891-9053
塔加洛語	1-877-891-9051
越南語	1-877-339-8621

如果您對您的牙科或視力承保有疑問，請致電：

牙科	1-866-249-2382
視力	1-866-392-6058

在您收到永久會員卡之前，您可用康寧保健投保申請書複本作為您的臨時會員卡。

HMO、HMO HRA、HMO Silver Network、HMO Variable Copay、HMO y más、ELECT Open Access (EOA)、ELECT (POS)、EPO、Salud con Health Net EPO 或 SELECT (POS) 的計畫參加者：請選擇一個簽約醫師團體 (PPG) 和主治醫師 (PCP)。

牙科管理式醫療組織的計畫參加者：請選擇一位簽約牙醫。

請注意，如果您沒有為您自己或您的每一位符合資格的眷屬選擇簽約醫師團體、主治醫師或牙科醫療服務提供者，我們將會為您選擇醫師團體、主治醫師或牙科醫療服務提供者。

預先證明

身為會員的您應負責取得特定服務的證明。請檢查您的計畫證明書，查看需要預先證明的服務清單。

有關預先證明事宜，請撥 1-800-977-7282。

原已存在的病症和可替代承保

您透過 PPO、PPO HSA、EPO 和 Flex Net 福利計畫取得的承保可能會有從投保生效日開始最長六個月期間的原已存在病症限制。根據聯邦法律與州法規定，若您申請投保 PPO、PPO HAS、EPO 或 Flex Net 計畫時提出證明，康寧人壽保險公司會認可您先前的承保，但前提是您的先前承保須符合聯邦法和州法所定義之「可替代承保」。可替代承保將用於抵銷 (部分或全部) 原已存在病症限制，此項可能適用於本保單提供給您的承保。如果您在投保時無法提供真實的可替代承保證明，康寧人壽保險公司在接獲您的要求時可協助取得必要的文件。附註：先前承保如中斷達 63 天 (或如您的前僱主終止承保時，則為 180 天) 以上，則不符合可替代承保資格。

傷殘條件

如果您或您的家人於先前醫療保險公司終止承保該日時即已傷殘，而失去承保的原因是僱主終止保單，則您也許可按加州保險法 (California Insurance Code) 第 10128 條規定延長醫療保險福利。根據該項法律規定，先前保險公司的責任應持續到以下發生的情況為止 (按順序先後而定)：(a) 會員不再是完全傷殘；(b) 先前保險公司已支付所承保的最高福利；或 (c) 從先前保險公司終止承保日起始已連續超過 12 個月。

產品 / 實體

醫療保險計畫是由加州康寧保健和 (或) 康寧人壽保險公司 (合稱「康寧保健實體」) 所提供。牙科計畫是由 Dental Benefit Providers of California, Inc. 和 (或) Unimerica Insurance Company (合稱「牙科福利提供者實體」) 所提供。視力計畫是由 Fidelity Security Life Insurance Company 所提供，並由 Eyemed Vision Care LLC 負責提供服務 (以上兩間公司合稱「Fidelity 實體」)。

牙科福利提供者實體和 Fidelity 實體都不是康寧保健實體的關係企業。牙科和視力計畫規定的義務並非康寧保健實體的義務，亦未由其保證。

加州康寧保健提供下列產品：

HMO、HMO HRA、HMO Silver Network、HMO Variable Copay、HMO y más、Salud con Health Net HMO、ELECT Open Access (EOA)、ELECT (POS) 和 SELECT (POS)。

康寧人壽保險公司提供下列產品：

PPO、PPO HSA、EPO、Flex Net 和 Salud con Health Net EPO & PPO。

Dental Benefit Providers of California, Inc. 提供下列產品：

牙科 HMO (DHMO)。

Unimerica Insurance Company 提供下列產品：

PPO 牙科和賠償式牙科計畫。

Fidelity Security Life Insurance Company 提供下列由

EyeMed Vision Care, LLC 負責提供服務的產品：

PPO 視力計畫。

請參觀本公司網站 WWW.HEALTHNET.COM