

# 僱員申請表



CCHP營業部電話: 1-888-681-3888 傳真: 1-628-228-3492

此表格也可以在CCHP的網站下載: [www.cchphealthplan.com/cchp-group-enrollment-forms](http://www.cchphealthplan.com/cchp-group-enrollment-forms)

華人保健計劃CCHP可提供免費翻譯及以其它語言幫助您填寫此申請表。此申請表連同保障說明書之同意書構成本計劃之合約，申請人可在提交申請表前索取保障說明書之同意書以了解計劃詳情。

僱員必須填妥寫部份		
公司(團體)名稱:		團體號碼:
保障生效日期 (月/日/年): / /	受僱日期 (月/日/年): / /	受僱情況: <input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 兼職
申請原因: <input type="checkbox"/> 首次申請 <input type="checkbox"/> 年度登記期 <input type="checkbox"/> 新員工 <input type="checkbox"/> 家屬 <input type="checkbox"/> 僱員狀況改變, 原因 _____ <input type="checkbox"/> 其它申請, 原因 _____		
保障計劃選擇		
醫療保健計劃: <input type="checkbox"/> Ruby <sup>10</sup> HMO Platinum <input type="checkbox"/> Ruby <sup>20</sup> HMO Platinum <input type="checkbox"/> Ruby <sup>40</sup> HMO Platinum <input type="checkbox"/> Opal <sup>25</sup> HMO Gold <input type="checkbox"/> Opal <sup>50</sup> HMO Silver <input type="checkbox"/> Platinum <sup>90</sup> HMO <input type="checkbox"/> Gold <sup>80</sup> HMO <input type="checkbox"/> Silver <sup>70</sup> HMO <input type="checkbox"/> Bronze <sup>60</sup> HMO <input type="checkbox"/> Bronze <sup>60</sup> HDHP HMO 自選附加保障 (用於全部CCHP申請人) <input type="checkbox"/> Adult Vision (VSP) <input type="checkbox"/> Adult Dental (Delta) <input type="checkbox"/> Other _____		
CCHP使用:		

1. 僱員資料				
姓:		名:		中間名:
性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	婚姻狀況: <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 同居伴侶	出生日期 (月/日/年): / /	社會安全號碼:	首選語言: (可選擇填寫) <input type="checkbox"/> 中文 <input type="checkbox"/> 英文 <input type="checkbox"/> 西班牙文 <input type="checkbox"/> 其它:
電郵:		手提電話:	住宅電話:	
家居地址 (不接受郵政信箱):				
郵寄地址 (如跟住址不同):				
主診醫生 (PCP):		醫療團體:		目前是否此醫生的病人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
可選擇填寫題				
申請人的族裔? <input type="checkbox"/> 印度人 <input type="checkbox"/> 非裔美國人 <input type="checkbox"/> 柬埔寨人 <input type="checkbox"/> 中國人 <input type="checkbox"/> 菲律賓人 <input type="checkbox"/> 關島/查莫羅人 <input type="checkbox"/> 苗族人 <input type="checkbox"/> 西班牙或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 日本人 <input type="checkbox"/> 韓國人 <input type="checkbox"/> 寮國人 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民 <input type="checkbox"/> 薩摩亞人 <input type="checkbox"/> 白色 <input type="checkbox"/> 越南人 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
2. 家屬資料:				
<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 同居伴侶	姓:	名:		中間名:
出生日期 (月/日/年): / /		社會安全號碼:		性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
主診醫生 (PCP):		醫療團體:		目前是否此醫生的病人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

<b>家屬 # 1</b>	姓:	名:	中間名:
出生日期 (月/日/年): / /		社會安全號碼:	性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
主診醫生 (PCP):		醫療團體:	目前是否此醫生的病人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<b>家屬 # 2</b>	姓:	名:	中間名:
出生日期 (月/日/年): / /		社會安全號碼:	性別: <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
主診醫生 (PCP):		醫療團體:	目前是否此醫生的病人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<b>家屬 # 3</b>	姓:	名:	中間名:
出生日期 (月/日/年): / /		社會安全號碼:	性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
主診醫生 (PCP):		醫療團體:	目前是否此醫生的病人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<b>家屬 # 4</b>	姓:	名:	中間名:
出生日期 (月/日/年): / /		社會安全號碼:	性別: <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
主診醫生 (PCP):		醫療團體:	目前是否此醫生的病人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

### 3. 聯邦保健資料 (Medicare)

以上申請人目前是否擁有聯邦保健 ?

否 是, 請附上聯邦保健卡的副本, 及填寫姓名: \_\_\_\_\_

### 4. 披露個人及健康病歷資料

華人保健計劃 (CCHP) 明白保護您及您家屬的個人及健康病歷資料的重要性。不論是電子、書寫、及口述形式, CCHP 均會保護您的資料。除非受法律批准, 否則CCHP不會在沒有您授權的情況下披露您的資料。以提供給您醫療保障, 依據州及聯邦法例, CCHP獲准從醫療提供者、保險公司、保險支助機構、醫療保健公司或您的保險經紀人獲取您及您家屬的個人及健康病歷資料。CCHP獲准披露您及您家屬的個人及健康病歷資料給予醫療提供者、保險公司、保險支助機構、醫療保健公司或您的保險經紀人。有關您個人及健康病歷資料保密的完整說明, 請查閱CCHP的條款及程序(「資料保密規定通知」)。您可致電會員部索取, 或到CCHP的網頁下載。

### 5. 仲裁協議

本人已了解(除小額理賠情況外)任何由本人和投保家屬與華人保健計劃及其所屬機構引起的協議爭議, 包括醫療過失索償(即不論本保健計劃提供的任何醫療服務是非必要或未經批准的, 或為不適當、疏忽、或判斷失當), 均應依加州法規提交仲裁解決, 而不提出訴訟或訴諸法庭程序, 除非法律有仲裁程序司法審查的規定。簽署本合約之各方放棄其交由陪審團法庭解決爭議的憲法權利, 並接受採用提交具有約束力的仲裁。關於具有約束力的仲裁詳情, 請查詢保障說明書。

僱員簽名 X	僱員姓名(請用正楷填寫):	日期 (月/日/年): / /
僱主或受權代表簽名: X	僱主或受權代表姓名及職位 (請用正楷填寫):	日期 (月/日/年): / /