

# PureCare One EPO 投保申請表

要求的生效日期

申請表必須用打字方式或用藍色或黑色墨水筆填寫。

□□ / □□ / □□□□

**承保生效日期：**僅限於年度開放投保期間(即 2018 年 10 月 15 日至 2019 年 1 月 15 日)或特殊投保期間投保。必須在合格事件起 60 天內收到申請表。一般而言，若在 1 號至 15 號之間收到申請，承保會在繳交申請表的次月 1 號生效。若在 16 號至月底之間收到申請，承保會在繳交申請表的次月 1 號生效。

如果您目前投保 Medicare 計畫，您就不符合申請個人與家庭計畫的資格。

Health Net Life Insurance Company (Health Net) 規定投保健康保險的每個人均須提供社會安全號碼 (SSN)，包括配偶和受撫養子女。這樣我們才能依照平價醫療法案的規定提供承保確認書供您報稅使用。即使您無法提供您本人或其他家人的 SSN，您仍可申請承保。除法律規定外，Health Net 不會將您的 SSN 用於其他目的，也不會與任何人分享。若是新生兒，您有 6 個月的時間可以提供新生兒的 SSN。

代理人 / 經紀人不得代表申請人簽署本申請表和協議。

**重要：如申請人不會讀 / 寫英文，請參閱第 V 部分。**個人與家庭計畫 PureCare One EPO 投保申請表備有中文版、西班牙文版和韓文版。您也可以請其他人唸給您聽。如需免費協助，請撥 1-877-609-8711。如果您需要協助填寫本申請表，代理人 / 經紀人可以協助您。協助您閱讀和填寫本申請表的代理人 / 經紀人必須在申請表上簽名(請參閱第 VI 部分)。

我(和我的受撫養人，如適用)要在以下期間提出申請：年度開放投保期間 特殊投保期間(請參閱第 IV 部分)

## 第 I 部分：申請人資訊

新申請 (勾選以下家人類型。)

- 本人     本人和配偶     本人和同居伴侶     本人和一名子女     本人和多名子女  
 本人、配偶和子女     本人、同居伴侶和子女     僅子女<sup>1</sup>     變更要求

新增受撫養人 (填寫以下的主要投保人資訊；然後填寫第 III 部分的受撫養人資訊。)

主要申請人的姓氏：	名字：	中間名首字母：	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
-----------	-----	---------	--

永久住家街道地址 (如果您填寫郵政信箱，提交時也必須提供居住證明<sup>2</sup>，您的申請才算完成。):

城市：	州：	郵遞區號：	申請人住家所在的縣：
-----	----	-------	------------

帳單地址：

郵寄地址：

住家電話號碼： (    )	公司電話號碼： (    )	行動電話號碼： (    )	電子郵件地址：
-------------------	-------------------	-------------------	---------

主要申請人的出生日期 (月 / 日 / 年)： /    /	主要申請人的社會安全號碼： -    -
-----------------------------------	-------------------------

您目前是 Health Net 會員嗎？  是  否 如果答「是」，請提供主要投保人的會員卡號碼：

主治醫師編號：	既有病人： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
---------	---

請選擇您的語言偏好 (非必填)： 英文  西班牙文  中文  韓文

<sup>1</sup>限子女計畫的申請人在要求的承保生效日期時必須未滿 18 歲。每一位年滿 18 歲的子女都必須單獨提交一份投保申請表。

<sup>2</sup>請參閱第 6 頁的合格事件第 5 項「California 文件範例」。



## 第 II 部分：付款資訊和承保選擇

### A. 付款資訊

首次保費付款  支票付款 (金額必須與月保費相符。)

#### 郵寄申請

請把填好的支票附在填好申請表中一併寄至：

Health Net Individual & Family Enrollment  
PO Box 1150  
Rancho Cordova, CA 95741-1150

#### 傳真申請

把填好的申請表傳真至 1-800-977-4161，再把填好的支票郵寄至：

Health Net CA Individual  
PO Box 748705  
Los Angeles, CA 90074-8705

現有會員可登入 [www.myhealthnetca.com](http://www.myhealthnetca.com) 並在「For Members」(會員) 欄中點選 *Pay My Bill* (支付帳單)。

### 保費付款

保單持有者負責支付保費給 Health Net。除非是保單持有者的家人或因法律規定，Health Net 不接受由醫院、居家醫療保健機構、安寧照護機構、門診外科中心、醫師、合格自閉症醫療服務提供者、住宿治療中心、特護療養機構或其他提供承保服務和用品的實體或個人代表保單持有者直接或間接付款。保險代理人或經紀人只有使用來自受保人或受保人家人的資金時，才能代表受保人匯付保費給 Health Net。Health Net 不接受由代理人或經紀人使用未經法律授權的財務利益第三方提供的資金代表被保人匯付保費款項。發現任何本節所述不可接受的付款後，Health Net 將退還款項並通知保單持有者該付款已遭拒收，保費仍未繳清。保費未繳時將提供 30 天寬限期，從 Health Net 通知保單持有者付款遭到拒絕當天起算。如果 Health Net 沒有在寬限期最後一天當天或之前收到付款，Health Net 將於寬限期結束後取消承保。請參閱保單的「保單條款和保費」一節的「寬限期」規定，查詢更多資訊。

### B. 承保選擇

Health Net Life Insurance Company EPO 計畫使用

Health Net 的 PureCare One EPO 醫療網。

- Platinum 90 PureCare One EPO
- Gold 80 PureCare One EPO
- Silver 70 Off Exchange PureCare One EPO
- Bronze 60 PureCare One EPO
- Minimum Coverage PureCare One EPO — 提供給未滿 30 歲的民眾。您如果年滿 30 歲且豁免無須遵守維持最低基本承保的聯邦規定，您可能也符合本計畫資格。豁免證明必須與本申請表一併提交。

