

**لطفاً توجه داشته باشید:** پر نکردن این درخواست ثبت نام به صورت خوانا و کامل، ممکن است منجر به تأخیر در روند ثبت نام شود.

**دلیل ارائه درخواست:**

|   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> استخدام جدید       | <input type="checkbox"/> تاریخ از دست دادن پوشش بیمه | <input type="checkbox"/> ثبت نام دیرهنگام                                     |
| <input type="checkbox"/> تاریخ استخدام مجدد | <input type="checkbox"/> ثبت نام آزاد                | <input type="checkbox"/> نوع دیگری از رویداد که منجر به واجد شرایط شدن می‌شود |
|   |  | <input type="checkbox"/> تاریخ وقوع رویداد فوق                                |

**بخش 1 - دستورالعمل‌های مهم ثبت نام برای بهره‌مندی از پوشش «مزایای تخصصی»**

ثبت نام در بیمه عمر تابع قوانین زیر است:

1. تمامی مبالغ «بیمه عمر زمانی پایه» برای آن دسته از کارمندانی که پس از اولین بار واجد شرایط شدن برای دریافت مزایای ثبت نام می‌کنند کاملاً به صورت «صدور تضمینی» است (نیازی به «گواهینامه بیمه‌پذیری» نیست). برای ثبت نام‌های با تأخیر، «گواهینامه بیمه‌پذیری» الزامی است.
2. به منظور «بیمه عمر تکمیلی»، «گواهینامه بیمه‌پذیری» برای همه مبالغ بیشتر از مبلغ «صدور تضمینی» ضروری است.
3. کارمند باید در پوشش «بیمه عمر تکمیلی»/پوشش بیمه AD&D (فوت و نقص عضو ناشی از حادثه) ثبت نام کرده باشد تا همسر/هم‌خانه قانونی‌اش یا فرزندان تحت تکفلش واجد شرایط پوشش «بیمه عمر تکمیلی» شوند. همسر/هم‌خانه قانونی و/یا فرزندان تحت تکفل لازم نیست تحت پوشش «بیمه عمر پایه» افراد تحت تکفل» باشند تا واجد شرایط پوشش «بیمه عمر تکمیلی» شوند.

**بخش 2 - طرح(ها) نام(های) طرح مناسب را انتخاب کنید.**

بیمه عمر زمانی گروهی پایه کارمندان/بیمه AD&D  بیمه عمر پایه افراد تحت تکفل  بیمه عمر زمانی تکمیلی

بیمه عمر زمانی تکمیلی AD&D

**فقط برای استفاده داخلی. در این بخش چیزی ننویسید و به بخش 3 بروید.**

|        |            |               |           |                  |
|--------|------------|---------------|-----------|------------------|
| کد بخش | شناسه گروه | شناسه زیرگروه | شناسه رده | تاریخ اجرایی شدن |
|--------|------------|---------------|-----------|------------------|

**بخش 3 - اطلاعات کارمند**

|                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| شماره تأمین اجتماعی | نام (گروه) کارفرما |
|---------------------|--------------------|

|              |     |                   |
|--------------|-----|-------------------|
| نام خانوادگی | نام | حرف اول نام میانی |
|--------------|-----|-------------------|

|   |                |                |
|---|----------------|----------------|
| وضعیت استخدام:  | تاریخ استخدام: | عنوان/رده شغلی |
| <input type="checkbox"/> تمام وقت <input type="checkbox"/> پاره وقت <input type="checkbox"/> بازنشسته |                |                |

|   |  |
|---|--|
| مبلغ بیمه عمر زمانی گروهی پایه/بیمه AD&D: | نشانی منزل (خیابان، شهر، ایالت، کد پستی) |
|---|--|

|  |  |
|--|--|
| مبلغ بیمه عمر افراد تحت تکفل: (همه افراد تحت تکفل واجد شرایط تحت پوشش قرار می‌گیرند) |  |
|--|--|

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| مبلغ بیمه عمر تکمیلی (منوط به تأیید): | نشانی پستی (اگر متفاوت از نشانی منزل است) |
|---------------------------------------|---|

|  |  |
|--|--|
| مبلغ بیمه AD&D تکمیلی (منوط به تأیید): |  |
|--|--|

|                  |                 |  |
|------------------|-----------------|--|
| شماره تلفن همراه | شماره تلفن ثابت | نشانی ایمیل (برای مکاتبات الکترونیکی لازم است) |
|------------------|-----------------|--|

