

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

همه تغییرات باید ظرف 31 روز پس از تاریخ اجرای تغییر دریافت شود. این فرم را نمی‌توان برای تغییر پزشک مراقبت‌های اولیه استفاده کرد - مشترک بیمه باید با شماره تلفن مرکز «خدمات اعضا»، که پشت کارت شناسایی او درج شده است تماس بگیرد.

تعیین هویت کارمند - این بخش باید تکمیل شود

شماره شناسایی بیمه (مندرج روی کارت شناسایی)	شماره تأمین اجتماعی	شماره گروه (مندرج روی کارت شناسایی)
شماره تلفن همراه	شماره تلفن ثابت	
نام خانوادگی	نام	حرف اول نام میانی
نشانی خیابان محل سکونت - شهر	ایالت	کد پستی
نام گروه/کارفرما (در صورت وجود)	نشانی ایمیل	

تغییرات

توجه: در صورت انتقال پوشش بیمه به POS، HMO یا DHMO، لطفاً بخش A را تکمیل کنید.

بله خیر آیا این تغییر/اصلاح نشانی است؟

بله خیر آیا این تغییر/اصلاح نشانی مربوط به فرد تحت تکفل است؟ (توجه: اگر گزینه «خیر» در اینجا انتخاب شود، نشانی مشترک بیمه به صورت پیش فرض برای فرد تحت تکفل او انتخاب می‌شود.)

اگر پاسخ «بله» است، لطفاً تغییرات صورت گرفته در نام و نشانی فرد تحت تکفل را مشخص کنید:

شماره تأمین اجتماعی من را به صورت زیر اصلاح کنید: _____
(نسخه‌ای از کارت تأمین اجتماعی، کارت شناسایی عکس‌دار، نامه تأییدیه از اداره تأمین اجتماعی و اظهاریه کتبی که دلیل درخواست کارمند برای ایجاد تغییرات در آن ذکر شده است، باید ضمیمه شود.)

این تغییر در طول ثبت نام آزاد انجام شده است.

انتقال/اضافه کردن پوشش سلامت من به: Access+ HMO® SaveNetSM Full PPO Trio HMO Local Access+ HMO

Active Choice® Classic Active Choice® Plus

Tandem PPO Savings Tandem PPO Full PPO Savings

Virtual BlueSM Added Advantage POSSM

انتقال پوشش مزایای Account-Based Health Plan (ABHP) من به:

برای Access+ HMO®: FSA HIA HRA Full PPO Savings برای HIA HRA HSA LPFSA FSA

برای Access+ HMO® SaveNetSM: FSA HIA HRA Tandem PPO برای FSA HIA HRA

برای Local Access+ HMO: FSA HIA HRA Trio HMO برای FSA HIA HRA

برای Full PPO Savings: FSA HIA HRA Tandem PPO Savings برای HIA HRA HSA LPFSA FSA

برای Full PPO: FSA HIA HRA Added Advantage POSSM برای FSA HIA HRA

برای Active Choice® Plus: FSA HIA HRA Virtual BlueSM برای FSA HIA HRA

برای Active Choice® Classic: FSA HIA HRA

انتقال پوشش مزایای دندانپزشکی من به:

DHMO DPPO DINO

انتقال پوشش مزایای چشم‌پزشکی من از طرح _____ به طرح _____

تغییر مبلغ پوشش «بیمه عمر مدت دار گروهی پایه» یا «بیمه عمر تکمیلی» و «بیمه AD&D (فوت و نقص عضو ناشی از حادثه) تکمیلی»: (مبلغ قبلی و جدید پوشش بیمه را مشخص کنید)
مبلغ قبلی پوشش «بیمه عمر مدت دار گروهی پایه»: \$ _____
مبلغ جدید پوشش بیمه: \$ _____
مبلغ قبلی پوشش «بیمه عمر تکمیلی» و/یا «بیمه AD&D تکمیلی»: \$ _____
مبلغ جدید پوشش بیمه: \$ _____
هرگونه افزایش منوط به تأیید از طریق «گواهینامه بیمه‌پذیری» (EOI) است

اصلاح/تغییر نام به:

اصلاح/تغییر نشانی ایمیل به:

اصلاح/تغییر تاریخ تولد من از: _____ به: _____

دیگر تغییرات/نظرات:

لغو پوشش بیمه مشترک: از پذیرفتن اجرایی شدن پوشش طرح سلامت برای خودم (و افراد تحت تکفلم [اگر فردی تحت تکفلم باشد]) امتناع می‌کنم: _____