自選承保：成人牙科 / 視力計畫 (年滿 19 歲)。

- Dental<sup>3</sup> and Vision Plus — 如果為主要申請人購買 *Dental and Vision Plus*，所有年滿 19 歲的家人也將投保 *Dental and Vision Plus* 計畫。*Dental and Vision Plus* 只能在開放投保或特殊投保期間與醫療承保一併購買，或附加於醫療承保。

<sup>3</sup>本牙科計畫是補償式 / 定期補償計畫。

備註：所有醫療計畫均含小兒牙科和小兒視力承保。個人將按醫療計畫規定取得小兒牙科和視力承保，直到滿 19 歲當月最後一天為止。網絡外小兒牙科和視力承保不包括在 PureCare One EPO 計畫中。

### 服務區域資格規定

申請人必須住在 California 州的以下各縣之一：Contra Costa、Marin、Merced、Napa、Orange、San Diego、San Francisco、San Joaquin、San Mateo、Santa Clara、Santa Cruz、Solano、Sonoma、Stanislaus 和 Tulare。

此外，服務區域包含以下部分縣區：

**Kern**：郵遞區號 93203、93205、93206、93215、93216、93220、93222、93224、93225、93226、93238、93240、93241、93243、93249、93250、93251、93252、93255、93263、93268、93276、93280、93283、93285、93287、93301、93302、93303、93304、93305、93306、93307、93308、93309、93311、93312、93313、93314、93380、93383、93384、93385、93386、93387、93388、93389、93390、93501、93502、93504、93505、93516、93518、93519、93523、93524、93531、93560、93561、93581、93596

**Los Angeles**：開頭 906 至 912 (含)、915、917、918 和 935 的郵遞區號

**Riverside**：郵遞區號 91752、92201、92202、92203、92210、92211、92220、92223、92230、92234、92235、92236、92240、92241、92247、92248、92253、92254、92255、92258、92260、92261、92262、92263、92264、92270、92274、92276、92282、92320、92501、92502、92503、92504、92505、92506、92507、92508、92509、92513、92514、92516、92517、92518、92519、92521、92522、92530、92531、92532、92536、92539、92543、92544、92545、92546、92548、92549、92551、92552、92553、92554、92555、92556、92557、92561、92562、92563、92564、92567、92570、92571、92572、92581、92582、92583、92584、92585、92586、92587、92589、92590、92591、92592、92593、92595、92596、92599、92860、92877、92878、92879、92880、92881、92882、92883

**San Bernardino**：郵遞區號 91701、91708、91709、91710、91729、91730、91737、91739、91743、91758、91759、91761、91762、91763、91764、91784、91785、91786、92252、92256、92268、92277、92278、92284、92285、92286、92301、92305、92307、92308、92309、92310、92311、92312、92313、92314、92315、92316、92317、92318、92321、92322、92324、92325、92327、92329、92331、92333、92334、92335、92336、92337、92339、92340、92341、92342、92344、92345、92346、92347、92349、92350、92352、92354、92356、92357、92358、92359、92365、92368、92369、92371、92372、92373、92374、92375、92376、92377、92378、92382、92385、92386、92391、92392、92393、92394、92395、92397、92398、92399、92401、92402、92403、92404、92405、92406、92407、92408、92410、92411、92413、92415、92418、92423、92427



### 第 III 部分：要投保的家人

列出您本人以外所有符合資格並且要投保的家人。如果所列家人和您不同姓氏，請另外加頁解釋原因。如還有其他受撫養人，請自行加頁填寫應提供資訊。

如有加頁，請在這裡打勾。請在加頁的右上角填寫主要申請人的社會安全號碼。

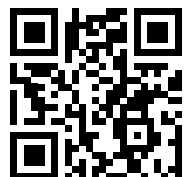
**備註：**如果家人要求的健康保險計畫與主要投保人不同，每個要求不同計畫的家人都要填寫並繳交另外一份申請表。參加不同的保單表示，每個人都要支付所選計畫規定的個人自付額和自費額上限，而且家人無法一起累積家庭自付額和(或)自費額上限。

申請同居伴侶承保時，應符合所有資格規定(按 California 州相關法律規定)，且應向加州州務卿(California Secretary of State)申報同居伴侶共同聲明。

您必須選擇一位主治醫師。您可以為您要投保的每一位家人都選擇相同或不同的主治醫師。如果您不選擇主治醫師，我們會在您的區域內為您選擇一位。欲尋找最新的 Health Net 特約醫師清單，請登入 [www.myhealthnetca.com](http://www.myhealthnetca.com)。您會找到我們個人與家庭計畫網絡醫師的完整清單，還能按照專科、城市、縣或醫師姓名搜尋。您也可以致電 1-877-609-8711 索取醫療服務提供者資訊，或與您的 Health Net 授權代理人/經紀人聯絡。

關係		姓氏	名字	中間名首字母
<input type="checkbox"/> 配偶	<input type="checkbox"/> 男性			
<input type="checkbox"/> 同居伴侶	<input type="checkbox"/> 女性			
社會安全號碼		出生日期	PureCare One EPO 主治醫師編號	
- -		/ /		
關係子女 1		姓氏	名字	中間名首字母
<input type="checkbox"/> 兒子				
<input type="checkbox"/> 女兒				
社會安全號碼		出生日期	PureCare One EPO 主治醫師編號	
- -		/ /		
關係子女 2		姓氏	名字	中間名首字母
<input type="checkbox"/> 兒子				
<input type="checkbox"/> 女兒				
社會安全號碼		出生日期	PureCare One EPO 主治醫師編號	
- -		/ /		
關係子女 3		姓氏	名字	中間名首字母
<input type="checkbox"/> 兒子				
<input type="checkbox"/> 女兒				
社會安全號碼		出生日期	PureCare One EPO 主治醫師編號	
- -		/ /		