موافقت می‌کنم که Blue Shield و نهادها و نمایندگان وابسته به آن می‌توانند درباره حساب من و برنامه‌های مختلف سلامتی و تندرستی در دسترس من و سایر اطلاعات تبلیغاتی دیگری که می‌تواند به نفع من و افراد تحت تکفل من باشد با من ارتباط برقرار بکنند، از جمله از طریق تلفن یا پیامک به شماره‌هایی که در این فرم ذکر کرده‌ام، و با استفاده از شماره‌گیر خودکار یا صداهای مصنوعی یا از پیش ضبط شده؛ نرخ‌های استاندارد داده ممکن است اعمال شود.  بله  خیر مشارکت داوطلبانه است و می‌توانید هر زمان که خواستید انصراف دهید؛ برای کسب اطلاعات بیشتر، به [blueshieldca.com/terms](http://blueshieldca.com/terms) مراجعه کنید.

راه ارتباطی دلخواه:  الکترونیکی  کاغذی

تاریخ تولد \_\_\_\_\_ جنسیت  مذکر  مؤنث وضعیت تأهل  مجرد  متأهل  هم‌خانه قانونی  
 زبان دلخواه:  انگلیسی  اسپانیایی  چینی  ویتنامی  فارسی  سایر \_\_\_\_\_

آیا همسر/هم‌خانه قانونی و/یا فرزندان تحت تکفل خود را ثبت نام می‌کنید  بله  خیر اگر پاسخ «بله» است، بخش 4 درخواست را پر کنید.

بخش 4 - اطلاعات همسر/هم‌خانه قانونی/فرزندان تحت تکفل اگر شما، همسر/هم‌خانه قانونی یا فرزندان تحت تکفل شما از پوشش بیمه امتناع می‌کنید، لطفاً فرم «امتناع از پوشش بیمه» را تکمیل و امضا کنید.

نشانی فرد تحت تکفل، اگر متفاوت از نشانی کارمند است - لطفاً مشخص کنید که این قسمت در مورد کدام فرد (افراد) تحت تکفل صدق می‌کند:

**ثبت اطلاعات همسر/هم‌خانه قانونی**

|   |                      |                          |  |
|---|----------------------|--------------------------|--|
| نام:  | حرف اول نام میانی    | نام خانوادگی:            | راه ارتباطی دلخواه: <input type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> کاغذی<br>نشانی ایمیل (برای مکاتبات الکترونیکی لازم است) |
| <input type="checkbox"/> همسر<br><input type="checkbox"/> هم‌خانه<br>قانونی |                      |                          |  |
| جنسیت:  | شماره تأمین اجتماعی: | تاریخ تولد (سال/روز/ماه) | مبلغ بیمه عمر تکمیلی (منوط به تأیید):  |
| <input type="checkbox"/> مذکر<br><input type="checkbox"/> مؤنث              |                      |                          | مبلغ بیمه AD&D تکمیلی (منوط به تأیید):   |

**ثبت اطلاعات فرزندان (ان) تحت تکفل**

|  |                      |                          |  |
|--|----------------------|--------------------------|--|
| نام:   | حرف اول نام میانی    | نام خانوادگی:            | راه ارتباطی دلخواه (اگر 12 سال به بالا است):<br><input type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> کاغذی<br>نشانی ایمیل (برای مکاتبات الکترونیکی لازم است) |
| جنسیت:   |                      |                          |  |
| <input type="checkbox"/> مذکر<br><input type="checkbox"/> مؤنث | شماره تأمین اجتماعی: | تاریخ تولد (سال/روز/ماه) | مبلغ بیمه عمر تکمیلی (منوط به تأیید):  |
|  |                      |                          | مبلغ بیمه AD&D تکمیلی (منوط به تأیید):   |

|  |                      |                          |  |
|--|----------------------|--------------------------|--|
| نام:   | حرف اول نام میانی    | نام خانوادگی:            | راه ارتباطی دلخواه (اگر 12 سال به بالا است):<br><input type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> کاغذی<br>نشانی ایمیل (برای مکاتبات الکترونیکی لازم است) |
| جنسیت:   |                      |                          |  |
| <input type="checkbox"/> مذکر<br><input type="checkbox"/> مؤنث | شماره تأمین اجتماعی: | تاریخ تولد (سال/روز/ماه) | مبلغ بیمه عمر تکمیلی (منوط به تأیید):  |
|  |                      |                          | مبلغ بیمه AD&D تکمیلی (منوط به تأیید):   |

|  |                      |                          |  |
|--|----------------------|--------------------------|--|
| نام:   | حرف اول نام میانی    | نام خانوادگی:            | راه ارتباطی دلخواه (اگر 12 سال به بالا است):<br><input type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> کاغذی<br>نشانی ایمیل (برای مکاتبات الکترونیکی لازم است) |
| جنسیت:   |                      |                          |  |
| <input type="checkbox"/> مذکر<br><input type="checkbox"/> مؤنث | شماره تأمین اجتماعی: | تاریخ تولد (سال/روز/ماه) | مبلغ بیمه عمر تکمیلی (منوط به تأیید):  |
|  |                      |                          | مبلغ بیمه AD&D تکمیلی (منوط به تأیید):   |

