

Blue Shield of California 以及
Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life)

所有變更申請都必須在變更生效之日前 31 日內收到。這份表格不能用於更換主治醫生 – 如需更換主治醫生，投保人必須致電給他們的會員 ID 背面的會員服務部電話號碼。

雇員身份 – 這一部分為必填項

投保人的會員 ID 號 (見會員 ID 卡)	社會安全號碼	團體編號 (見會員 ID 卡)
手機號碼	座機電話號碼	
姓氏	名字	中間名首字母
家庭街道地址 – 城市	州	郵遞區號
團體/雇主姓名 (如果適用)	電子郵件地址	

變更

註：如果要把保險轉為 HMO、POS 或 DHMO，請填寫 A 部分。

是 否 這是否為地址的變更/更正？

是 否 這是否為受撫養家屬的地址的變更/更正？（注意：如回答「否」，受撫養家屬的地址將被默認為投保人的地址。）

如回答「是」，請註明受撫養家屬的姓名和變更地址：

將我的社會安全號碼更正為：_____（必須附上社會安全卡和一份帶照片的身份證 (ID) 的複印件、社會安全局的證明信和一份說明員工申請更改的原因的書面聲明。）

這是在開放註冊期所作出的一項更改。

轉換/添加我的健康保險到：
 Access+ HMO® _____ Access+ HMO® SaveNetSM _____
 Local Access+ HMO _____ Trio HMO _____ Full PPO _____
 Active Choice® Plus _____ Active Choice® Classic _____
 Full PPO Savings _____ Tandem PPO _____ Tandem PPO Savings _____
 Added Advantage POSSM _____ Virtual BlueSM _____

將我的 Account-Based Health Plan (ABHP) 福利承保轉換到：

對於 Access+ HMO®： <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	對於 Full PPO Savings： <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA
對於 Access+ HMO® SaveNet SM ： <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> LPFSA
對於 Local Access+ HMO： <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	對於 Tandem PPO： <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA
對於 Trio HMO： <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	對於 Tandem PPO Savings： <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA
對於 Full PPO： <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> LPFSA
對於 Active Choice® Plus： <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	對於 Added Advantage POS SM ： <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA
對於 Active Choice® Classic： <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	對於 Virtual Blue SM ： <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA

將我的牙科福利承保轉換到：

DHMO _____ DPPO _____ DINO _____

將我的眼科福利承保從計劃名稱 _____ 轉換到計劃名稱 _____

- 更改基本團體定期壽險或補充性人壽和補充性 AD&D (意外死亡及斷肢、喪失能力) 保險的保額：(提供先前的保險保額和新的保險保額)
先前的基本團體定期人壽保險的保險保額：\$ _____
新保險保額：\$ _____
先前的補充性人壽保險和/或補充性 AD&D 的保險保額：\$ _____
新保險保額：\$ _____
任何提高均需透過可保性資料證明 (EOI) 獲得批准

將姓名更正/更改為：_____

將電子郵件地址更正/更改為：_____

更正/更改我的出生日期，從：_____ 改為：_____

其他更改/說明：_____

投保人取消投保：我拒絕為自己 (和我的受撫養家屬，如果有的話) 投保健康保險計劃，生效日期：_____

如果您是 COBRA 參與者，請勾選此處

合格事件：_____

以上合格事件的生效日期：_____

這是否為終止保險的申請？如果回答「是」，列出姓名：_____

配偶/同居伴侶/受撫養子女保險變更

添加配偶/同居伴侶/受撫養子女 - 填寫 A 部分 - 申請添加的保險的生效日期：_____

如要添加配偶，填寫結婚日期：_____ 同居伴侶 - 如要添加同居伴侶，填寫建立同居伴侶關係日期：_____

如果法院下令某人由您監護/為其購買保險，輸入判決日期並附上法律文件副本：_____

如果收養了子女，輸入收養日期或批准收養日期，並且附上法律文件副本：_____

對於 25 歲以上的殘障受撫養家屬 (附上「超齡的受撫養子女殘障聲明」表 (C3674)，或確認您目前的健康保險承保商為這名殘障受撫養家屬提供了保險。)

更改配偶或同居伴侶的補充性團體定期人壽保險和 AD&D 保險的保額：(提供先前的保險保額和新的保險保額) 先前保險保額：\$ _____ 新保險保額：\$ _____ (受 EOI 約束)