(接下頁)



### 第 III 部分：要投保的家人 (承前)

#### 現有保單加保一名受撫養人 (新生兒、領養 / 領養安置、繼子女或產生親子關係、結婚或同居伴侶關係和法院命令承保)

受撫養人姓氏：	名字：	中間名首字母：
受撫養人的出生日期 (月 / 日 / 年)：	領養 / 領養安置或其他適用合格事件的日期 (月 / 日 / 年)：	

<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	社會安全號碼：	主要投保人的會員卡號碼：
--	---------	--------------

如果您要在 PureCare One EPO 計畫加保一名符合資格的新生兒 / 領養子女，您必須從 PureCare One EPO 網絡選擇一位主治醫師。

主治醫師編號：	既有病人： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
---------	---

一般條件：Health Net 保留權利可拒絕未在出生日期、領養日期或其他適用合格事件日期起 60 天內收到的投保申請。Health Net 任何其他部門、主管、代理人或員工都沒有核准投保的權利。主要受保人的經紀人或代理人無法核准、變更條款或豁免本申請的任何規定。本申請表將成為保險保單的一部分。

請匯付該受撫養子女的首月保費。**請注意：**如果該子女的承保生效日期不是月份 1 號，您就需要額外支付按比例計算的保費，該筆費用會加到您下一期的保費帳單。

本申請表和仲裁條款均須由主要受保人簽名。主要受保人必須親自以墨水筆簽上主要受保人的姓名，並同意遵守仲裁條款以及申請表和保險保單的條款、條件和規定，本申請表才會獲得處理。經紀人或任何其他人均不得在本申請表和仲裁條款上簽名，本申請表才會獲得考慮。

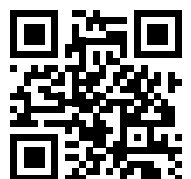
### 第 IV 部分：特殊投保期間

除了開放投保期間，您和您的受撫養人也符合資格可在特殊投保期間 (特定合格事件起 60 天內) 投保或變更計畫 (請參閱第 5-7 頁)。一般而言，若在 1 號至 15 號之間收到申請，承保會在繳交申請表的次月 1 號生效。若在 16 號至月底之間收到申請，承保會在繳交申請表的次月 1 號生效。**以上生效日期會有例外情況，包括生產、領養、領養安置或透過子女撫養令或其他法院命令，承保會在發生合格事件或法院命令當天生效；因為結婚、同居伴侶關係或喪失承保而取得承保時，生效日期將是收到申請後次月 1 號。**如果在喪失承保前提交申請表，生效日期將是喪失承保的次月 1 號。

必須在合格事件起 60 天內收到申請表。必須提供合格事件的文件。請在下面填寫適用的合格事件以及適用對象的姓名。如有更多受撫養人，請加頁填寫。

合格事件編號 (請參閱下頁表格)	事件日期	主要申請人	配偶 / 同居伴侶	受撫養人 1	受撫養人 2	受撫養人 3

(接下頁)



1)	<p>合格個人或合格個人的受撫養人喪失最低基本承保，可能是基於以下理由之一（不包括自願終止先前承保或由於未繳保費而終止承保）：</p> <p>A. 受保員工身故。</p> <p>B. 受保員工聘僱終止或工時縮減。</p> <p>C. 受保員工與其配偶離婚或合法分居。</p> <p>D. 受保員工有權取得 Medicare 福利。</p> <p>E. 受撫養子女不再是本計畫一般適用規定認定的受撫養子女。</p> <p>F. 任何時間退休的受保員工之雇主在 1986 年 7 月 1 日或其後根據美國法典第 11 編提起破產訴訟程序。在此情況下，喪失承保包括訴訟開始當天的前後一年內合格受益人（配偶 / 同居伴侶、受撫養子女或死者的配偶 / 同居伴侶）相關承保實質消滅。</p> <p>G. 投保任何非日曆年度團體健保計畫或個人健康保險承保，即使合格個人或其合格個人的受撫養人可選擇該承保續約也不例外。喪失承保的日期是計畫或保單年度最後一天。</p> <p>H. 除未繳保費或因詐欺或蓄意對重大事實做出不實陳述而撤銷承保的情況之外，因任何其他理由喪失最低基本承保。</p> <p>I. 雇主提撥終止。</p> <p>J. 用盡 COBRA 持續承保。</p> <p>K. 合格個人喪失醫療所需的 Medi-Cal (Medicaid) 承保（不包括自願終止先前承保或由於未繳保費而終止承保）。</p> <p>L. 合格個人喪失懷孕相關的 Medi-Cal (Medicaid) 承保（不包括自願終止先前承保或由於未繳保費而終止承保）。</p>	<p>下列其中一份文件的複本：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 前保險公司會員卡正反兩面。</li> <li>• 前保險公司提供的喪失承保通知函。</li> <li>• 雇主提供的聘僱終止或工時縮減確認函（必須使用雇主信箋並由雇主管階層簽名）。</li> </ul> <p>• 申請人提供的合格事件證明函。</p> <p>• 前保險公司提供的喪失承保通知函。</p> <p>雇主的提撥終止通知。</p> <p>顯示承保用盡的 COBRA 文件。</p> <p>Medi-Cal (Medicaid) 文件。</p> <p>Medi-Cal (Medicaid) 文件。</p>
2)	<p>A. 合格個人透過婚姻、同居伴侶關係、生產、領養、領養安置或承受親子關係而新增受撫養人或變成受撫養人。</p> <p>B. 計畫參加者因為離婚或合法分居而失去受撫養人或不再視為受撫養人，如發生離婚或合法分居該州的州法律定義；或計畫參加者或其受撫養人死亡。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 結婚證書。</li> <li>• 同居伴侶關係聲明。</li> <li>• 同居伴侶關係註冊證書。</li> <li>• 產生親子關係的公證宣誓書。</li> <li>• 出生證明。</li> <li>• 出院紀錄。</li> <li>• 法院命令領養文件。</li> <li>• 離婚判決證明。</li> <li>• 合法分居協議。</li> <li>• 死亡證明。</li> </ul>