اگر شرکت‌کننده تحت پوشش COBRA هستید، اینجا را علامت بزنید

رویدادی که منجر به واجد شرایط شدن می‌شود: _____

تاریخ اجرای رویداد فوق که منجر به واجد شرایط شدن می‌شود: _____

آیا پوشش بیمه را فسخ می‌کنید؟ اگر پاسخ «بله» است، نام(ها) را ذکر کنید: _____

تغییرات پوشش بیمه همسر/هم‌خانه قانونی/فرزند (فرزندان) تحت تکفل

اضافه کردن همسر/هم‌خانه قانونی/فرزند (فرزندان) تحت تکفل - بخش A را تکمیل کنید - تاریخ اجرای درخواستی برای موارد اضافه شده: _____

اگر همسر اضافه می‌شود، تاریخ ازدواج را ذکر کنید: _____
 هم‌خانه قانونی - اگر این مورد اضافه می‌شود، تاریخ هم‌خانگی قانونی را ذکر کنید: _____

اگر دادگاه دستور قیمومیت/تحت پوشش بودن را داده است، تاریخ آن را وارد و نسخه‌ای از اسناد حقوقی مربوط به آن را ضمیمه کنید: _____

اگر فرزندخوانده دارید، تاریخ فرزندخواندگی یا تاریخ تعیین شده برای فرزندخواندگی را وارد و نسخه‌ای از اسناد حقوقی را ضمیمه کنید: _____

فرد تحت تکفل دارای معلولیت که بیشتر از 25 سال دارد (فرم (C3674) «اعلامیه معلولیت برای فرزند تحت تکفل بالاتر از سن معین» را ضمیمه کنید یا تأیید کنید که شرکت بیمه سلامت فعلی شما این فرد دارای معلولیت را تحت پوشش قرار می‌دهد.)

تغییر دادن مبلغ پوشش «بیمه AD&D و بیمه عمر مدت دار گروهی تکمیلی» مربوط به همسر یا هم‌خانه قانونی: (مبلغ قبلی و جدید پوشش بیمه را مشخص کنید) مبلغ قبلی پوشش بیمه: \$ _____ مبلغ جدید پوشش بیمه: \$ _____ (منوط به EOI)

تغییر دادن مبلغ پوشش «بیمه AD&D و بیمه عمر مدت دار گروهی تکمیلی» مربوط به فرزند(ان): (مبلغ قبلی و جدید پوشش بیمه را مشخص کنید) مبلغ قبلی پوشش بیمه: \$ _____ مبلغ جدید پوشش بیمه: \$ _____ (منوط به EOI)

لغو پوشش بیمه فرزند (فرزندان) تحت تکفل - بخش A را تکمیل کنید - تاریخ اجرای درخواست شده برای موارد حذف شده: _____

لغو پوشش بیمه همسر یا هم‌خانه قانونی: (دلیل قابل قبول برای لغو را انتخاب کنید و تاریخ رویداد را بنویسید)

طلاق یا فسخ هم‌خانگی قانونی: تاریخ: _____

فوت: تاریخ: _____

دلایل دیگر (لطفاً مشخص کنید): _____ تاریخ: _____

لغو پوشش بیمه فرزند(ان) تحت تکفل: (دلیل قابل قبول برای لغو را انتخاب کنید و تاریخ رویداد را بنویسید)

فوت: تاریخ: _____

دلایل دیگر (لطفاً مشخص کنید) _____ تاریخ: _____

توجه: برای فرزندان تازه متولد شده/به فرزندخواندگی گرفته شده یا کودکانی که برای فرزندخواندگی در نظر گرفته شده‌اند، باید فرم تکمیل شده «درخواست تغییر مشترک بیمه» را ظرف 31 روز پس از تاریخ تولد/فرزندخواندگی/تاریخ تعیین شده برای فرزندخواندگی ارسال کنید تا به پوشش بیمه شما اضافه شود.

لطفاً مطمئن شوید که صفحه پنجم این فرم را امضا می‌کنید و آن را به ما برمی‌گردانید، زیرا امضای شما برای انجام دادن فرآیند این تغییرات ضروری است.