更改子女的補充性團體定期人壽保險和 AD&D 保險的保額：(提供先前的保險保額和新的保險保額) 先前保險保額：\$ _____ 新保險保額：\$ _____ (受 EOI 約束)

受撫養家屬保險註銷 - 填寫 A 部分 - 申請的保險註銷的生效日期：_____

對於配偶或同居伴侶的保險註銷：(選擇合適的註銷原因，並提供發生事件的日期)

離婚或同居伴侶關係終止：日期：_____

死亡：日期：_____

其他原因 (請註明)：_____ 日期：_____

受撫養子女的年齡：(選擇合適的註銷原因，並提供發生事件的日期)

死亡：日期：_____

其他原因 (請註明) _____ 日期：_____

註：對於新生兒/收養的子女或被批准收養的子女，需要在從其出生/受撫養/被批准收養的日期之後的 31 天內填寫投保人變更申請，才能將他們添加到您的保險中。

請務必將這份表格的所有頁面都寄回，因為第五頁包含您的簽名，這是處理這些變更所必需的。

A 部分

如果為自己或您的受撫養家屬添加/取消保險，填寫這一部分。如果變更涉及 HMO/POS/DHMO 保險，提供主治醫生/牙科服務提供者資訊。請填寫這項改變適用於哪項福利：

添加	取消	本人			
<input type="checkbox"/> 牙科	<input type="checkbox"/> 牙科	姓氏	名字	中間名首字母	性別
<input type="checkbox"/> 醫療	<input type="checkbox"/> 醫療	請介紹一下您自己。請說明您的種族或民族。以下問題您可以選擇性作答，僅用於幫助確保所有會員都能獲得最優質的醫療服務。			
<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 眼科				
<input type="checkbox"/> 基本人壽/AD&D	<input type="checkbox"/> 基本人壽/AD&D	1. 您是西班牙裔或拉丁美洲裔嗎？	2. 如是，請選擇一項：	3. 您是什麼種族？(選擇一項)	
<input type="checkbox"/> 受撫養家屬人壽	<input type="checkbox"/> 受撫養家屬人壽	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 拒絕回答	<input type="checkbox"/> 古巴人 <input type="checkbox"/> 瓜地馬拉人 <input type="checkbox"/> 墨西哥人、墨西哥裔美國人、奇卡諾人 <input type="checkbox"/> 波多黎各人 <input type="checkbox"/> 薩爾瓦多人 <input type="checkbox"/> 2 個或更多個族裔 <input type="checkbox"/> 其他西班牙裔、拉丁裔、西班牙人：_____	<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亞裔印度人 <input type="checkbox"/> 黑人或非洲裔美國人 <input type="checkbox"/> 柬埔寨人 <input type="checkbox"/> 中國人 <input type="checkbox"/> 菲律賓人 <input type="checkbox"/> 關島人或查莫羅人 <input type="checkbox"/> 苗族人	<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"/> 越南人 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 2 個或更多個種族 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 拒絕回答
<input type="checkbox"/> 補充性人壽 [†]	<input type="checkbox"/> 補充性人壽	社會安全號碼：_____			
<input type="checkbox"/> 補充性人壽/AD&D [†]	<input type="checkbox"/> 補充性人壽/AD&D	出生日期 (月/日/年) _____			
首選語言： <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 西班牙語 <input type="checkbox"/> 中文 <input type="checkbox"/> 越南語 <input type="checkbox"/> 波斯語 <input type="checkbox"/> 其他 _____					
職位名稱/分類 _____			年收入 (不包括獎金、加班費等) \$ _____		
如要添加基本人壽和 AD&D 保險，請註明申請金額：\$ _____ 如要添加補充性人壽和/或補充性 AD&D 保險，請註明申請金額：\$ _____ 需透過可保性資料證明 (EOI) 獲得批准 如要添加受撫養家屬的人壽保險，請註明申請金額：\$ _____ (注：配偶和所有子女都會被承保同樣的福利金額)					
HMO/POS 主治醫生姓名		已經是其患者？		僅 Dental HMO 牙科服務提供者	
醫生姓名：_____		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		牙科服務提供者姓名：_____	
服務提供者編號：_____				牙科服務提供者編號：_____	
IPA (獨立執業協會) /MG (醫療團體) 編號：_____					

添加		取消		配偶/同居伴侶			
<input type="checkbox"/> 牙科	<input type="checkbox"/> 牙科	<input type="checkbox"/> 牙科	<input type="checkbox"/> 牙科	姓氏	名字	中間名首字母	性別
<input type="checkbox"/> 醫療	<input type="checkbox"/> 醫療	<input type="checkbox"/> 醫療	<input type="checkbox"/> 醫療	該成員的種族或族裔是：			
<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 眼科	社會安全號碼：		出生日期 (月/日/年)	
<input type="checkbox"/> 補充性人壽 [†]	<input type="checkbox"/> 補充性人壽	<input type="checkbox"/> 補充性人壽	<input type="checkbox"/> 補充性人壽	如要添加補充性人壽和/或補充性 AD&D 保險，請註明申請金額：\$ _____ 需透過可保性資料證明 (EOI) 獲得批准			
<input type="checkbox"/> 補充性人壽/AD&D [†]	<input type="checkbox"/> 補充性人壽/AD&D	<input type="checkbox"/> 補充性人壽/AD&D	<input type="checkbox"/> 補充性人壽/AD&D	HMO/POS 主治醫生姓名 醫生姓名：_____	服務提供者編號：_____ IPA/MG 編號：_____	已經是其患者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	僅 Dental HMO 牙科服務提供者 牙科服務提供者姓名：_____ 牙科服務提供者編號：_____
添加		取消		子女			
<input type="checkbox"/> 牙科	<input type="checkbox"/> 牙科	<input type="checkbox"/> 牙科	<input type="checkbox"/> 牙科	姓氏	名字	中間名首字母	性別
<input type="checkbox"/> 醫療	<input type="checkbox"/> 醫療	<input type="checkbox"/> 醫療	<input type="checkbox"/> 醫療	該成員的種族或族裔是：			
<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 眼科	社會安全號碼：		出生日期 (月/日/年)	
<input type="checkbox"/> 補充性人壽 [†]	<input type="checkbox"/> 補充性人壽	<input type="checkbox"/> 補充性人壽	<input type="checkbox"/> 補充性人壽	如要添加補充性人壽和/或補充性 AD&D 保險，請註明金額：\$ _____ 需透過可保性資料證明 (EOI) 獲得批准 (註：對於補充性人壽保險和補充性 AD&D 保險，所有的子女都會被承保同樣的金額。)			
<input type="checkbox"/> 補充性人壽/AD&D [†]	<input type="checkbox"/> 補充性人壽/AD&D	<input type="checkbox"/> 補充性人壽/AD&D	<input type="checkbox"/> 補充性人壽/AD&D	HMO/POS 主治醫生姓名 醫生姓名：_____	服務提供者編號：_____ IPA/MG 編號：_____	已經是其患者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	僅 Dental HMO 牙科服務提供者 牙科服務提供者姓名：_____ 牙科服務提供者編號：_____
添加		取消		子女			
<input type="checkbox"/> 牙科	<input type="checkbox"/> 牙科	<input type="checkbox"/> 牙科	<input type="checkbox"/> 牙科	姓氏	名字	中間名首字母	性別
<input type="checkbox"/> 醫療	<input type="checkbox"/> 醫療	<input type="checkbox"/> 醫療	<input type="checkbox"/> 醫療	該成員的種族或族裔是：			
<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 眼科	社會安全號碼：		出生日期 (月/日/年)	
<input type="checkbox"/> 補充性人壽 [†]	<input type="checkbox"/> 補充性人壽	<input type="checkbox"/> 補充性人壽	<input type="checkbox"/> 補充性人壽	如要添加補充性人壽和/或補充性 AD&D 保險，請註明金額：\$ _____ 需透過可保性資料證明 (EOI) 獲得批准 (註：對於補充性人壽保險和補充性 AD&D 保險，所有的子女都會被承保同樣的金額。)			
<input type="checkbox"/> 補充性人壽/AD&D [†]	<input type="checkbox"/> 補充性人壽/AD&D	<input type="checkbox"/> 補充性人壽/AD&D	<input type="checkbox"/> 補充性人壽/AD&D	HMO/POS 主治醫生姓名 醫生姓名：_____	服務提供者編號：_____ IPA/MG 編號：_____	已經是其患者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	僅 Dental HMO 牙科服務提供者 牙科服務提供者姓名：_____ 牙科服務提供者編號：_____

