

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
團體名字/雇主姓名 (如果適用)	電子郵件地址	

**變更**

是  否 這是否為地址的變更/更正?

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

如回答「是」, 請註明受扶養家屬的姓名和變更地址: \_\_\_\_\_

將本人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/添加本人的健康保險到:  Access+ HMO® \_\_\_\_\_  Access+ HMO® SaveNet<sup>SM</sup> \_\_\_\_\_  Local Access+ HMO \_\_\_\_\_  
 Trio HMO \_\_\_\_\_  Trio HMO Savings \_\_\_\_\_  Full PPO \_\_\_\_\_  Active Choice\*\* \_\_\_\_\_  Active Choice® Plus \_\_\_\_\_  
 Active Choice® Classic \_\_\_\_\_  Full PPO Savings \_\_\_\_\_  Tandem PPO \_\_\_\_\_  Tandem PPO Savings \_\_\_\_\_  
 Added Advantage POS<sup>SM</sup> \_\_\_\_\_

將本人的 ABHP (基於帳戶的健康計劃) 福利承保轉換到:

對於 Access+ HMO®:  HRA  HIA  FSA  
 對於 Access+HMO® SaveNet<sup>SM</sup>:  HRA  HIA  FSA  
 對於 Local Access+ HMO:  HRA  HIA  FSA  
 對於 Trio HMO:  HRA  HIA  FSA  
 對於 Trio HMO Savings:  HSA  HRA  HIA  FSA  LPFSA  
 對於 Full PPO:  HRA  HIA  FSA  
 對於 Active Choice®:  HRA  HIA  FSA

對於 Active Choice® Plus:  HRA  HIA  FSA  
 對於 Active Choice® Classic:  HRA  HIA  FSA  
 對於 Full PPO Savings:  HSA  HRA  HIA  FSA  LPFSA  
 對於 Tandem PPO:  HRA  HIA  FSA  
 對於 Tandem PPO Savings:  HSA  HRA  HIA  FSA  LPFSA  
 Added Advantage POS<sup>SM</sup>:  HRA  HIA  FSA

將本人的專科福利承保轉為:  DHMO \_\_\_\_\_  DPPO \_\_\_\_\_  DINO \_\_\_\_\_  
 在本人的雇主團體中, 從團體號 \_\_\_\_\_ 轉為團體號 \_\_\_\_\_。註: 如果要把保險轉為 HMO、POS 或 DHMO, 請填寫 A 部分。

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: \$ \_\_\_\_\_ 新的保險保額: \$ \_\_\_\_\_  
 補充性人壽保險和/或補充性 AD&D 的保險保額: \$ \_\_\_\_\_ 新的保險保額: \$ \_\_\_\_\_  
 (如果要購買補充性 AD&D 保險, 它的保險保額總是與補充性人壽保險的保險保額相同)

將姓名更正/更改為: \_\_\_\_\_

將電子郵件地址更正/更改為: \_\_\_\_\_

更正/更改本人的出生日期, 從: \_\_\_\_\_ 改為: \_\_\_\_\_

其他更改/說明: \_\_\_\_\_

投保人取消投保: 本人拒絕為自己 (和本人的受扶養家屬, 如果有的話) 投保健康保險計劃, 生效日期: \_\_\_\_\_

COBRA 參與者

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/受扶養子女保險變更

添加配偶/同居伴侶/受扶養子女 - 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 歲以上的殘障受扶養家屬 (附上「超齡的受扶養子女殘障聲明」表 (C3674), 或確認您目前的健康保險承保商為這名殘障受扶養家屬提供了保險。)

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: \$ \_\_\_\_\_

受扶養家屬保險註銷 - 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: \_\_\_\_\_

受扶養子女的年齡: (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/受扶養/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, 因為第二頁包含您的簽名, 這是處理這些變更所必需的。

