

Đơn đăng ký tham gia Blue Shield Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe Cá nhân và Gia đình



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

Đơn đăng ký này dùng để đăng ký bảo hiểm trực tiếp với Blue Shield cho Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe Cá nhân và Gia đình (IFP). Để đăng ký hoặc điều chỉnh phạm vi bảo hiểm có được thông qua Covered California, xin liên lạc trực tiếp với Covered California.

(CHỈ DÀNH CHO ĐẠI LÝ)

ĐƠN ĐĂNG KÝ PHẢI ĐIỂN BẰNG MỰC MÀU XANH DƯƠNG HOẶC MÀU ĐEN, VIẾT IN HOA TẤT CẢ. Xin vui lòng đảm bảo rằng quý vị đã trả lời tất cả các câu hỏi đầy đủ và chính xác nhất có thể và gửi kèm phí bảo hiểm của tháng đầu tiên để tránh việc bị trả lại đơn đăng ký tham gia. Nộp TẤT CẢ các trang, từ 1 đến 12, đơn đăng ký tham gia đầy đủ của quý vị bao gồm bất kỳ tài liệu hỗ trợ nào khác cho Blue Shield Nơi nhận: I&B- Applications, P.O. Box 3008, Lodi, CA 95241-9969 hoặc fax: (888) 386-3420. Hãy gọi Blue Shield theo số (800) 431-2809, hoặc liên hệ với đại lý của quý vị để được trợ giúp điền đơn đăng ký tham gia. **Nên đánh dấu các ô như sau:**

MÃ THỊ TRƯỜNG

Lý do đăng ký: Đăng ký đúng hạn - ghi danh mới Đăng ký đúng hạn - thêm thành viên gia đình vào chương trình bảo hiểm hiện tại Chuyển Chương Trình
 Ghi Danh Đặc Biệt/ Sự kiện đủ điều kiện - Bằng cách đánh dấu vào ô này, quý vị xác nhận theo sự hiểu biết chính xác nhất của mình, quý vị có đủ điều kiện để Ghi Danh Đặc Biệt.

Ngày xuất hiện sự kiện đủ điều kiện để có thể Ghi Danh Đặc Biệt: ____/____/____

Vui lòng giải thích loại sự kiện đủ điều kiện để có thể Ghi Danh Đặc Biệt: _____

Lưu ý: Quý vị phải nộp đơn trong vòng 60 ngày kể từ khi xuất hiện sự kiện để chọn bảo hiểm này.

Nếu thêm một người phụ thuộc vào bảo hiểm hiện có, vui lòng cung cấp mã số đăng ký Blue Shield của người đăng ký hiện tại: _____

Phần 1 - Thông tin người đăng ký chính

Quý vị có đủ điều kiện để đăng ký cho chương trình bảo hiểm sức khỏe cá nhân và gia đình Blue Shield nếu quý vị là: cư dân California và không đủ điều kiện để tham gia chương trình Medicare.

Số An Sinh Xã Hội/ Mã số thuế của người đăng ký _____

Tên		Tên đệm	
Họ			
<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Đã kết hôn: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Bạn Đời Sống Chung: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Ngày sinh (tháng/ngày/năm) ____/____/____
Số điện thoại cơ quan của người đăng ký tham gia ()		Số điện thoại nhà của người đăng ký tham gia ()	
Số fax của người đăng ký tham gia ()		Số điện thoại di động của người đăng ký tham gia ()	
Địa chỉ email của người đăng ký tham gia:			
Nếu hiện là hội viên Blue Shield, hãy cung cấp mã số của người đăng ký:			
Địa chỉ nhà (Số P.O. Box)			Căn Hộ Số
Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP	
Địa chỉ gửi hóa đơn (nếu khác ở trên)			Căn Hộ Số
Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP	
Địa chỉ gửi đường bưu điện (nếu khác với địa chỉ nhà)			Căn Hộ Số
Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP	
Mã ZIP công ty của người đăng ký		Mã ZIP công ty của vợ/chồng/bạn đời sống chung	
Liệt kê (những) tên khác đã dùng trước đây			