**بخش 5 - ذینفع بیمه عمر**

**ذینفع اصلی** - Blue Shield Life عایدات را به ذینفع اصلی پرداخت خواهد کرد. اگر ذینفع اصلی بیش از یک نفر باشد، عایدات به طور مساوی میان بازماندگان بیمه‌گذار تقسیم خواهد شد، مگر اینکه به نحو دیگری در قسمت % مزایا ذکر شده باشد.

|      |                   |              |                     |
|------|-------------------|--------------|---------------------|
| نام  | حرف اول نام میانی | نام خانوادگی | شماره تأمین اجتماعی |
| نسبت | % مزایا           | تاریخ تولد   | نشانی               |
| شهر  | ایالت             | کد پستی      |                     |
| نام  | حرف اول نام میانی | نام خانوادگی | شماره تأمین اجتماعی |
| نسبت | % مزایا           | تاریخ تولد   | نشانی               |
| شهر  | ایالت             | کد پستی      |                     |

**ذینفع مشروط** – عواید تنها در صورتی به ذینفع مشروط پرداخت خواهد شد که هیچ‌یک از بازماندگان بیمه‌گذار، ذینفع اصلی نباشند.

|  |                   |                   |                     |
|--|-------------------|-------------------|---------------------|
| نام خانوادگی   | نام خانوادگی      | حرف اول نام میانی | نام                 |
| تاریخ تولد   | % مزایا           | نسبت              | شماره تأمین اجتماعی |
| کد پستی  | ایالت             |                   | نشانی               |
|  |                   |                   | شهر                 |
| <b>اگر ذینفع یک امین یا شرکت است، لطفاً نام و تاریخ توافق‌نامه امانی و نام ایالت محل ثبت شرکت را ارائه کنید.</b> |                   |                   |                     |
| ایالت محل ثبت شرکت   | تاریخ توافق امانی |                   | نام امین/شرکت       |

**قوانین تنصیف اموال مشترک** – اگر متأهل یا هم‌خانه قانونی ساکن در یکی از ایالت‌های مشمول قانون تنصیف اموال مشترک (California, Arizona, Idaho, Louisiana, Nevada, New Mexico, Texas, Washington یا Wisconsin) باشید و نام شخص دیگری غیر از همسر/هم‌خانه قانونی خود را به‌عنوان ذینفع معرفی کرده باشید، این احتمال وجود دارد که پرداخت مزایا به تعویق بیفتد یا محل اختلاف قرار گیرد، مگر اینکه همسر/هم‌خانه قانونی شما نیز فرم انتخاب ذینفع را امضا کند.

**با انتخاب(های) ذینفع بیان‌شده در بالا موافقم.**

نام همسر/هم‌خانه قانونی با حروف درشت: \_\_\_\_\_

امضای همسر/هم‌خانه قانونی: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

### بخش 6 – اجازه‌نامه

بخش اجازه‌نامه زیر باید توسط **همه** کارمندانی که برای پوشش بیمه Blue Shield of California Life & Health Insurance («Blue Shield Life») Company درخواست می‌دهند امضا شود.

**این ثبت‌نام بدون اجازه‌نامه امضا شده از سوی شما انجام نمی‌شود.**

**موافقت خود را با این موارد اعلام می‌کنم:** تا جایی که می‌دانم و باور دارم، تمام اطلاعات این فرم صحیح و صادقانه است. متوجه هستم که این اطلاعات مبنای صدور پوشش بیمه در این طرح است. متوجه هستم که اگر اقدام به فریب کرده یا هریک از حقایق اساسی مرتبط با این درخواست‌نامه را عمداً اشتباه جلوه داده باشم، Blue Shield of California/Blue Shield Life می‌تواند یکی از اقدامات جبرانی زیر را ظرف 24 ماه اول پوشش بیمه انجام دهد: ممکن است پوشش بیمه من لغو یا فسخ شود. متوجه هستم که ممکن است تا زمانی که این درخواست و درخواست کارفرمای من به تأیید Blue Shield of California/Blue Shield Life نرسیده است، این پوشش بیمه اجرایی نشود.