## A 部分

如果為自己或您的受扶養家屬添加/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"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 基本人壽/ AD&D <input type="checkbox"/> 受扶養家屬 人壽 <input type="checkbox"/> 補充性 人壽† <input type="checkbox"/> 補充性 人壽/ AD&D†	<input type="checkbox"/> 牙科 <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 基本人壽/ AD&D <input type="checkbox"/> 受扶養家屬 人壽 <input type="checkbox"/> 補充性 人壽 <input type="checkbox"/> 補充性 人壽/ AD&D	<table border="1"> <tr> <td>姓氏</td> <td>名字</td> <td>中間名首字母</td> <td>性別</td> </tr> <tr> <td colspan="4">請介紹一下您自己。請說明您的種族或族裔。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。</td> </tr> <tr> <td>1. 您是西班牙裔或拉丁美洲裔嗎?</td> <td>2. 若是, 請選擇一項:</td> <td colspan="2">3. 您是什麼種族? (選擇一項)</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 是  <input type="checkbox"/> 否  <input type="checkbox"/> 不詳  <input type="checkbox"/> 拒絕回答                 </td> <td> <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 種或 2 種以上族裔  <input type="checkbox"/> 其他西班牙裔, 拉丁裔, 西班牙人: _____                 </td> <td colspan="2"> <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"/> 黑人或非裔美國人  <input type="checkbox"/> 高棉人  <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"/> 老撾人  <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 種或 2 種以上種族  <input type="checkbox"/> 其他複選框  <input type="checkbox"/> 不詳  <input type="checkbox"/> 拒絕回答                 </td> </tr> <tr> <td colspan="2">社會安全號碼: _____</td> <td colspan="2">出生日期 (月/日/年) _____</td> </tr> <tr> <td colspan="4">選擇首選語言: <input type="checkbox"/> 英文 <input type="checkbox"/> 西班牙文 <input type="checkbox"/> 中文 <input type="checkbox"/> 越南文 <input type="checkbox"/> 波斯語 <input type="checkbox"/> 其他 _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">職位名稱/分組</td> <td colspan="2">年收入 (不包括獎金、加班費等) \$ _____</td> </tr> <tr> <td colspan="4">如要添加基本人壽和 AD&amp;D 保險, 請註明申請金額: \$ _____</td> </tr> <tr> <td colspan="4">如要添加補充性人壽和/或補充性 AD&amp;D 保險, 請註明申請金額: \$ _____</td> </tr> <tr> <td colspan="4">如要添加受扶養家屬的人壽保險, 請註明申請金額: \$ _____</td> </tr> <tr> <td colspan="4">(注: 配偶和所有子女都會被承保同樣的福利金額)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">HMO/POS 主治醫生姓名</td> <td>已經是其患者?</td> <td>僅 Dental HMO 牙科服務提供者</td> </tr> <tr> <td colspan="2">醫生姓名: _____</td> <td><input type="checkbox"/> 是</td> <td>牙科服務提供者姓名: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">服務提供者編號: _____</td> <td><input type="checkbox"/> 否</td> <td>牙科服務提供者編號: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">IPA (獨立執業協會)/MG (醫療團體) 編號: _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	姓氏	名字	中間名首字母	性別	請介紹一下您自己。請說明您的種族或族裔。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。				1. 您是西班牙裔或拉丁美洲裔嗎?	2. 若是, 請選擇一項:	3. 您是什麼種族? (選擇一項)		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不詳 <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 種或 2 種以上族裔 <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"/> 黑人或非裔美國人 <input type="checkbox"/> 高棉人 <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"/> 老撾人 <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 種或 2 種以上種族 <input type="checkbox"/> 其他複選框 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答		社會安全號碼: _____		出生日期 (月/日/年) _____		選擇首選語言: <input type="checkbox"/> 英文 <input type="checkbox"/> 西班牙文 <input type="checkbox"/> 中文 <input type="checkbox"/> 越南文 <input type="checkbox"/> 波斯語 <input type="checkbox"/> 其他 _____				職位名稱/分組		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: \$ _____				如要添加受扶養家屬的人壽保險, 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	牙科服務提供者姓名: _____	服務提供者編號: _____		<input type="checkbox"/> 否	牙科服務提供者編號: _____	IPA (獨立執業協會)/MG (醫療團體) 編號: _____			
姓氏	名字	中間名首字母	性別																																																											
請介紹一下您自己。請說明您的種族或族裔。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。																																																														
1. 您是西班牙裔或拉丁美洲裔嗎?	2. 若是, 請選擇一項:	3. 您是什麼種族? (選擇一項)																																																												
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不詳 <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 種或 2 種以上族裔 <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"/> 黑人或非裔美國人 <input type="checkbox"/> 高棉人 <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"/> 老撾人 <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 種或 2 種以上種族 <input type="checkbox"/> 其他複選框 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答																																																												
社會安全號碼: _____		出生日期 (月/日/年) _____																																																												
選擇首選語言: <input type="checkbox"/> 英文 <input type="checkbox"/> 西班牙文 <input type="checkbox"/> 中文 <input type="checkbox"/> 越南文 <input type="checkbox"/> 波斯語 <input type="checkbox"/> 其他 _____																																																														
職位名稱/分組		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: \$ _____																																																														
如要添加受扶養家屬的人壽保險, 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	牙科服務提供者姓名: _____																																																											
服務提供者編號: _____		<input type="checkbox"/> 否	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"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 補充性 人壽† <input type="checkbox"/> 補充性 人壽/ AD&D†	<input type="checkbox"/> 牙科 <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 補充性 人壽 <input type="checkbox"/> 補充性 人壽/ AD&D	<table border="1"> <tr> <td>姓氏</td> <td>名字</td> <td>中間名首字母</td> <td>性別</td> </tr> <tr> <td colspan="4">該成員是什麼種族或族裔:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">社會安全號碼: _____</td> <td colspan="2">出生日期 (月/日/年) _____</td> </tr> <tr> <td colspan="4">如要添加補充性人壽和/或補充性 AD&amp;D 保險, 請註明申請金額: \$ _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">HMO/POS 主治醫生姓名</td> <td>已經是其患者?</td> <td>僅 Dental HMO 牙科服務提供者</td> </tr> <tr> <td colspan="2">醫生姓名: _____</td> <td><input type="checkbox"/> 是</td> <td>牙科服務提供者姓名: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">服務提供者編號: _____</td> <td><input type="checkbox"/> 否</td> <td>牙科服務提供者編號: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">IPA (獨立執業協會)/MG (醫療團體) 編號: _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	姓氏	名字	中間名首字母	性別	該成員是什麼種族或族裔:				社會安全號碼: _____		出生日期 (月/日/年) _____		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: \$ _____				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	牙科服務提供者姓名: _____	服務提供者編號: _____		<input type="checkbox"/> 否	牙科服務提供者編號: _____	IPA (獨立執業協會)/MG (醫療團體) 編號: _____																															
姓氏	名字	中間名首字母	性別																																																											
該成員是什麼種族或族裔:																																																														
社會安全號碼: _____		出生日期 (月/日/年) _____																																																												
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: \$ _____																																																														
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	牙科服務提供者姓名: _____																																																											
服務提供者編號: _____		<input type="checkbox"/> 否	牙科服務提供者編號: _____																																																											
IPA (獨立執業協會)/MG (醫療團體) 編號: _____																																																														

