

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

Thông tin nhân viên

Họ	Tên	Tên đệm
Số An sinh Xã hội	Mã số nhận dạng Blue Shield	Nhóm/bộ phận Số (vui lòng kiểm tra thẻ nhận dạng Blue Shield của bạn)
Ngày sự kiện đủ tiêu chuẩn ____/____/____	Ngày hiệu lực chương trình COBRA ____/____/____	
Sự kiện đủ tiêu chuẩn (kiểm tra một sự kiện)		
<input type="checkbox"/> Chấm dứt hay giảm số giờ của người lao động được chi trả bảo hiểm	<input type="checkbox"/> Trẻ em phụ thuộc không đủ tiêu chuẩn bảo hiểm theo chương trình bảo hiểm	
<input type="checkbox"/> Tình trạng ly hôn hay ly thân hợp pháp của người lao động được chi trả bảo hiểm	<input type="checkbox"/> Chấm dứt hoặc giảm số giờ do mất khả năng làm việc	
<input type="checkbox"/> Quyền được hưởng các phúc lợi chăm sóc sức khỏe Medicare của người lao động được chi trả bảo hiểm	<input type="checkbox"/> Người lao động được chi trả bảo hiểm chết	

Hội viên được chi trả bảo hiểm đủ tiêu chuẩn theo chương trình COBRA phải hoàn thành mục dưới đây:

Số An sinh Xã hội	Mã số nhận dạng Blue Shield	Tên đệm
Họ	Tên	Tên đệm
Địa chỉ		
Thành phố	Bang	Mã ZIP
Số điện thoại		
Ngày sinh: ____/____/____	Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Đã kết hôn: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Nếu là hội viên của chương trình HMO/POS, vui lòng ghi tên Bác sĩ Cá nhân của bạn:

IPA/Tên Tổ chức chăm sóc sức khỏe:	Số điện thoại
Vui lòng ghi mức bảo hiểm hiện tại bạn muốn tiếp tục duy trì:	
<input type="checkbox"/> Lựa chọn Chương trình Chăm sóc sức khỏe: _____	<input type="checkbox"/> Lựa chọn Chương trình Nha khoa: _____
<input type="checkbox"/> Tầm nhìn: _____	

Chữ ký của hội viên đủ tiêu chuẩn

Ngày

Liệt kê tất cả người phụ thuộc đủ điều kiện được chi trả bảo hiểm dưới đây

Chỉ những người phụ thuộc trước đó đã đăng ký tham gia chương trình của tổ chức mới đủ điều kiện được chi trả bảo hiểm theo chương trình COBRA. Để bổ sung người phụ thuộc trước đó chưa đăng ký tham gia bảo hiểm theo chương trình bảo hiểm của tổ chức, vui lòng tham khảo số tay *Chứng từ Bảo hiểm* (EOC) hoặc *Chứng nhận Bảo hiểm* (COI) để biết thêm các điều khoản phù hợp.

Quan hệ	Họ	Tên	Ngày sinh: ____/____/____
Bảo hiểm y tế khác? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu là hội viên của HMO, vui lòng ghi tên bác sĩ:		Số An sinh Xã hội
Quan hệ	Họ	Tên	Ngày sinh: ____/____/____
Bảo hiểm y tế khác? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu là hội viên của HMO, vui lòng ghi tên bác sĩ:		Số An sinh Xã hội
Quan hệ	Họ	Tên	Ngày sinh: ____/____/____
Bảo hiểm y tế khác? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu là hội viên của HMO, vui lòng ghi tên bác sĩ:		Số An sinh Xã hội

Vui lòng nộp mẫu đã hoàn thành này về địa chỉ thích hợp dưới đây theo quy mô nhóm

Đối với nhóm người lao động có số lượng dưới 50 lao động:

Gửi mẫu đã hoàn thành này về:
Blue Shield of California
P.O. Box 3008
Lodi, CA 95241-1912
Fax: (209) 367-6475

Đối với nhóm người lao động có số lượng trên 50 lao động:

Gửi mẫu đã hoàn thành này về:
Blue Shield of California
P.O. Box 629014
El Dorado Hills, CA 95762-9014
Fax: (916) 350-8800