

企業/團體申請表

企業/團體營業部: 電話: 1-888-371-3060 | 傳真: 1-415-955-8819



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。

1. 企業資料			
法定商業名稱:	經營時間:	商業種類 (詳細):	生效日期: (月/日/年) / /
主要聯絡人:	職位:	電話號碼:	電郵:
次要聯絡人:	職位:	電話號碼:	電郵:
聯邦僱主號碼#:	政府僱主號碼#:	傳真:	發送資料到: <input type="checkbox"/> 僱主 <input type="checkbox"/> 經紀人
商業固定地址 (不接受郵政信箱):			
帳單聯絡人:	職位:	電話號碼:	電郵:
郵寄地址 (如不同上述地址):			
實體種類: <input type="checkbox"/> 有限公司 <input type="checkbox"/> 獨資經營 <input type="checkbox"/> S-公司 <input type="checkbox"/> 合夥 <input type="checkbox"/> 其他 (請解釋) _____			
2. 保障計劃選擇			
醫療保健計劃 <input type="checkbox"/> Ruby ¹⁰ HMO Platinum <input type="checkbox"/> Ruby ²⁰ HMO Platinum <input type="checkbox"/> Ruby ⁴⁰ HMO Platinum <input type="checkbox"/> Opal ²⁵ HMO Gold <input type="checkbox"/> Opal ⁵⁰ HMO Silver <input type="checkbox"/> Platinum ⁹⁰ HMO <input type="checkbox"/> Gold ⁸⁰ HMO <input type="checkbox"/> Silver ⁷⁰ HMO <input type="checkbox"/> Bronze ⁶⁰ HMO <input type="checkbox"/> Bronze ⁶⁰ HDHP HMO			
自選附加保障 (可用於全部Balance申請人) <input type="checkbox"/> Adult Vision (VSP) <input type="checkbox"/> Adult Dental (Delta) <input type="checkbox"/> 其他 _____			
CCHP 使用:			
3. 僱主負擔的保額		4. 員工獲得福利的資格	
僱員 (最少50%): \$ / %	受擔養人: \$ / %	下個月的第一天: <input type="checkbox"/> 受僱日期 <input type="checkbox"/> 30天 <input type="checkbox"/> 60天 其他 (請解釋): _____	
5. 員工人數 (僱主有責任收集拒絕承保範圍表格)			
員工總數:		合符資格員工總數 (30小時或以上/每個星期):	
合符資格員工投保 Balance 總人數:	放棄投保的總人數:	年均員工人數:	
6. 現時保障的資料			
現時保健公司的名稱:			
你是否打算更換現時的保險? <input type="checkbox"/> 不是 <input type="checkbox"/> 是, 終止日期 / /			
現時勞保公司:			續保日期 (月/日/年): / /

7. COBRA / CAL-COBRA 資料

您公司目前有沒有購買 COBRA 或 CAL-COBRA? 否 是, 請每一個點填寫以下資料

1	姓名:	出生日期(月/日/年): / /	工卡號碼:	電話號碼:	續保開始日期 (月/日/年): / /
	描述符合資格的事件:				日期 (月/日/年) / /
2	姓名:	出生日期(月/日/年): / /	工卡號碼:	電話號碼:	續保開始日期 (月/日/年): / /
	描述符合資格的事件:				日期 (月/日/年) / /

8. 會員保障說明及通知書

僱主有責任分發保障說明及通知書給您所承保的僱員。如您要求,我們可以發送電子版本給您。僱主有責任使用以下其中一種方法分發此文件: 1) 文件張貼在公司的內部網上以供員工查閱, 或 2) 以電子郵件直接將這些文件發送給他們的僱員。如僱主有要求, 我們會將印刷版本直接寄給僱主。

我選擇接收印刷版本的保障說明及通知書而不是電子郵件的。我明白我有責任分發此文件給我所承保的僱員

9. 簽名及附條文(保險)收據

這只是保障申請書。本團體明白, 在 CCHP 已經完成其審核並通知申請者或申請者的經紀該申請已經被接受成為團體保單前是沒有承保合同。本團體的代理人證實, 盡其所知所信, 所填寫的全部資料都是真實, 正確和完整的。本團體明白, 在保障成立最初的 24 個月內, 如果其欺詐或就本申請有關聯的任何重大的事實故意做虛假不實陳述, CCHP 可以尋求以下補救措施: 保障可能被取消或調整保費, 或在通知後, 保健服務合約/保單可能被撤銷。

我們, 本僱主, 保證所有申請的全部資料是準確無誤, 並且 CCHP 可以根據此申請以決定是否提供保障。CCHP 保留其拒絕申請並以書面通知我們之權利。我們明白並同意, 保障沒有生效, 直到 CCHP 決定生效日期, 我們已經支付第一個月的保費, 並且本申請被接受為止。因此我們應保持現時的保障, 直到 CCHP 通知為止。如果本申請被接受, 這將成為我們與 CCHP 合約的一部分。

我們明白, (除了小額索償案件) 任何及所有的根據我們與 CCHP 的合約及相關公司的協議, 包括醫療事故的索賠 (即根據保健計劃提供的醫療服務, 是否非必要或未經批准, 或者不正當的, 疏忽的或不合理的), 都必須提交由加州法律所提供的有約束力的仲裁決。除非適用法律規定對仲裁程序進行司法審查, 否則任何此類爭議都不會通過訴訟或訴諸法院程序來解決。本合約的所有當事人, 當進入合約時, 放棄他們的爭議由有陪審團的法庭判定之憲法權利, 而接受使用有約束力的仲裁。更多關於有約束力的仲裁之信息, 請參照您的保障說明及通知書。

僱主/經授權的代理人簽名: X	正楷姓名:	職位:	日期 (月/日/年) / /
--------------------	-------	-----	-------------------

10. 代理人/經紀證實需完成此部份

我, _____, 協助該申請人提交申請。所有健康問卷是由申請人填寫的。本人建議該申請人完整、真實回答所有問題, 及對所索取的資料毫無隱瞞。本人曾解釋, 隱瞞資料可能導致將來保障被取消。盡本人所知, 此申請之資料為事實之全部及是準確無誤。本人以易懂的語言向該申請人解釋了提供非準確信息的風險; 而且該申請人明白此解釋。

代理人須知: 如您協助該申請人提交此申請, 法律規定您必須證明此協助。核簽時, 如您知道任何關係重大之事實, 與所提供之虛假資料不符, 卻聲稱此資料為真實, 根據加州健康及安全法規第 1389.8 (C) 項或保險法規第 10119.3 項, 您可能面臨民事罰款最高至一萬美元 (\$10,000), 以及根據現行法律的任何其它適用的罰款或補救。

代理人/經紀人簽名 X	代理人/經紀人姓名:	加州執照號碼:	CCHP 使用:
電郵:	電話:	傳真:	日期(月/日/年): / /

CCHP 使用

營業代表 [] 營業主任 [] COO [] 付款 [信用卡 / 賬單/ 支票號碼#]
收到表格日期 [] 包裹寄出日期 [] 金額 [] 日期 []