امضای کارمند \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_

نام کارمند با حروف بزرگ \_\_\_\_\_

به علاوه، به کارفرمای خود اجازه می‌دهم هرگونه حق بیمه لازم برای هزینه این طرح را (در صورت لزوم) از حقوق من کسر کند.

امضای کارمند \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_

نام کارمند با حروف بزرگ \_\_\_\_\_

قانون کالیفرنیا برای حمایت از شما موارد زیر را در این فرم الزامی می‌کند: هر شخصی که آگاهانه اطلاعات نادرست یا جعلی را برای به‌دست آوردن یا اصلاح پوشش بیمه‌ای ارائه دهد یا ادعای پرداخت خسارت کند، مرتکب جرم شده و ممکن است مشمول جریمه نقدی و حبس در زندان دولتی شود.

### افشای اطلاعات سلامت و اطلاعات شخصی

ما در Blue Shield Life، از اهمیت محرمانه نگه داشتن اطلاعات شخصی شما آگاه هستیم و وظیفه خود می‌دانیم تا این کار را بسیار سخت‌گیرانه انجام دهیم. فارغ از اینکه اطلاعات شخصی شما در قالب کاغذی، الکترونیکی یا شفاهی نگهداری شود، ما ملزم هستیم حریم خصوصی و امنیت اطلاعات شخصی شما را حفظ کنیم. این بیانیه در مورد اطلاعات شخصی مربوط به شما و افراد تحت پوشش تحت تکفل شما که توسط Blue Shield کسب، ایجاد و/یا نگهداری شده، صدق می‌کند.

در طول مدت اجرای پوشش بیمه عمر Blue Shield Life شما، ما اطلاعات مربوط به شما و افراد تحت پوشش تحت تکفل شما را جمع‌آوری و استفاده و افشا می‌کنیم و سوابق مربوط به شما و خدمات ارائه‌شده به شما را ایجاد می‌کنیم. اطلاعات موجود در این سوابق شامل اطلاعات شخصی قابل شناسایی فردی مانند نام، نشانی، شماره تلفن و شماره تأمین اجتماعی شما و همچنین اطلاعات سلامت شما، از قبیل تشخیص مراقبت سلامت یا اطلاعات ادعای خسارت است.

ما اطلاعات شخصی مربوط به شما و/یا افراد تحت پوشش تحت تکفل شما را از طریق شما، به دستور شما و/یا با اجازه شما کسب می‌کنیم. همچنین، این اطلاعات را از سایر منابع قانونی مجاز، از جمله منابعی مانند ارائه‌دهنده مراقبت سلامت، بیمه‌گر، سازمان حمایتی بیمه، تبادل اطلاعات سلامت، طرح سلامت یا نماینده بیمه، کسب می‌کنیم. ما به منظور اجرای پوشش بیمه عمر Blue Shield Life شما و موارد دیگری که مطابق قانون، مجاز یا الزامی است از اطلاعات شخصی شما استفاده می‌کنیم و آن را افشا می‌کنیم. به این منظور، ما اطلاعات شخصی شما را برای دیگران، از جمله ارائه‌دهنده مراقبت سلامت، بیمه‌گر، سازمان حمایتی بیمه، طرح سلامت یا نماینده بیمه شما افشا می‌کنیم.

Blue Shield Life به صورت مداوم یک «اطلاعیه GLBA خط مشی‌های حریم خصوصی» («اطلاعیه GLBA») منتشر می‌کند که حقوق حریم خصوصی شما، تعهد ما به محافظت از حریم خصوصی شما و نحوه استفاده ما از اطلاعات شخصی شما با و بدون اجازه‌نامه خاص شما در آن شرح داده می‌شود. ما هنگام استفاده از اطلاعات شخصی شما یا افشای آن، ملزم به مفاد «اطلاعیه GLBA» هستیم که در مورد تمام سوابقی که ایجاد، کسب و/یا حفظ می‌کنیم و شامل اطلاعات شخصی شما هستند، اعمال می‌شود. «اطلاعیه GLBA» ما هنگام ثبت‌نام برای پوشش بیمه Blue Shield Life در دسترس شما قرار خواهد گرفت. همچنین، می‌توانید نسخه‌ای از «اطلاعیه GLBA» ما را از طریق تماس با شماره خدمات مشتریان در کارت عضویت Blue Shield خود یا مراجعه به وبسایت ما به نشانی زیر دریافت کنید:

[blueshieldca.com/bsca/about-blue-shield/privacy/GLBA\\_Notice\\_of\\_privacy\\_practices.sp](https://blueshieldca.com/bsca/about-blue-shield/privacy/GLBA_Notice_of_privacy_practices.sp)



## 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](https://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](https://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](https://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)**。