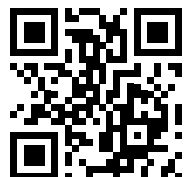
(接下頁)



**第 IV 部分：特殊投保期間(承前)**

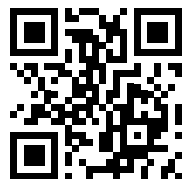
合格事件	California 文件範例
<p>3) 合格個人或合格個人的受撫養人投保或未投保健保計畫屬於非蓄意、意外或錯誤，且按 Exchange 評估和判定，是提供投保協助或進行投保活動的非 Exchange 實體的主管、員工，或 Exchange 或 Department of Health and Human Services (HHS) 或其執行機構的代理人的錯誤、不實陳述、不當行為或不作為造成的結果。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 前保險公司會員卡正反兩面。</li> <li>• Exchange 或 HHS 記錄合格事件的信函。</li> </ul>
<p>4) 計畫參加者或計畫參加者的受撫養人所投保的健保計畫實質違反其合約的重要規定。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exchange 或其他計畫提供的解決文件。</li> </ul>
<p>5) 合格個人或計畫參加者或合格個人的或計畫參加者的受撫養人因永久搬遷而能取得新的健保計畫。請注意，因為要取得醫療保健而搬遷(例如搬到住院醫院或類似醫療機構接受醫療治療)並非本特殊投保期間定義的「永久搬遷」。</p>	<p>可接受的居住文件證明複本：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 最新的駕照或身分證。</li> <li>• 申請人名下最新有效的州汽車行照。</li> <li>• 申請人受僱證明。</li> <li>• 申請人向政府或私人就業機構登記的證明。</li> <li>• 申請人已讓申請人子女在學校註冊的證明。</li> <li>• 申請人接受政府補助的證明。</li> <li>• 選民登記表收據、選民通知卡或選民登記摘要。</li> <li>• 申請人名下的最新水電費帳單。</li> <li>• 申請人名下的最新租金或房貸繳款收據。 不接受由親戚提供的租金收據。</li> <li>• 列出主要住所的房貸契約。</li> <li>• 申請人名下的租賃協議。</li> <li>• 政府寄給申請人的郵件 (SSA 聲明、DMV 通知等)。</li> <li>• 行動電話帳單。</li> <li>• 信用卡對帳單。</li> <li>• 列印出姓名和地址的銀行對帳單或注銷支票。</li> <li>• 美國郵政服務地址變更確認函。</li> <li>• 列出您的地址的搬家公司合約或收據。</li> <li>• 如果您住在其他人(例如家人、朋友或室友)家裡，您可以郵寄該人士的信函/聲明，內容要陳述您與他們同住而不只是暫時來訪。該人士必須提供其居住證明，並附以上所列的一項文件。</li> <li>• 如果您居無定所或住在臨時住所，您可以提交同州其他居民的信函或聲明，內容要陳述他們知道您住在哪裡並能證明您住在區域內而不只是暫時來訪。該人士必須提供其居住證明，並附以上所列的一項文件。</li> </ul>

(接下頁)



### 第 IV 部分：特殊投保期間(承前)

合格事件	California 文件範例
5) (承前)	<ul style="list-style-type: none"> <li>當地非營利社會服務提供者(不含非營利醫療保健服務提供者)或政府實體(含庇護所)提供的信函,證明您住在區域內而不只是暫時來訪。</li> </ul>
6) 根據有效的州或聯邦法院命令,強制合格個人以受撫養人身分納入承保範圍。	法院文件。
7) 合格個人已出獄。	列出事件日期的緩刑或假釋文件。
8) 合格個人按其他健康福利計畫規定,接受不再與該健保計畫網絡簽約的特約醫療服務提供者提供下列任何病況的服務:(a) 急性病況(因為疾病、傷害或其他醫療問題而突然出現症狀的醫療狀況,而此狀況必須立即醫治,且持續時間較為短暫);(b) 嚴重慢性病況(因為疾病、不適或其他醫療問題或醫療障礙引起的嚴重醫療狀況,且長期持續而無法痊癒,或隨時間惡化,或必須持續治療才能緩和或避免惡化);(c) 末期疾病(無法治癒或無法挽回,且極有可能在一年內或更短時間內造成死亡的狀況);(d) 懷孕;(e) 從出生至年齡滿 36 個月的新生兒照護;或(f) 由醫療提供者建議和記錄,在合約終止日期或新受保人的承保生效日期起 180 天內進行的外科手術或其他程序,且該醫療服務提供者不再與健保計畫簽約。	<ul style="list-style-type: none"> <li>健保計畫記錄該醫療服務提供者與網絡終止合約的信函。</li> </ul> <p>以及</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>醫療服務提供者記錄計畫參加者病況的信函。</li> </ul>
9) 若是透過 Exchange 提供的健康福利計畫,合格個人向 Exchange 證明,或若是在 Exchange 以外提供的健康福利計畫,則向 California Department of Insurance 證明,合格個人沒有在上次可投保期間投保健康福利計畫,是因為得到的訊息錯誤,讓合格個人以為自己有最低基本承保。	<ul style="list-style-type: none"> <li>申請人提供的合格事件證明函。</li> <li>Covered California 或 California Department of Insurance 提供的合格事件確認函。</li> </ul>
10) 合格個人是根據美國法典第 32 編服役而退役的美國軍隊後備軍人成員或加州國民警衛隊成員。	現役軍人退役文件。
11) 合格個人或計畫參加者是遭受家庭暴力或配偶遺棄的受害者(包括家中的受撫養人或未婚受害者)、投保最低基本承保並希望與施暴行為人或遺棄行為人分別投保;或是與受害一起申請承保的家庭暴力或配偶遺棄受害者的受撫養人。	在做假證供願受懲罰的情況下,簽署陳述您的姓名和投保承保的家庭暴力受害者姓名的書面聲明。
12) 個人或受撫養人在年度開放投保期間或因為合格事件而透過 Covered California 申請承保、經 Covered California 評估為可能符合 Medi-Cal 資格並在開放投保期間結束後或在發生合格事件超過 60 天後被判定不符合 Medi-Cal 資格;或在年度開放投保期間申請 Medi-Cal 承保並在開放投保期間結束後被判定不符合資格。	Covered California 或 Medi-Cal 的資格不符拒絕函。



