

健康保險申請表 - 楊玫保險事務所

Tel: (770) 986-6998 | Fax: (770) 817-8198 | Address: 10710 Medlock Bridge Road #225, Johns Creek, GA 30097

*請將您的移民文件(綠卡,公民紙,EAD 卡等)微信或短信至 770-268-1568,或 email: info@amyins.com

電話號碼(手機): Cell#	其他電話號碼: Second Phone#	微信號: WeChat
家庭住址: Home Address	住址所在 County: County	
電子郵箱地址: Email:	預估 2021 年全家的收入: Family Income Estimate of 2021	
家庭人口數: Total Family Member #	幾人申請健保: Applying Member#	*备注: Special Rquest:
家庭成員信息 Family Members Personal Information		
主申請人姓名: Applicant Name	性別: Sex	生日(月/日/年): DOB(mm/dd/yy)
		是否申請健保? Apply Healthcare or Not
社安號 SSN#:	是否吸烟?: Smoking?	本人預估 2021 的收入: Income Estimate of 2021
移民身份: 綠卡 公民 EAD 其他 Visa Type: GC Citizen EAD Other	A#:	綠卡(或公民紙号): GC# (or Citizen#)
雇主/公司名稱: Company Name	公司電話: Company Tel#	
配偶姓名: Spouse Name	性別: Sex	生日(月/日/年): DOB(mm/dd/yy)
		是否申請健保? Apply Healthcare or Not
社安號 SSN#:	是否吸烟?: Smoking?	本人預估 2021 的收入: Income Estimate of 2021
移民身份: 綠卡 公民 EAD 其他 Visa Type: GC Citizen EAD Other	A#:	綠卡(或公民紙号): GC# (or Citizen#)
雇主/公司名稱: Company Name	公司電話: Company Tel#	
子女(1)姓名: Child Name	性別: Sex	生日(月/日/年): DOB(mm/dd/yy)
		是否申請健保? Applying or Not
社安號 SSN#:	目前是否有 Medicaid/PeachCare? Current have Medicaid/PeachCare?	最近三个月 被拒絕過嗎? Have Been Rejected in Recent 3 Months?
移民身份: 綠卡 公民 EAD 其他 Visa Type: GC Citizen EAD Other	A#:	綠卡(或公民紙号): GC# (or Citizen#)
子女(2)姓名: Child Name	性別: Sex	生日(月/日/年): DOB(mm/dd/yy)
		是否申請健保? Applying or Not
社安號 SSN#:	目前是否有 Medicaid/PeachCare? Current have Medicaid/PeachCare?	最近三个月 被拒絕過嗎? Have Been Rejected in Recent 3 Months?
移民身份: 綠卡 公民 EAD 其他 Visa Type: GC Citizen EAD Other	A#:	綠卡(或公民紙号): GC# (or Citizen#)
子女(3)姓名: Child Name	性別: Sex	生日(月/日/年): DOB(mm/dd/yy)
		是否申請健保? Applying or Not
社安號 SSN#:	目前是否有 Medicaid/PeachCare? Current have Medicaid/PeachCare?	最近三个月 被拒絕過嗎? Have Been Rejected in Recent 3 Months?
移民身份: 綠卡 公民 EAD 其他 Visa Type: GC Citizen EAD Other	A#:	綠卡(或公民紙号): GC# (or Citizen#)
首月保費付款信息: First Monthly Payment Information	卡号: Credit Card#:	有效期: Expiration Date:
		安全碼: Security Code:
持卡人姓名: Credit Card Holder Name:	是否設置自動付款? Set Up Auto Payment Option?	

我確認以上我所提供的資料全部屬實。我選擇的經紀人無需對以上我所提供的資料負責。I confirm that the above information I have provided is true and correct. The agent I selected is not responsible for the information I provided.

申請人簽名(Applicant Signature): _____ 日期(Date): _____

For Office Use Only:

Marketplace User:

Password:

Application ID:

Health Plan: