

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

Tất cả các thay đổi phải được nhận trong vòng 31 ngày kể từ ngày thay đổi có hiệu lực. Không sử dụng biểu mẫu này cho các thay đổi bác sĩ chăm sóc chính – người đăng ký phải gọi số điện thoại Dịch Vụ Thành Viên ở mặt sau của thẻ ID.

Nhận dạng nhân viên – phải hoàn thành phần này

Số ID người đăng ký (từ thẻ ID)	Số An Sinh Xã hội	Số của nhóm (từ thẻ ID)
Số điện thoại di động	Số điện thoại cố định	
Họ	Tên	Chữ đầu tên đệm
Địa chỉ đường phố – Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP
Tên nhóm/chủ lao động (nếu có)	Địa chỉ email	

Thay đổi

Lưu ý: Nếu chuyển bảo hiểm sang HMO, POS hoặc DHMO, vui lòng hoàn thành Phần A.

Có Không Đây là thay đổi/sửa địa chỉ?

Có Không Thay đổi/sửa địa chỉ này dành cho người phụ thuộc? (Lưu ý: Địa chỉ của người phụ thuộc theo mặc định sẽ là địa chỉ của người đăng ký nếu chọn 'Không' tại đây.)

Nếu có, vui lòng ghi rõ tên của người phụ thuộc và địa chỉ thay đổi:

Sửa số An Sinh Xã Hội của tôi thành: _____
(Bản sao thẻ An Sinh Xã Hội, thẻ căn cước có ảnh, thư xác minh từ văn phòng An Sinh Xã Hội và phải đính kèm văn bản tuyên bố lý do tại sao nhân viên yêu cầu thay đổi.)

Đây là thay đổi thực hiện trong gian đoạn đăng ký mở.

Chuyển/thêm bảo hiểm sức khỏe của tôi vào: 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 _____

Chuyển quyền lợi bảo hiểm Account-Based Health Plan (ABHP) của tôi sang:

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

Chuyển các quyền lợi bảo hiểm nha khoa của tôi sang:

DHMO _____ DPPO _____ DINO _____

Chuyển các quyền lợi bảo hiểm nhãn khoa của tôi từ Tên Chương Trình _____ sang Tên Chương Trình _____

- Thay đổi mức tiền của Bảo Hiểm Nhân Thọ Có Thời Hạn Cho Nhóm Cơ Bản hoặc Bảo Hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và AD&D (Bảo Hiểm Tử Vong Và Thương Tật Do Tai Nạn) Bổ Sung: (hãy cung cấp mức tiền bảo hiểm trước đây và mức tiền bảo hiểm mới)
Mức tiền trước đây của bảo hiểm Nhân Thọ Có Thời Hạn Cho Nhóm Cơ Bản: \$ _____
Mức tiền bảo hiểm mới: \$ _____
Mức tiền trước đây của bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và/hoặc AD&D Bổ Sung: \$ _____
Mức tiền bảo hiểm mới: \$ _____
Bất kỳ sự gia tăng nào đều phải được phê duyệt thông qua Bảng Chứng Về Khả Năng Bảo Hiểm (EOI)

- Sửa/thay đổi tên thành: _____
 Sửa/thay đổi địa chỉ email thành: _____
 Sửa/thay đổi ngày sinh của tôi từ: _____ thành: _____
 Thay đổi/bình luận bổ sung: _____
 Sự hủy bỏ của người đăng ký: Tôi từ chối chương trình bảo hiểm sức khỏe cho bản thân (và những người phụ thuộc, nếu có), có hiệu lực từ: _____
 Đánh dấu ô này nếu quý vị là người tham gia COBRA
 Sự kiện đủ điều kiện: _____
 Ngày có hiệu lực của sự kiện đủ điều kiện kể trên: _____
 Đây là sự chấm dứt? Nếu đúng, hãy liệt kê (các) tên: _____

Thay đổi bảo hiểm của vợ/chồng/bạn đời sống chung/con cái là người phụ thuộc

Bổ sung vợ/chồng/bạn đời sống chung/con cái là người phụ thuộc – Hoàn thành phần A – Ngày yêu cầu có hiệu lực đối với việc bổ sung: _____

- Ngày cưới, nếu bổ sung vợ/chồng: _____ Bạn đời sống chung – ngày trở thành bạn đời sống chung, nếu bổ sung: _____
 Nếu quyền nuôi con/bảo hiểm do tòa án yêu cầu, hãy nhập ngày và đính kèm bản sao các giấy tờ pháp lý: _____
 Nếu nhận con nuôi, hãy ghi ngày nhận con nuôi hoặc ngày đã định để nhận con nuôi và đính kèm bản sao các giấy tờ pháp lý: _____
 Người phụ thuộc bị khuyết tật trên 25 tuổi (Đính kèm 'Tuyên bố tình trạng khuyết tật cho con cái là người phụ thuộc vượt quá tuổi' (C3674) hoặc giấy tờ xác nhận rằng công ty bảo hiểm chăm sóc sức khỏe hiện tại của quý vị đang cung cấp bảo hiểm cho người phụ thuộc bị khuyết tật này.)
 Thay đổi mức tiền bảo hiểm Nhân Thọ Có Thời Hạn Cho Nhóm Bổ Sung và AD&D của vợ/chồng hoặc bạn đời sống chung: (hãy cung cấp mức tiền bảo hiểm trước đây và mức tiền bảo hiểm mới) Mức tiền bảo hiểm trước đây: \$ _____ Mức tiền bảo hiểm mới: \$ _____ (tuân theo EOI)
 Thay đổi mức tiền bảo hiểm Nhân Thọ Có Thời Hạn Cho Nhóm Bổ Sung và AD&D của (các) trẻ: (hãy cung cấp mức tiền bảo hiểm trước đây và mức tiền bảo hiểm mới) Mức tiền bảo hiểm trước đây: \$ _____ Mức tiền bảo hiểm mới: \$ _____ (tuân theo EOI)

Hủy người phụ thuộc – Hoàn thành phần A – Ngày yêu cầu có hiệu lực đối với việc xóa: _____

Đối với việc hủy bỏ cho vợ/chồng hoặc bạn đời sống chung: (hãy chọn lý do hủy bỏ thích hợp và cung cấp ngày của sự kiện)

- Ly hôn hoặc chấm dứt mối quan hệ bạn đời: Ngày: _____
 Tử vong: Ngày: _____
 Lý do khác (xin nêu rõ): _____ Ngày: _____

Đối với việc hủy bỏ cho người phụ thuộc là con cái: (hãy chọn lý do hủy bỏ thích hợp và cung cấp ngày của sự kiện)

- Tử vong: Ngày: _____
 Lý do khác (xin nêu rõ) _____ Ngày: _____

Lưu ý: Trẻ sơ sinh/con nuôi hoặc trẻ dự định nhận làm con nuôi phải có giấy Yêu Cầu Thay Đổi Của Người Đăng Ký được hoàn thành và gửi trong vòng 31 ngày kể từ ngày sinh/ngày nhận con nuôi/đặt lịch nhận con nuôi để được bổ sung vào bảo hiểm của quý vị.

Hãy nhớ ký tên vào trang thứ năm của biểu mẫu này trước khi gửi lại, điều này rất cần thiết để có thể xử lý các thay đổi.

Phần A

Hoàn thành phần này nếu bổ sung/hủy bảo hiểm cho chính quý vị hoặc người phụ thuộc của quý vị. Cung cấp thông tin bác sĩ chăm sóc chính/nhà cung cấp dịch vụ nha khoa nếu thay đổi liên quan đến bảo hiểm HMO/POS/DHMO. Vui lòng điền thông tin vào quyền lợi có áp dụng thay đổi:

Bổ sung	Hủy	Tự bản thân			
<input type="checkbox"/> Nha Khoa	<input type="checkbox"/> Nha Khoa	Họ	Tên	Chữ đầu tên đệm	Giới tính
<input type="checkbox"/> Y Tế	<input type="checkbox"/> Y Tế	Hãy cho chúng tôi biết thông tin về quý vị. Vui lòng cho biết chủng tộc hoặc sắc tộc của quý vị? Những câu hỏi này là không bắt buộc và chỉ được sử dụng để giúp đảm bảo tất cả các thành viên đều nhận được chất lượng chăm sóc cao nhất.			
<input type="checkbox"/> Nhãn Khoa	<input type="checkbox"/> Nhãn Khoa				
<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Cơ Bản/AD&D	<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Cơ Bản/AD&D	1. Quý vị là người gốc Tây-Bồ hoặc La-tinh?	2. Nếu có, vui lòng chọn một:	3. Vui lòng cho biết chủng tộc của quý vị? (chọn một)	
<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Cho Người Phụ Thuộc	<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Cho Người Phụ Thuộc	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Từ chối	<input type="checkbox"/> Cuba <input type="checkbox"/> Guatemala <input type="checkbox"/> Mexico, Mỹ gốc Mexico <input type="checkbox"/> Puerto Rico <input type="checkbox"/> El Salvador <input type="checkbox"/> 2 Dân tộc trở lên <input type="checkbox"/> Người gốc Tây-Bồ, La-tinh, Tây Ban Nha khác: _____	<input type="checkbox"/> Thổ dân Mỹ da đỏ hoặc người bản xứ Alaska <input type="checkbox"/> Ấn Độ châu Á <input type="checkbox"/> Người Da đen hoặc Mỹ gốc Phi <input type="checkbox"/> Cam-pu-chia <input type="checkbox"/> Trung Quốc <input type="checkbox"/> Philippines <input type="checkbox"/> Guam hoặc Chamorro <input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Nhật <input type="checkbox"/> Hàn Quốc <input type="checkbox"/> Lào <input type="checkbox"/> Hawaii bản địa <input type="checkbox"/> Samoa <input type="checkbox"/> Việt Nam <input type="checkbox"/> Người Da Trắng <input type="checkbox"/> 2 Chủng tộc trở lên <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Từ chối
<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung†	<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung				
<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung/AD&D†	<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung/AD&D				
		Số An Sinh Xã Hội:		Ngày sinh (tháng/ngày/năm)	
		Ngôn ngữ ưu tiên: <input type="checkbox"/> Tiếng Anh <input type="checkbox"/> Tiếng Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Tiếng Trung <input type="checkbox"/> Tiếng Việt <input type="checkbox"/> Tiếng Ba Tư <input type="checkbox"/> Tiếng khác _____			
		Chức danh/phân loại công việc		Thu nhập hàng năm (không bao gồm thưởng, tiền làm thêm giờ, v.v.) \$ _____	
		Nếu bổ sung bảo hiểm Nhân Thọ Cơ Bản và AD&D, vui lòng ghi rõ mức tiền yêu cầu: \$ _____			
		Nếu thêm bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và/hoặc AD&D Bổ Sung, vui lòng ghi rõ mức tiền yêu cầu: \$ _____ Tuân theo sự phê duyệt thông qua Bảng Chứng Về Khả Năng Bảo Hiểm (EOI)			
		Nếu bổ sung Nhân Thọ Cho Người Phụ Thuộc, vui lòng ghi rõ mức tiền yêu cầu: \$ _____			
		(Lưu ý: Vợ/chồng và toàn bộ con cái sẽ được bảo hiểm với cùng mức tiền quyền lợi đó)			
		Tên bác sĩ chăm sóc chính của HMO/POS Tên của bác sĩ: _____ Nhà cung cấp #: _____ IPA (Hiệp Hội Hành Nghề Độc Lập)/MG (Nhóm Y tế) #: _____		Hiện đang là bệnh nhân? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
				Chi dành cho nhà cung cấp nha khoa Dental HMO Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa: _____ Nhà cung cấp nha khoa #: _____	