## 第 V 部分：個人與家庭計畫標準投保的例外 — 問責聲明

**第 V 部分說明：**當申請人因為無法讀、寫和(或)說本申請表的語言而無法填寫本申請表時，即可使用下列流程。Health Net 規定，如需協助填寫本申請表，您必須得到合格口譯員的協助。Health Net 會在您要求時免費提供合格口譯員服務。請與 Health Net 聯絡，電話 1-877-609-8711，查詢有關合格口譯員服務和如何取得相關服務的資訊。本表格必須與個人與家庭計畫投保申請表一併繳交(如適用)。

**Health Net 合格口譯員** — 若由 Health Net 合格口譯員協助，請填寫以下部分。

我是\_\_\_\_\_，接受 Health Net 授權的合格口譯員協助填寫本申請表，因為我：

不會閱讀本申請表的語言。  不會說本申請表的語言。

不會寫本申請表的語言。  其他(請解釋)：\_\_\_\_\_

合格口譯員協助我填寫： 整份申請表。

其他(請解釋)：\_\_\_\_\_

合格口譯員用下列語言把本申請表的內容唸給我聽：\_\_\_\_\_

申請人簽名：

今天的日期：

口譯申請表的日期：

口譯申請表的時間：

合格口譯員編號：

## 第 VI 部分：申請人的代理人 / 經紀人資訊

請完整填寫代理人 / 經紀人姓名和地址，才能將通訊寄送給代理人 / 經紀人。

**Health Net 特約代理機構或經紀人的全國保險業務員編號 (NPN)：**

**Health Net 直接銷售代理人編號：**

姓名(請以正楷填寫)：

電話號碼：

傳真號碼：

地址：

電子郵件地址：

申請人的代理人 / 經紀人簽名 / 編號(必填)：

簽名日期(必填)：

**代理人 / 經紀人證明**

我是\_\_\_\_\_ (代理人 / 經紀人姓名)，

(備註：您必須勾選適當的方格。您只能勾選一個方格。)

(\_\_\_\_\_) 並未以任何方式協助申請人填寫或繳交本申請表。所有資訊均由申請人填寫，我並未提供任何種類的協助或建議。

或

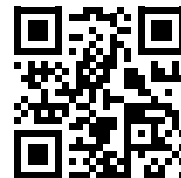
(\_\_\_\_\_) 協助申請人繳交本申請表。我已告訴申請人必須完整誠實回答所有問題，且不應對申請表中要求提供的任何資訊有所保留。我已解釋對資訊有所保留可能會導致承保日後遭到撤銷或取消。申請人已向我表示，申請人已瞭解這些說明和警語。盡我所知，本申請表上的資訊均為完整且正確。我已用容易理解的詞句向申請人解釋提供不正確資訊對申請人的風險，且申請人明白我的解釋。

如果我蓄意將我所知的任何重要事實做不實陳述，除任何適用罰款和現行法律允許的救濟措施外，我還將被處以最多一萬元(\$10,000)的民事罰款。請回答第 1 到第 3 題所有問題。

1. 誰填寫並完成本申請表?(請用正楷填寫全名) \_\_\_\_\_

2. 您是否親眼看到申請人在申請表上簽名?  是  否

3. 您是否在申請人簽名後檢閱本申請表內容?  是  否





## 第 VII 部分：投保條件

一般條件：**Health Net 保留權利**可在申請人因未達資格條件而不符合承保資格時拒絕任何投保申請。即使您已經向 Health Net 繳交第一個月的保費，仍須等到 Health Net 的會籍部接受本申請並核發接受通知給申請人後才能取得承保。Health Net 任何其他部門、主管、代理人或員工都沒有核准投保的權利。申請人的代理人或經紀人都無法核准本申請表、變更本申請表條款或豁免本申請表的規定。本申請表將成為保險保單的一部分。

申請表資料中如有任何詐欺或蓄意不實陳述任何重要事實，均可構成保險保單核發後 24 個月期間退保並撤銷保險保單的理由。Health Net 可要求保單持有者 (或向您或申請人要求) 退還因這類詐欺或蓄意不實陳述重要事實取得的承保服務而給付的金額。

如果唯一申請人是未成年人：如果本申請表的唯一申請人未滿 18 歲，則申請人的父母或法定監護人必須簽名。在申請表上簽名即表示申請人同意承擔對本申請表中資訊的正確性與繳交保費之法律責任。如該負責人並非申請人的親生父母，則繳交本申請表時應一併附上授權監護權的法院文件或產生親子關係的公證宣誓書。