در صورت اضافه یا لغو کردن پوشش بیمه برای خود یا افراد تحت تکفلتان، این بخش را تکمیل کنید. اگر تغییرات مربوط به پوشش HMO/POS/DHMO هستند، اطلاعات پزشک مراقبت‌های اولیه/ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی را ذکر کنید. لطفاً دایره مربوط به مزایایی را که تغییر داده می‌شوند پر کنید:

خود فرد		لغو کردن	اضافه کردن
نام خانوادگی	نام	نام خانوادگی	نام خانوادگی
جنسیت	حرف اول نام میانی	دندانپزشکی	دندانپزشکی
لطفاً در مورد خودتان به ما بگویید. نژاد یا قومیت خود را چگونه توصیف می‌کنید؟ پاسخ دادن به این سؤالات اختیاری است و فقط برای این است که مطمئن شویم همه اعضا به طور یکسان به خدمات مراقبت با بالاترین کیفیت دسترسی دارند.		پزشکی	پزشکی
		چشم‌پزشکی	چشم‌پزشکی
1. آیا هیسپانیک (اسپانیایی‌تبار) یا لاتین‌تبار هستید؟		بیمه عمر پایه/بیمه AD&D	بیمه عمر پایه/بیمه AD&D
2. اگر پاسخ «بله» است، لطفاً یک مورد را انتخاب کنید:		فرد تحت تکفل عمر	فرد تحت تکفل عمر
3. با کدام نژاد(ها) شناخته می‌شوید؟ (یک مورد را انتخاب کنید)		تکمیلی عمر	تکمیلی عمر*
بله	کوبایی	تکمیلی	تکمیلی
خیر	گوآتمالیایی	عمر/بیمه AD&D	عمر/بیمه AD&D*
نامعلوم	مکزیک، مکزیکی-آمریکایی، چیکانو (شهروند آمریکایی مکزیکی‌تبار)		
خودداری از بیان	پورتوریکویی		
	اهل ال سالوادور		
	2 یا چند قومیت دیگر اقوام هیسپانیک، لاتین، اسپانیایی:		
سرخپوست آمریکایی	چینی		
یا بومی آلاسکا	فیلیپینی		
آسیایی-هندی	اهل جزیره گوام یا چامورو		
سیاه‌پوست یا آمریکایی-آفریقایی	همونگ		
کامبوجی			
ویتنامی			
سفیدپوست			
2 یا چند نژاد			
سایر موارد			
نامعلوم			
خودداری از بیان			
شماره تأمین اجتماعی:		تاریخ تولد (ماه/روز/سال)	
ترجیح زبانی: <input type="checkbox"/> انگلیسی <input type="checkbox"/> اسپانیایی <input type="checkbox"/> چینی <input type="checkbox"/> ویتنامی <input type="checkbox"/> فارسی <input type="checkbox"/> سایر _____			
عنوان/رده شغلی		درآمد سالانه (شامل پاداش، اضافه‌کاری و غیره نمی‌شود) \$ _____	
در صورت اضافه کردن «بیمه عمر پایه و بیمه AD&D»، لطفاً مبلغ درخواستی را مشخص کنید: \$ _____			
در صورت اضافه کردن «بیمه عمر تکمیلی» و/یا «بیمه AD&D تکمیلی»، لطفاً مبلغ درخواستی را مشخص کنید: \$ _____ منوط به تأیید از طریق «گواهینامه بیمه‌پذیری» (EOI) است. در صورت اضافه کردن «بیمه عمر پایه افراد تحت تکفل»، لطفاً مبلغ درخواستی را مشخص کنید: \$ _____			
(توجه: همسر و همه فرزندان تحت پوشش مبلغ مشابهی از مزایا قرار می‌گیرند)			
نام پزشک مراقبت‌های اولیه HMO/POS		بیمار کنونی؟	
نام پزشک: _____		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
شماره ارائه‌دهنده: _____		فقط ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی HMO Dental	
شماره IPA/MG (گروه پزشکی) / انجمن مستقل پزشکی: _____		نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: _____	
_____		شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: _____	
_____		_____	