Bổ sung		Hủy		Vợ/chồng/bạn đời sống chung			
<input type="checkbox"/> Nha Khoa	<input type="checkbox"/> Nha Khoa	<input type="checkbox"/> Nha Khoa	<input type="checkbox"/> Nha Khoa	Họ	Tên	Chữ đầu tên đệm	Giới tính
<input type="checkbox"/> Y Tế	<input type="checkbox"/> Y Tế	<input type="checkbox"/> Y Tế	<input type="checkbox"/> Y Tế	Vui lòng cho biết chủng tộc hoặc sắc tộc của thành viên này:			
<input type="checkbox"/> Nhãn Khoa	<input type="checkbox"/> Nhãn Khoa	<input type="checkbox"/> Nhãn Khoa	<input type="checkbox"/> Nhãn Khoa	Số An Sinh Xã Hội:		Ngày sinh (tháng/ngày/năm)	
<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung†	<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung	<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung	<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung	Nếu thêm bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và/hoặc AD&D Bổ Sung, vui lòng ghi rõ mức tiền yêu cầu: \$ _____ Tuân theo sự phê duyệt thông qua Bảng Chứng Về Khả Năng Bảo Hiểm (EOI)			
<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung/ AD&D†	<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ sung/ AD&D	<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ sung/ AD&D	<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ sung/ AD&D	Tên bác sĩ chăm sóc chính của HMO/POS Tên của bác sĩ: _____ _____ Nhà cung cấp #: _____ IPA/MG #: _____		Hiện đang là bệnh nhân? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Chỉ dành cho nhà cung cấp nha khoa Dental HMO Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa: _____ Nhà cung cấp nha khoa #: _____	
Bổ sung		Hủy		Con			
<input type="checkbox"/> Nha Khoa	<input type="checkbox"/> Nha Khoa	<input type="checkbox"/> Nha Khoa	<input type="checkbox"/> Nha Khoa	Họ	Tên	Chữ đầu tên đệm	Giới tính
<input type="checkbox"/> Y Tế	<input type="checkbox"/> Y Tế	<input type="checkbox"/> Y Tế	<input type="checkbox"/> Y Tế	Vui lòng cho biết chủng tộc hoặc sắc tộc của thành viên này:			
<input type="checkbox"/> Nhãn Khoa	<input type="checkbox"/> Nhãn Khoa	<input type="checkbox"/> Nhãn Khoa	<input type="checkbox"/> Nhãn Khoa	Số An Sinh Xã Hội:		Ngày sinh (tháng/ngày/năm)	
<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung†	<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung	<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung	<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung	Nếu thêm bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và/hoặc AD&D Bổ Sung, vui lòng ghi rõ mức tiền: \$ _____ Tuân theo sự phê duyệt thông qua Bảng Chứng Về Khả Năng Bảo Hiểm (EOI) (Lưu ý: Toàn bộ con cái sẽ được bảo hiểm với cùng mức tiền đối với bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và AD&D Bổ Sung.)			
<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung/ AD&D†	<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ sung/ AD&D	<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ sung/ AD&D	<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ sung/ AD&D	Tên bác sĩ chăm sóc chính của HMO/POS Tên của bác sĩ: _____ _____ Nhà cung cấp #: _____ IPA/MG #: _____		Hiện đang là bệnh nhân? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Chỉ dành cho nhà cung cấp nha khoa Dental HMO Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa: _____ Nhà cung cấp nha khoa #: _____	
Bổ sung		Hủy		Con			
<input type="checkbox"/> Nha Khoa	<input type="checkbox"/> Nha Khoa	<input type="checkbox"/> Nha Khoa	<input type="checkbox"/> Nha Khoa	Họ	Tên	Chữ đầu tên đệm	Giới tính
<input type="checkbox"/> Y Tế	<input type="checkbox"/> Y Tế	<input type="checkbox"/> Y Tế	<input type="checkbox"/> Y Tế	Vui lòng cho biết chủng tộc hoặc sắc tộc của thành viên này:			
<input type="checkbox"/> Nhãn Khoa	<input type="checkbox"/> Nhãn Khoa	<input type="checkbox"/> Nhãn Khoa	<input type="checkbox"/> Nhãn Khoa	Số An Sinh Xã Hội:		Ngày sinh (tháng/ngày/năm)	
<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung†	<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung	<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung	<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung	Nếu thêm bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và/hoặc AD&D Bổ Sung, vui lòng ghi rõ mức tiền: \$ _____ Tuân theo sự phê duyệt thông qua Bảng Chứng Về Khả Năng Bảo Hiểm (EOI) (Lưu ý: Toàn bộ con cái sẽ được bảo hiểm với cùng mức tiền đối với bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và AD&D Bổ Sung.)			
<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung/ AD&D†	<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ sung/ AD&D	<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ sung/ AD&D	<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ sung/ AD&D	Tên bác sĩ chăm sóc chính của HMO/POS Tên của bác sĩ: _____ _____ Nhà cung cấp #: _____ IPA/MG #: _____		Hiện đang là bệnh nhân? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Chỉ dành cho nhà cung cấp nha khoa Dental HMO Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa: _____ Nhà cung cấp nha khoa #: _____	