如果申請人看不懂本申請表的語言：如果申請人看不懂本申請表的語言，並由口譯員協助填寫本申請表，則申請人必須簽名並繳交問責聲明 (請參閱本申請表第 V 部分：「個人與家庭計畫標準投保的例外 — 問責聲明」)。

## 第 VIII 部分：重要規定

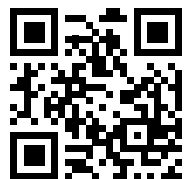
注意：為保護您，California 法律規定本表格應載有下列文字。任何人蓄意提出不實或欺詐的損失給付理賠申請，均屬犯法行為，可能處以罰鍰並監禁於州立監獄。

**禁止要求 HIV 檢測：**California 法律禁止醫療保健服務、計畫或保險公司以規定應接受 HIV 檢測或使用 HIV 檢測做為取得承保之條件。

**確認與同意：**我 (即申請人) 瞭解並同意，當我投保 Health Net 或接受 Health Net 的服務時，即表示我和任何投保受撫養人均應遵守保險保單的條款、條件和規定。如需取得保險保單複本，請撥打 Health Net 電話 1-877-609-8711。本人 (即申請人) 表示，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表內所填資訊均完整、真實、正確，且本人接受申請表條款。

**約束性仲裁協議：**我 (申請人) 瞭解並同意，我 (包括我的任何投保家人或繼承人或個人代表) 與 Health Net 間的任何和一切爭議，均須交付約束性仲裁做為最終解決方式，不進行陪審團或法院審訊。本仲裁協議包括因保險保單或我的 Health Net 承保而引起或相關的任何爭議，無論是基於任何法律理論而主張。即使有其他當事人 (例如醫療服務提供者或其代理人或員工) 涉入爭議，本爭議仲裁協議也同樣適用。我瞭解，所有當事人 (包括 Health Net) 同意將所有爭議交付約束性仲裁做為最終解決方式時，即放棄在法庭上由陪審團審理其爭議之憲法權利。我也瞭解，我和 Health Net 之間有關主張醫療疏失 (即所提供的任何醫療服務是否非必需或未經授權，或提供方式不當、疏忽或不能勝任) 而可能發生的爭議，亦應交付約束性仲裁做為最終解決方式。我瞭解，保險保單中有更詳細的仲裁規定。如果保險保單受 ERISA (美國法典第 29 編第 1001-1461 節) 規範，強制仲裁可能不適用某些爭議。我在下方簽名即表示，我瞭解並同意本約束性仲裁協議的條款，我也同意所有爭議均應交付約束性仲裁而非法院審理。

(接下頁)



**第 VIII 部分：重要規定 (承前)**

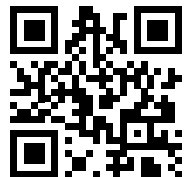
申請人或 (如申請人未滿 18 歲) 父母或法定監護人：  請用正楷填寫姓名：_____	簽名日期：	申請人的受撫養人 (年滿 18 歲) 簽名：	簽名日期：
配偶 / 同居伴侶或申請人的受撫養人 (年滿 18 歲) 簽名：	簽名日期：	申請人的受撫養人 (年滿 18 歲) 簽名：	簽名日期：
申請人的受撫養人 (年滿 18 歲) 簽名：	簽名日期：	申請人的受撫養人 (年滿 18 歲) 簽名：	簽名日期：

本申請表和本仲裁條款都必須由申請人簽名。申請人必須親自以墨水筆簽上申請人的姓名，並同意遵守仲裁條款和申請表以及保險保單的條款、條件和規定，本申請表才會獲得處理。代理人 / 經紀人或任何其他人均不得在本申請表和仲裁條款上簽名，本申請表才會獲得考慮。

個人支票上的收款人請寫「Health Net」。如果您要郵寄繳回填好的申請表，請將支票寄至：Health Net Individual & Family Enrollment, PO Box 1150, Rancho Cordova, CA 95741-1150。如果您想傳真申請表，請傳真至 1-800-977-4161，再將支票郵寄至：Health Net CA Individual, PO Box 748705, Los Angeles, CA 90074-8705。

您可繳交本申請表和授權表的影本或傳真。Health Net 建議您將本申請表和授權表保留一份做為紀錄。

本文中凡提及「Health Net」時，均包括負責核保或管理本投保申請表適用之承保的 Health Net 關係企業和子公司。「保險保單」指的是 Health Net Life Insurance Company 的個人與家庭計畫保單 PureCare One EPO 計畫。



## 不歧視通知

Health Net Life Insurance Company (Health Net) 遵守適用的聯邦民權法律，不因種族、膚色、原始國籍、血統、宗教、婚姻狀態、性別、性別認同、性向、年齡或殘疾而歧視或排除任何人或給予差別待遇。

### Health Net :

- 為殘疾人士提供免費協助和服務，例如合格手語翻譯員和其他形式的書面資訊 (大字體、無障礙電子格式、其他形式)，以便與我們有效地溝通。
- 為主要語言不是英文的民眾提供免費語言服務，例如合格口譯員和其他語言版本的書面資訊。

如果您需要相關服務，請聯絡 Health Net 的客戶聯絡中心，電話：

**透過 Exchange/Covered California 投保的個人與家庭計畫 (IFP) 受保人** 1-888-926-4988 (聽障專線：711)

**不是透過 Exchange 投保的個人與家庭計畫 (IFP) 受保人** 1-800-839-2172 (聽障專線：711)

**個人與家庭計畫 (IFP) 申請人** 1-877-609-8711 (聽障專線：711)

**透過 Health Net 投保的團體計畫** 1-800-522-0088 (聽障專線：711)

如果您認為 Health Net 沒有提供這些服務或因為以上所列的任何特徵而有其他方式的歧視，您可撥打以上 Health Net 客戶聯絡中心電話提出申訴並告訴服務人員您需要協助提出申訴。Health Net 的客戶聯絡中心可協助您提出申訴。您也可以透過郵寄、傳真或電子郵件提出申訴：