<b>添加</b>	<b>取消</b>	<b>子女</b>			
<input type="checkbox"/> 牙科 <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 補充性人壽 <sup>†</sup> <input type="checkbox"/> 補充性人壽/AD&D <sup>†</sup>	<input type="checkbox"/> 牙科 <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 補充性人壽 <input type="checkbox"/> 補充性人壽/AD&D	姓氏	名字	中間名首字母	性別
該成員是什麼種族或族裔：					
		社會安全號碼：	出生日期(月/日/年) _____		
如要添加補充性人壽和/或補充性 AD&D 保險，請註明金額：\$ _____ (\$5,000 或 \$10,000) (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。)					
如要添加受扶養家屬的人壽保險，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 醫生姓名： _____ 服務提供者編號： _____ IPA (獨立執業協會)/MG (醫療團體) 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： _____	
<b>添加</b>	<b>取消</b>	<b>子女</b>			
<input type="checkbox"/> 牙科 <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 補充性人壽 <sup>†</sup> <input type="checkbox"/> 補充性人壽/AD&D <sup>†</sup>	<input type="checkbox"/> 牙科 <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 補充性人壽 <input type="checkbox"/> 補充性人壽/AD&D	姓氏	名字	中間名首字母	性別
該成員是什麼種族或族裔：					
		社會安全號碼：	出生日期(月/日/年) _____		
如要添加補充性人壽和/或補充性 AD&D 保險，請註明金額：\$ _____ (\$5,000 或 \$10,000) (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。)					
如要添加受扶養家屬的人壽保險，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 醫生姓名： _____ 服務提供者編號： _____ IPA (獨立執業協會)/MG (醫療團體) 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： _____	
<b>添加</b>	<b>取消</b>	<b>子女</b>			
<input type="checkbox"/> 牙科 <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 補充性人壽 <sup>†</sup> <input type="checkbox"/> 補充性人壽/AD&D <sup>†</sup>	<input type="checkbox"/> 牙科 <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 補充性人壽 <input type="checkbox"/> 補充性人壽/AD&D	姓氏	名字	中間名首字母	性別
該成員是什麼種族或族裔：					
		社會安全號碼：	出生日期(月/日/年) _____		
如要添加補充性人壽和/或補充性 AD&D 保險，請註明金額：\$ _____ (\$5,000 或 \$10,000) (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。)					
如要添加受扶養家屬的人壽保險，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 醫生姓名： _____ 服務提供者編號： _____ IPA (獨立執業協會)/MG (醫療團體) 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： _____	