Bổ sung	Hủy	Con			
<input type="checkbox"/> Nha Khoa	<input type="checkbox"/> Nha Khoa	Họ	Tên	Chữ đầu tên đệm	Giới tính
<input type="checkbox"/> Y Tế	<input type="checkbox"/> Y Tế	Vui lòng cho biết chủng tộc hoặc sắc tộc của thành viên này:			
<input type="checkbox"/> Nhãn Khoa	<input type="checkbox"/> Nhãn Khoa	Số An Sinh Xã Hội:		Ngày sinh (tháng/ngày/năm)	
<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung†	<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung	Nếu thêm bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và/hoặc AD&D Bổ Sung, vui lòng ghi rõ mức tiền: \$ _____ Tuần theo sự phê duyệt thông qua Bảng Chứng Về Khả Năng Bảo Hiểm (EOI) (Lưu ý: Toàn bộ con cái sẽ được bảo hiểm với cùng mức tiền đối với bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và AD&D Bổ Sung.)			
<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung/ AD&D†	<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ sung/ AD&D	Tên bác sĩ chăm sóc chính của HMO/POS Tên của bác sĩ: _____ _____ Nhà cung cấp #: _____ IPA/MG #: _____	Hiện đang là bệnh nhân? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Chi dành cho nhà cung cấp nha khoa Dental HMO Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa: _____ Nhà cung cấp nha khoa #: _____	

Luật pháp California nghiêm cấm các công ty bảo hiểm y tế yêu cầu hoặc sử dụng xét nghiệm HIV như một điều kiện để được nhận bảo hiểm y tế.

Tất cả thông tin tôi đã cung cấp trong mẫu đơn này là chính xác và đầy đủ. Tôi hiểu rằng mẫu đơn này cùng với mọi mẫu ghi danh trước đây, *Chứng Từ Bảo Hiểm/Thẻ Bảo Hiểm* và Thỏa Thuận Về Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe/đơn bảo hiểm, cùng với mọi chứng thực và tài liệu đính kèm, tất cả tạo thành toàn bộ thỏa thuận bảo hiểm. Nếu một Đại Lý/Bên Môi Giới cố tình khai sai bất kỳ thông tin quan trọng nào thì người đó, ngoài chịu mọi hình phạt hoặc biện pháp khắc phục hiện hành có sẵn theo luật hiện hành, còn phải chịu khoản tiền phạt dân sự lên tới mười nghìn đô la (\$10,000). Bất kỳ công tố viên nào cũng có thể khởi kiện dân sự để áp đặt hình phạt dân sự đó. Những khoản tiền phạt này sẽ được trả cho Quỹ Bảo Hiểm."

Chữ ký của nhân viên _____ Ngày _____

Nếu quý vị gửi mẫu đơn này qua fax, hãy lưu lại tài liệu này.

Để bảo vệ quý vị, luật pháp California yêu cầu điều sau phải xuất hiện trên mẫu đơn này:

Bất kỳ người nào cố ý cung cấp thông tin sai lệch hoặc gian lận để có được bảo hiểm hoặc sửa đổi bảo hiểm hay để yêu cầu thanh toán tổn thất đều bị coi là hành vi phạm tội và có thể phải chịu bị phạt tiền và giam giữ trong nhà tù tiểu bang.

Blue Shield of California/Blue Shield Life bảo vệ tính bí mật và quyền riêng tư cho thông tin cá nhân của quý vị. Thông tin cá nhân và thông tin sức khỏe có thể nhận dạng cá nhân, ví dụ như tên, địa chỉ, số điện thoại hoặc số An Sinh Xã Hội và thông tin sức khỏe. Chúng tôi sẽ không tiết lộ các thông tin này, trừ khi được pháp luật cho phép.

Hãy nhớ ký tên vào trang thứ năm của biểu mẫu này trước khi gửi lại, điều này rất cần thiết để có thể xử lý các thay đổi.

* Được bảo hiểm bởi Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life).

† Phải có biểu mẫu Bảng chứng về Khả năng có thể bảo hiểm cho bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung. Phải nhận được phê duyệt cho bất kỳ bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung nào được thêm vào. Ngày bảo hiểm có hiệu lực sẽ là ngày đầu tiên của tháng sau khi được phê duyệt.



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)**。