Health Net Life Insurance Company Appeals & Grievances

PO Box 10348

Van Nuys, CA 91410-0348

傳真：1-877-831-6019

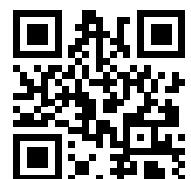
電子郵件：Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (受保人) 或  
Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (申請人)

您可以向 California Department of Insurance 提出投訴，請致電 1-800-927-4357 或上網

<https://www.insurance.ca.gov/01-consumers/101-help/index.cfm>。

如果您認為自己因為種族、膚色、原始國籍、年齡、殘疾或性別而遭到歧視，您也可以向 U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (OCR) 提出民權投訴，請透過 OCR 投訴入口網站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 或郵寄或致電：U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201；電話 1-800-368-1019 (聽障專線：1-800-537-7697)。

投訴表可在網站取得，網址 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。



## English

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, if you have an ID card, please call the Customer Contact Center number. Employer group applicants please call Health Net's Commercial Contact Center at 1-800-522-0088 (TTY: 711). Individual & Family Plan (IFP) applicants please call 1-877-609-8711 (TTY: 711).

## Arabic

خدمات لغوية مجانية. يمكننا أن نوفر لك مترجم فوري. ويمكننا أن نقرأ لك الوثائق بلغتك. للحصول على المساعدة، يرجى الاتصال برقم مركز خدمة العملاء المبين على بطاقتك. فيما يتعلق بمقدمي طلبات مجموعة صاحب العمل، يرجى التواصل مع مركز الاتصال التجاري في Health Net عبر الرقم: 1-800-522-0088 (TTY: 711). فيما يتعلق بمقدمي طلبات خطة الأفراد والعائلة، يرجى الاتصال بالرقم 1-877-609-8711 (TTY: 711).

## Armenian

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ: Փաստաթղթերը կարող են կարդալ ձեր լեզվով: Եթե ID քարտ ունեք, օգնության համար խնդրում ենք զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման կենտրոնի հեռախոսահամարով: Գործատուի խմբի դիմորդներին խնդրում ենք զանգահարել Health Net-ի Կոմերցիոն սպասարկման կենտրոն՝ 1-800-522-0088 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Individual & Family Plan (IFP) դիմորդներին խնդրում ենք զանգահարել 1-877-609-8711 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711):

## Chinese

免費語言服務。您可使用口譯員服務。您可請人將文件唸給您聽並請我們將某些文件翻譯成您的語言寄給您。如需協助且如果您有會員卡，請撥打客戶聯絡中心電話號碼。雇主團保計畫的申請人請撥打 1-800-522-0088（聽障專線：711）與 Health Net 私人保險聯絡中心聯絡。Individual & Family Plan (IFP) 的申請人請撥打 1-877-609-8711（聽障專線：711）。

## Hindi

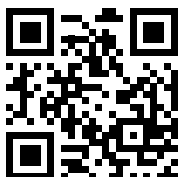
बिना शुल्क भाषा सेवारं। आप एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं। आप दस्तावेजों को अपनी भाषा में पढवा सकते हैं। मदद के लिए, यदि आपके पास आईडी कार्ड है तो कृपया ग्राहक संपर्क केंद्र के नंबर पर कॉल करें। नियोक्ता सामूहिक आवेदक कृपया हेल्थ नेट के कमर्शियल संपर्क केंद्र को 1-800-522-0088 (TTY: 711) पर कॉल करें। व्यक्तिगत और फैमिली प्लान (आईएफपी) आवेदक कृपया 1-877-609-8711 (TTY: 711) पर कॉल करें।

## Hmong

Tsis Muaj Tus Nqi Pab Txhais Lus. Koj tuaj yeem tau txais ib tus kws pab txhais lus. Koj tuaj yeem muaj ib tus neeg nyeem cov ntaub ntauv rau koj ua koj hom lus hais. Txhawm rau pab cuam, yog tias koj muaj daim npav ID, thov hu rau Neeg Qhua Lub Chaw Tiv Toj tus npawb. Tus tswv ntiav neeg ua haujlwm pab pawg sau ntauv thov ua haujlwm thov hu rau Health Net Qhov Chaw Tiv Toj Kev Lag Luam ntawm 1-800-522-0088 (TTY: 711). Tus Neeg thiab Tsev Neeg Qhov Kev Npaj (IFP) cov neeg thov ua haujlwm thov hu rau 1-877-609-8711 (TTY: 711).

## Japanese

無料の言語サービスを提供しております。通訳者もご利用いただけます。日本語で文書をお読みすることも可能です。ヘルプについては、IDカードをお持ちの場合は顧客連絡センターまでお電話ください。雇用主を通じた団体保険の申込者の方は、Health Netの顧客連絡センター（1-800-522-0088、TTY: 711）までお電話ください。個人・家族向けプラン（IFP）の申込者の方は、1-877-609-8711（TTY: 711）までお電話ください。



**Khmer**

សេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ លោកអ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យ  
លោកអ្នកជាភាសារបស់លោកអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួន សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់  
លេខរបស់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងអតិថិជន។ អ្នកដាក់ពាក្យសុំគម្រោងជាក្រុមដែលជាបុគ្គលិក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅ  
កាន់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងរបស់ Health Net តាមរយៈលេខ 1-800-522-0088 (TTY: 711)។ អ្នកដាក់ពាក្យសុំ  
គម្រោងជាលក្ខណៈបុគ្គល និងក្រុមគ្រួសារ (IFP) សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-609-8711 (TTY: 711)។