همسر/هم‌خانه قانونی				لغو کردن	اضافه کردن
جنسیت	حرف اول نام میانی	نام	نام خانوادگی	<input type="checkbox"/> دندانپزشکی	<input type="checkbox"/> دندانپزشکی
این عضو با چه نژاد یا قومیتی شناخته می‌شود:				<input type="checkbox"/> پزشکی	<input type="checkbox"/> پزشکی
تاریخ تولد (ماه/روز/سال)		شماره تأمین اجتماعی:		<input type="checkbox"/> چشم‌پزشکی	<input type="checkbox"/> چشم‌پزشکی
در صورت اضافه کردن «بیمه عمر تکمیلی» و/یا «بیمه AD&D تکمیلی»، لطفاً مبلغ درخواستی را مشخص کنید: \$ _____ منوط به تأیید از طریق «گواهینامه بیمه‌پذیری» (EOI) است				<input type="checkbox"/> تکمیلی عمر*	<input type="checkbox"/> تکمیلی عمر/بیمه AD&D*
فقط ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی Dental HMO نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی:		بیمار کنونی؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	نام پزشک مراقبت‌های اولیه HMO/POS نام پزشک: _____ شماره ارائه‌دهنده: _____ شماره IPA/MG: _____	<input type="checkbox"/> تکمیلی عمر/بیمه AD&D	<input type="checkbox"/> تکمیلی عمر/بیمه AD&D*
فرزند				لغو کردن	اضافه کردن
جنسیت	حرف اول نام میانی	نام	نام خانوادگی	<input type="checkbox"/> دندانپزشکی	<input type="checkbox"/> دندانپزشکی
این عضو با چه نژاد یا قومیتی شناخته می‌شود:				<input type="checkbox"/> پزشکی	<input type="checkbox"/> پزشکی
تاریخ تولد (ماه/روز/سال)		شماره تأمین اجتماعی:		<input type="checkbox"/> چشم‌پزشکی	<input type="checkbox"/> چشم‌پزشکی
در صورت اضافه کردن «بیمه عمر تکمیلی» و/یا «بیمه AD&D تکمیلی»، لطفاً مبلغ را مشخص کنید: \$ _____ منوط به تأیید از طریق «گواهینامه بیمه‌پذیری» (EOI) است (توجه: همه فرزندان تحت پوشش مبلغ مشابهی از «بیمه عمر تکمیلی» و «بیمه AD&D تکمیلی» قرار می‌گیرند.)				<input type="checkbox"/> تکمیلی عمر/بیمه AD&D	<input type="checkbox"/> تکمیلی عمر/بیمه AD&D*
فقط ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی Dental HMO نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی:		بیمار کنونی؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	نام پزشک مراقبت‌های اولیه HMO/POS نام پزشک: _____ شماره ارائه‌دهنده: _____ شماره IPA/MG: _____	<input type="checkbox"/> تکمیلی عمر/بیمه AD&D	<input type="checkbox"/> تکمیلی عمر/بیمه AD&D*
فرزند				لغو کردن	اضافه کردن
جنسیت	حرف اول نام میانی	نام	نام خانوادگی	<input type="checkbox"/> دندانپزشکی	<input type="checkbox"/> دندانپزشکی
این عضو با چه نژاد یا قومیتی شناخته می‌شود:				<input type="checkbox"/> پزشکی	<input type="checkbox"/> پزشکی
تاریخ تولد (ماه/روز/سال)		شماره تأمین اجتماعی:		<input type="checkbox"/> چشم‌پزشکی	<input type="checkbox"/> چشم‌پزشکی
در صورت اضافه کردن «بیمه عمر تکمیلی» و/یا «بیمه AD&D تکمیلی»، لطفاً مبلغ را مشخص کنید: \$ _____ منوط به تأیید از طریق «گواهینامه بیمه‌پذیری» (EOI) است (توجه: همه فرزندان تحت پوشش مبلغ مشابهی از «بیمه عمر تکمیلی» و «بیمه AD&D تکمیلی» قرار می‌گیرند.)				<input type="checkbox"/> تکمیلی عمر/بیمه AD&D	<input type="checkbox"/> تکمیلی عمر/بیمه AD&D*
فقط ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی Dental HMO نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی:		بیمار کنونی؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	نام پزشک مراقبت‌های اولیه HMO/POS نام پزشک: _____ شماره ارائه‌دهنده: _____ شماره IPA/MG: _____	<input type="checkbox"/> تکمیلی عمر/بیمه AD&D	<input type="checkbox"/> تکمیلی عمر/بیمه AD&D*