本人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。

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。**

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，因為第二頁包含您的簽名，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。

### 披露：已翻譯的文檔

**請知悉：英語版為本文檔官方版本，隨附供參考。本外語版僅供資訊參考。**

Disclosure: Translated Document

Please note the English language version is the official version of the document, and is attached for reference.  
This foreign language version is for informational purposes only.

# Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

## 向個人發出的無歧視及無障礙通行要求通知

### 歧視是一種違法行為

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company 遵循適用的州法律和聯邦公民權利法律，並且不以種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡或殘障為由而進行歧視。Blue Shield of California Life & Health Insurance Company 不會因種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡或殘障而排斥或區別對待任何人。

### Blue Shield Life :

- 為殘障人士免費提供如下協助與服務，以便殘障人士有效地與我們進行溝通：
  - 合格的手語翻譯
  - 他格式的文本資訊（包括大字印刷版、音頻文件、可存取的電子格式以及其他格式）
- 為母語為非英語的人士提供如下免費語言服務：
  - 合格的口譯員
  - 其他語言版本的文本資訊

如您需要以上服務，請聯絡 Blue Shield Life 民權協調員。

如您認為 Blue Shield Life 未能提供如上服務，或以其他方式基於種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡或殘障進行歧視，您可以向以下機構提交申訴：

**Blue Shield of California Life & Health Insurance Company Civil Rights Coordinator**  
P.O. Box 629007  
El Dorado Hills, CA 95762-9007  
電話：(844) 831-4133 (TTY: 711)  
傳真：(844) 696-6070  
電子郵件：BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

您可以親自前來申訴，或將申訴透過郵遞、傳真或發送電子郵件的方式提交。如需提交申訴方面的協助，我們的民權協調員將隨時為您提供協助。

如您認為 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company 未能提供如上服務，或以任何其他方式基於種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡或殘障為由而進行歧視，您還可就此聯絡加州 Department of Insurance（保險部）。您可以向以下機構提出申訴：

California Department of Insurance  
Consumer Communications Bureau  
300 S. Spring Street, South Tower  
Los Angeles, CA 90013

電話：1-800-927-HELP (4357) 或 TDD 1-800-482-4833  
投訴表格可前往以下網站獲得：

**[www.insurance.ca.gov/01-consumers/101-help](http://www.insurance.ca.gov/01-consumers/101-help)**

如您認為未能獲得如上服務，或以任何其他方式基於種族、膚色、原國籍、年齡、殘障情況或性別而遭受歧視，您還可以透過民權辦公室的投訴門戶，以電子方式向 U.S. Department of Health and Human Services（美國衛生和公共服務部）的 Office for Civil Rights（民權辦公室）提交民權投訴，網址為