**Korean**

무료 언어 서비스입니다. 통역 서비스를 받으실 수 있습니다. 문서 낭독 서비스를 받으실 수 있으며  
일부 서비스는 귀하가 구사하는 언어로 제공됩니다. 도움이 필요하시면 ID 카드에 수록된 번호로  
고객서비스 센터에 연락하십시오. 고용주 그룹 신청인의 경우 Health Net의 상업 고객서비스 센터에  
1-800-522-0088(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 개인 및 가족 플랜(IFP) 신청인의 경우  
1-877-609-8711(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

**Navajo**

Doo bą́ą́h ílínígóó saad bee háká ada'iiyeed. Ata' halne'ígíí da ła' ná hádííót'ííł. Naaltsoos da t'áá  
shí shizaad k'éhjí shichí' yídooltaah nínízingo t'áá ná ákódoonííł. Ákót'éego shíká a'doowoł nínízingo  
Customer Contact Center hoolyéhíjí' hodíílnih ninaaltsoos nanítingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjí'  
bikáá'. Naaltsoos nehiltsóosgo naanish bá dahikahígíí éí kojí' hodíílnih Health Net's Commercial  
Contact Center 1-800-522-0088 (TTY: 711). T'áá hó dóó ha'áłchíní (IFP) báhígíí éí kojí' hojilnih  
1-877-609-8711 (TTY: 711).

**Persian (Farsi)**

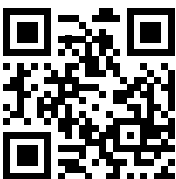
خدمات زبان بدون هزینه. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید اسناد به زبان شما برایتان خوانده شوند. برای  
دریافت کمک، اگر کارت شناسایی دارید، لطفاً با شماره مرکز تماس مشتریان تماس بگیرید. متقاضیان گروه کارفرما لطفاً با مرکز تماس  
تجاری Health Net به شماره 1-800-522-0088 (TTY:711) تماس بگیرید. متقاضیان طرح فردی و خانوادگی (IFP) \* لطفاً با  
شماره 1-877-609-8711 (TTY:711) تماس بگیرید.

**Panjabi (Punjabi)**

ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ  
ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇੱਕ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਗਾਹਕ ਸੰਪਰਕ  
ਕੇਂਦਰ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਮਾਲਕ ਦਾ ਗਰੁੱਪ ਬਿਨੈਕਾਰ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੈਲਥ ਨੈੱਟ ਦੇ ਵਪਾਰਕ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ  
1-800-522-0088 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਯੋਜਨਾ (IFP) ਬਿਨੈਕਾਰਾਂ ਨੂੰ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ  
1-877-609-8711 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**Russian**

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь переводчика. Вам могут прочитать  
документы на Вашем родном языке. Если Вам нужна помощь и у Вас при себе есть карточка  
участника плана, звоните по телефону Центра помощи клиентам. Участники коллективных планов,  
предоставляемых работодателем: звоните в коммерческий центр помощи Health Net по телефону  
1-800-522-0088 (TTY: 711). Участники планов для частных лиц и семей (IFP): звоните по телефону  
1-877-609-8711 (TTY: 711).



## **Spanish**

Servicios de idiomas sin costo. Puede solicitar un intérprete, obtener el servicio de lectura de documentos y recibir algunos en su idioma. Para obtener ayuda, si tiene una tarjeta de identificación, llame al número del Centro de Comunicación con el Cliente. Los solicitantes del grupo del empleador deben llamar al Centro de Comunicación Comercial de Health Net, al 1-800-522-0088 (TTY: 711). Los solicitantes de planes individuales y familiares deben llamar al 1-877-609-8711 (TTY: 711).

## **Tagalog**

Walang Bayad na Mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha kayo ng interpreter. Makakakuha kayo ng mga dokumento na babasahin sa inyo sa inyong wika. Para sa tulong, kung mayroon kayong ID card, mangyaring tumawag sa numero ng Customer Contact Center. Para sa mga grupo ng mga aplikante ng tagapag-empleyo, mangyaring tumawag sa Commercial Contact Center ng Health Net sa 1-800-522-0088 (TTY: 711). Para sa mga aplikante ng Planong Pang-individuwal at Pampamilya (Individual & Family Plan, IFP), mangyaring tumawag sa 1-877-609-8711 (TTY: 711).

## **Thai**

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังเป็นภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ และคุณมีบัตรประจำตัว โปรดโทรหมายเลขศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ ผู้สมัครกลุ่มนายจ้าง โปรดโทรหาศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์เชิงพาณิชย์ของ Health Net ที่หมายเลข 1-800-522-0088 (โหมดย TTY: 711) ผู้สมัครแผนบุคคลและครอบครัว (Individual & Family Plan: IFP) โปรดโทร 1-877-609-8711 (โหมดย TTY: 711)

## **Vietnamese**

Các Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể có một phiên dịch viên. Quý vị có thể yêu cầu được đọc cho nghe tài liệu bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ, nếu quý vị có thẻ ID, vui lòng gọi đến số điện thoại của Trung Tâm Liên Lạc Khách Hàng. Những người nộp đơn xin bảo hiểm nhóm qua hãng sở vui lòng gọi Trung Tâm Liên Lạc Thương Mại của Health Net theo số 1-800-522-0088 (TTY: 711). Người nộp đơn thuộc Chương Trình Cá Nhân & Gia Đình (IFP), vui lòng gọi số 1-877-609-8711 (TTY: 711).

CA Commercial On and Off-Exchange Member Notice of Language Assistance

FLY017550EH00 (12/17)