<input type="checkbox"/> دندانپزشکی <input type="checkbox"/> پزشکی <input type="checkbox"/> چشم پزشکی <input type="checkbox"/> تکمیلی عمر ⁺ <input type="checkbox"/> تکمیلی عمر/بیمه AD&D ⁺		افزافه کردن <input type="checkbox"/> دندانپزشکی <input type="checkbox"/> پزشکی <input type="checkbox"/> چشم پزشکی <input type="checkbox"/> تکمیلی عمر ⁺ <input type="checkbox"/> تکمیلی عمر/بیمه AD&D ⁺	لغو کردن <input type="checkbox"/> دندانپزشکی <input type="checkbox"/> پزشکی <input type="checkbox"/> چشم پزشکی <input type="checkbox"/> تکمیلی عمر <input type="checkbox"/> تکمیلی عمر/بیمه AD&D	فرزند نام خانوادگی نام جنسیت
این عضو با چه نژاد یا قومیتی شناخته می‌شود: شماره تأمین اجتماعی:		تاریخ تولد (ماه/روز/سال)		
در صورت اضافه کردن «بیمه عمر تکمیلی» و/یا «بیمه AD&D تکمیلی»، لطفاً مبلغ را مشخص کنید: _____ \$ منوط به تأیید از طریق «گواهینامه بیمه‌پذیری» (EOI) است (توجه: همه فرزندان تحت پوشش مبلغ مشابهی از «بیمه عمر تکمیلی» و «بیمه AD&D تکمیلی» قرار می‌گیرند.)				
نام پزشک مراقبت‌های اولیه HMO/POS نام پزشک: _____ شماره ارائه دهنده: _____ شماره IPA/MG: _____		بیمار کنونی؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر		
فقط ارائه دهنده خدمات دندانپزشکی Dental HMO نام ارائه دهنده خدمات دندانپزشکی: _____ شماره ارائه دهنده خدمات دندانپزشکی: _____				

مطابق قانون کالیفرنیا، الزام یا استفاده از آزمایش HIV از سوی شرکت‌های بیمه سلامت به‌عنوان شرط دریافت پوشش بیمه سلامت ممنوع است.

تمام اطلاعاتی که در این فرم ارائه داده‌ام، دقیق و کامل است. متوجه هستم که این فرم، به همراه همه فرم‌های قبلی ثبت نام، «مدرک پوشش بیمه»/«گواهی بیمه» و «خط‌مشی/توافق‌نامه خدمات سلامت» و هرگونه تأییدیه و پیوست‌های مربوط به آن، در مجموع کل مدارک توافق‌نامه مربوط به پوشش بیمه را تشکیل می‌دهند. اگر یک نماینده/کارگزار عمداً حقایق مادی را که می‌داند نادرست است عنوان کند، آن شخص علاوه بر مجازات‌های قابل اجرا یا راهکارهای جبران‌کننده موجود بر اساس قانون فعلی، مشمول جریمه مدنی تا ده هزار دلار (\$10,000) می‌شود. هر مدعی عمومی می‌تواند برای اعمال آن مجازات مدنی اقامه دعوی مدنی کند. این جریمه‌ها باید به صندوق بیمه پرداخت شود.

امضای کارمند _____ تاریخ _____

در صورت ارسال این فرم از طریق دورنگار، این سند را در پرونده‌های خود نگه دارید.

برای محافظت از شما، طبق قانون کالیفرنیا الزامی است که این متن در این فرم درج شود: هر شخصی که آگاهانه اظهارات غلط یا متقلبانه برای به دست آوردن پوشش بیمه یا اصلاح آن یا مطالبه پرداخت خسارت ارائه دهد، مرتکب جرم شده است و ممکن است مشمول جریمه نقدی و حبس در زندان ایالتی شود.

Blue Shield of California/Blue Shield Life از محرمانگی و حریم خصوصی اطلاعات شخصی شما محافظت می‌کند. اطلاعات شخصی و سلامتی شما که ممکن است اطلاعات قابل شناسایی فردی مانند نام، نشانی، شماره تلفن، شماره تأمین اجتماعی و اطلاعات سلامت شما باشد. ما این اطلاعات را افشا نمی‌کنیم، مگر اینکه اجازه قانونی داشته باشیم.

لطفاً مطمئن شوید که صفحه پنجم این فرم را امضا می‌کنید و آن را به ما برمی‌گردانید.

زیرا امضای شما برای انجام دادن فرایندهای تغییرات ضروری است.

* هزینه‌ها توسط Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life) تأمین می‌شود. + ارائه فرم «گواهینامه بیمه‌پذیری» برای «بیمه عمر تکمیلی» الزامی است. برای هر پوشش «بیمه عمر تکمیلی» اضافه شده باید تأییدیه دریافت شود. تاریخ اجرایی شدن پوشش بیمه، از روز اول ماه پس از دریافت تأییدیه خواهد بود.



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)**。