添加	取消	子女			
<input type="checkbox"/> 牙科	<input type="checkbox"/> 牙科	姓氏	名字	中間名首字母	性別
<input type="checkbox"/> 醫療	<input type="checkbox"/> 醫療	該成員的種族或族裔是：			
<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 眼科	社會安全號碼：		出生日期 (月/日/年)	
<input type="checkbox"/> 補充性人壽 [†]	<input type="checkbox"/> 補充性人壽	如要添加補充性人壽和/或補充性 AD&D 保險，請註明金額：\$ _____ 需透過可保性資料證明 (EOI) 獲得批准 (注：對於補充性人壽保險和補充性 AD&D 保險，所有的子女都會被承保同樣的金額。)			
<input type="checkbox"/> 補充性人壽/AD&D [†]	<input type="checkbox"/> 補充性人壽/AD&D	HMO/POS 主治醫生姓名 醫生姓名：_____	已經是其患者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	僅 Dental HMO 牙科服務提供者 牙科服務提供者姓名：_____ 牙科服務提供者編號：_____	
		服務提供者編號：_____			
		IPA/MG 編號：_____			

加州法律禁止健康保險公司要求或使用 HIV 檢測作為獲得健康保險的條件。

我在這份表格上提供的所有資訊都是準確的和完整的。我理解，這份表格與任何先前的報名表、保險承保證明書/保險證書、健康服務協議/保單以及與其相關的任何背書和附件，共同構成了整個保險協議。

如果代理人/經紀人故意將其明知是虛假的任何重要事實陳述為真實，除根據現行法律可用的任何適用處罰或補救措施外，該人士還應受到最高一萬美元 (\$10,000) 的民事處罰。任何級別檢察官均可提起民事訴訟以施加民事處罰。而這些罰款應支付給保險基金。

員工簽名 _____ 日期 _____

如果透過傳真提交這份表格，請將這份文件存檔。

為了保護您，加州法律要求在本表格中填寫以下內容：

任何人故意提供虛假或欺詐信息以獲得或修改保險範圍或提出損失索賠，均屬於犯罪行為，可能會被處以罰款並被監禁在州監獄中。

Blue Shield of California/Blue Shield Life 保護您的個人資訊的機密性和隱私性。個人資訊和健康資訊可包括能用於識別個人身份的資訊，如姓名、地址、電話號碼、社會安全號碼，以及醫療診斷資訊或費用申報資訊等。我們不會披露這些資訊，除非法律允許我們這樣做。

請務必將這份表格的所有頁面都寄回，因為第五頁包含您的簽名，這是處理這些變更所必需的。

* 由 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life) 核保。

† 對於補充性人壽保險，必須提供可保性資料證明表。必須獲得批准，方可添加任何補充性人壽保險。保險將從獲批之日起次月的 1 日生效。



NOTICES AVAILABLE ONLINE

Nondiscrimination and Language Assistance Services

Blue Shield complies with applicable state and federal civil rights laws. We also offer language assistance services at no additional cost.

View our nondiscrimination notice and language assistance notice: blueshieldca.com/notices. You can also call for language assistance services: **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

If you are unable to access the website above and would like to receive a copy of the nondiscrimination notice and language assistance notice, please call Customer Care at **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

Servicios de asistencia en idiomas y avisos de no discriminación

Blue Shield cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables. También, ofrecemos servicios de asistencia en idiomas sin costo adicional.

Vea nuestro aviso de no discriminación y nuestro aviso de asistencia en idiomas en blueshieldca.com/notices. Para obtener servicios de asistencia en idiomas, también puede llamar al **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

Si no puede acceder al sitio web que aparece arriba y desea recibir una copia del aviso de no discriminación y del aviso de asistencia en idiomas, llame a Atención al Cliente al **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

非歧視通知和語言協助服務

Blue Shield 遵守適用的州及聯邦政府的民權法。同時，我們免費提供語言協助服務。

如需檢視我司的非歧視通知和語言幫助通知，請造訪 blueshieldca.com/notices。您還可致電尋求語言協助服務：**(866) 346-7198 (TTY: 711)**。

如果您無法造訪上述網站，且希望收到一份非歧視通知和語言幫助通知的副本，請致電客戶服務部，電話：**(888) 256-3650 (TTY: 711)**。