**<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**，  
或透過郵遞或電話提交投訴，聯絡方式如下：

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW.  
Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201

(800) 368-1019; TTY: (800) 537-7697

投訴表格可前往以下網站獲得：

**[www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html)**。

# Notice of the Availability of Language Assistance Services

## Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

**No Cost Language Services.** You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-866-346-7198. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. English

**Servicios de idiomas sin costo.** Puede obtener un intérprete. Le pueden leer documentos y que le envíen algunos en español. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación o al 1-866-346-7198. Para obtener más ayuda, llame al Departamento de Seguros de CA al 1-800-927-4357. Spanish

**免費語言服務。** 您可獲得口譯員服務。可以用中文把文件唸給您聽，有些文件有中文的版本，也可以把這些文件寄給您。欲取得協助，請致電您的保險卡所列的電話號碼，或撥打 1-866-346-7198 與我們聯絡。欲取得其他協助，請致電 1-800-927-4357 與加州保險部聯絡。Chinese

**Các Dịch Vụ Trợ Giúp Ngôn Ngữ Miễn Phí.** Quý vị có thể được nhận dịch vụ thông dịch. Quý vị có thể được người khác đọc giúp các tài liệu và nhận một số tài liệu bằng tiếng Việt. Để được giúp đỡ, hãy gọi cho chúng tôi tại số điện thoại ghi trên thẻ hội viên của quý vị hoặc 1-866-346-7198. Để được trợ giúp thêm, xin gọi Sở Bảo Hiểm California tại số 1-800-927-4357. Vietnamese

무료 통역 서비스. 귀하는 한국어 통역 서비스를 받으실 수 있으며 한국어로 서류를 낭독해주는 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하신 분은 귀하의 ID 카드에 나와있는 안내 전화: 1-866-346-7198번으로 문의해 주십시오. 보다 자세한 사항을 문의하실 분은 캘리포니아 주 보험국, 안내 전화 1-800-927-4357번으로 연락해 주십시오. Korean

**Walang Gastos na mga Serbisyo sa Wika.** Makakakuha ka ng interpreter o tagasalin at maipababasa mo sa Tagalog ang mga dokumento. Para makakuha ng tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card o sa 1-866-346-7198. Para sa karagdagang tulong, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357 Tagalog

**Ամսօր Լեզվական Ծառայություններ:** Դուք կարող եք թարգման ձեր բերել և փաստաթղթերը ընթերցել տալ ձեզ համար հայերեն լեզվով: Օգնության համար մեզ զանգահարեք ձեր ինքնության (ID) տոմսի վրա նշված կամ 1-866-346-7198 համարով: Լրացուցիչ օգնության համար 1-800-927-4357 համարով զանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրության Բաժանմունք: Armenian

**Бесплатные услуги перевода.** Вы можете воспользоваться услугами переводчика, и ваши документы прочтут для вас на русском языке. Если вам требуется помощь, звоните нам по номеру, указанному на вашей идентификационной карте, или 1-866-346-7198. Если вам требуется дополнительная помощь, звоните в Департамент страхования штата Калифорния (Department of Insurance), по телефону 1-800-927-4357. Russian

**無料の言語サービス** 日本語で通訳をご提供し、書類をお読みします。サービスをご希望の方は、IDカード記載の番号または1-866-346-7198までお問い合わせください。更なるお問い合わせは、カリフォルニア州保険庁、1-800-927-4357までご連絡ください。Japanese

**خدمات مجانی مربوط به زبان.** میتوانید از خدمات یک مترجم شفاهی استفاده کنید و بگوئید مدارک به زبان فارسی برایتان خوانده شوند. برای دریافت کمک، با ما از طریق شماره تلفنی که روی کارت شناسائی شما قید شده است و یا این شماره 1-866-346-7198 تماس بگیرید. برای دریافت کمک بیشتر، به CA Dept. of Insurance (اداره بیمه کالیفرنیا) به شماره 1-800-927-4357 تلفن کنید. Persian

**ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ:** ਤੁਸੀਂ ਦੁਬਾਰੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਸੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕੁਝ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਭੇਜੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਆਈਡੀ (ID) ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਜਾਂ 1-866-346-7198 'ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਵਧੇਰੇ ਮਦਦ ਲਈ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ ਇਨਸੂਰੈਂਸ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। Punjabi

**សេវាកម្មភាសាភាគីតិចថ្លៃ** ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែភាសា និងអានឯកសារជូនអ្នកជា ភាសាខ្មែរ ។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខដែលមានបង្ហាញលើប័ណ្ណសំគាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬលេខ 1-866-346-7198 ។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែមទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា តាមលេខ 1-800-927-4357 Khmer

**خدمات ترجمة بدون تكلفة.** يمكنك الحصول علي مترجم و قراءة الوثائق لك باللغة العربية. للحصول علي المساعدة، اتصل علي الرقم المبين علي بطاقة عضويتك أو علي الرقم 1-866-346-7198. للحصول علي المزيد من المعلومات، اتصل بإدارة التأمين لولاية كاليفورنيا علي الرقم 1-800-927-4357. Arabic

**Cov Kev Pab Txhais Lus Tsis Them Nqi.** Koj yuav thov tau kom muaj neeg los txhais lus rau koj thiab kom neeg nyeem cov ntawv ua lus Hmoob. Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj nyob hauv koj daim yuaj ID los sis 1-866-346-7198. Yog xav tau kev pab ntxiv hu rau CA lub Caj Meem Fai Muab Kev Tuav Pov Hwm ntawm 1-800-927-4357 Hmong

บริการทางภาษาอย่างไม่เสียค่าใช้จ่าย คุณสามารถรับบริการจากล่าม รวมถึงให้เจ้าหน้าที่อ่านเอกสารให้คุณฟัง หรือส่งเอกสารบางส่วนในภาษาของคุณไปหาคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ กรุณาโทรศัพท์ตามหมายเลขที่ระบุอยู่ด้านหลังบัตรประจำตัวของคุณ หรือ ที่หมายเลข 1-866-346-7198 หากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม โปรดโทรมาที่ กรมการประกันภัยแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนียที่หมายเลข 1-800-927-4357 Thai

निःशुल्क भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषिया की सेवा प्राप्त कर सकते हैं। आप दस्तावेजों को पढ़वा के सुन सकते हैं और कुछ को अपनी भाषा में स्वयं को भिजवा सकते हैं। सहायता के लिए, अपने ID कार्ड पर दिए गए नंबर पर, या 1-866-346-7198 पर हमें फ़ोन करें। अधिक सहायता के लिए कैलीफोर्निया बीमा विभाग (CA Dept. of Insurance) को 1-800-927-4357 पर फ़ोन करें। Hindi

**Doo bááh ílínígó saad bee yát'i' bee aná'áwo'.** Díí shá ata'halne'dooígí hólóq̄doo nínízingo éí bííghah. Naaltsoos naanínáhájeehígí shich'í' yíidooltah éí doodagó ía' shich'í' ádoolnííł nínízingo bííghah. Shíká a'doowoł nínízingo nihich'í' béesh bee hodiílnih dóo námbóo éí díí ninaaltsoos dootł'ízhígí bee néiho'díłzinígí bine'dée' bikáá' éí doodagó éí (866)346-7198jí' hodiílnih. Hózhó shíká anáá'doowoł nínízingo éí díí béeso ách'áah naa'nil bił haz'áají' 1-800-927-4357jí' hodiílnih. Navajo

**ບໍລິການແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.** ທ່ານສາມາດຂໍເອົາຜູ້ແປພາສາໄດ້. ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ອ່ານເອກະສານໃຫ້ທ່ານຟັງ ແລະ ສົ່ງເອກະສານບາງຢ່າງທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ໃຫ້ໂທຫາພວກເຮົາຕາມເບີໂທລະສັບທີ່ມີໃບບັດປະຈໍາຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ໂທຫາເບີ1-866-346-7198. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມໂທຫາ ພະແນກ ປະກັນໄພຂອງລັດຄາລິຟໍເນຍໄດ້ທີ່ເບີ1-800-927-4357. Laotian