Lựa chọn Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe (chỉ đánh dấu vào một ô):

Chương trình của Blue Shield of California:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Platinum 90 PPO | <input type="checkbox"/> Silver Seven 3750 PPO | <input type="checkbox"/> Bronze 5550 PPO |
| <input type="checkbox"/> Gold 80 PPO | <input type="checkbox"/> Silver 1850 PPO | <input type="checkbox"/> Bronze 60 HSA PPO |
| <input type="checkbox"/> Silver 70 PPO | <input type="checkbox"/> Bronze 60 PPO | <input type="checkbox"/> Minimum Coverage PPO |

Quý vị phải nộp đơn đăng ký bảo hiểm trước ngày 15 của tháng để bảo hiểm có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo. Nếu quý vị nộp đơn đăng ký giữa ngày 16 và ngày cuối cùng của tháng, bảo hiểm sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng thứ hai tiếp theo. Ngày có hiệu lực trong thời gian Ghi Danh Đặc Biệt có thể khác với trong Đăng ký đúng hạn. Xem Phần 5(b), Mục 4 để biết thêm chi tiết.

Ngày có hiệu lực theo yêu cầu (xem Phần 5(b), Mục 4 để biết thông tin) ____/____/____

Lưu ý: Các mẫu đơn Tóm Tắt về Quyền Lợi và Bảo Hiểm (SBC) sẵn có cho tất cả các chương trình bảo hiểm y tế. Các mẫu đơn này tóm tắt bảo hiểm và quyền lợi cho các chương trình một cách đồng bộ. Đăng nhập vào blueshieldca.com/sbc để tải về các mẫu đơn SBC cho bất kỳ chương trình nào mà quý vị đã đăng ký.

Phần 1 – Thông tin người đăng ký chính (tiếp theo):

(a) Người đăng ký chính hiện có cư ngụ tại California không? Có Không Nếu không, người đăng ký chính cư ngụ ở đâu? _____

Cho biết ngôn ngữ ưu tiên: Tiếng Anh Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Hoa Tiếng Việt Tiếng Hàn Quốc Khác: _____

Phương thức liên lạc ưu tiên (đánh dấu chọn một): Điện thoại nhà Điện thoại nơi làm việc Điện thoại di động
 Email Thư từ thông thường

Thời gian thích hợp nhất để liên lạc:
 Sáng Chiều tối

Đánh dấu ở đây nếu quý vị đã có bảo hiểm Blue Shield.

Nếu có bảo hiểm trước đây, hãy cung cấp mã số đăng ký Blue Shield, nếu biết: _____

Phần 2 – Lựa chọn chương trình bảo hiểm bổ sung cho người đăng ký tham gia chính

Quý vị cũng có thể mua một chương trình bảo hiểm nha khoa, nhãn khoa hoặc gói nha khoa + nhãn khoa và/hoặc bảo hiểm nhân thọ để bổ sung cho bảo hiểm y tế của mình. Các chương trình bảo hiểm nha khoa, nhãn khoa, nha khoa + nhãn khoa, và/hoặc bảo hiểm nhân thọ cũng sẵn có mà không cần bảo hiểm y tế.

Các lựa chọn chương trình nha khoa và nhãn khoa (vui lòng chỉ chọn một chương trình nha khoa và/hoặc một chương trình nhãn khoa HOẶC gói Specialty Duo):

Dental HMO Enhanced Dental HMO \$0 Dental PPO Enhanced Dental PPO 50/1250
 Enhanced Dental PPO 25/500 Gói Specialty Duo (nha khoa + nhãn khoa)* Ultimate Vision 15/25/120* Ultimate Vision 15/25/150*

Chỉ dành cho Dental HMO – vào trang blueshieldca.com để tìm một nhà cung cấp dịch vụ nha khoa hoặc nếu có thắc mắc, hãy gọi (800) 431-2809

Mã số của nhà cung cấp dịch vụ Nha khoa _____

Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa: _____

Lựa chọn bảo hiểm nhân thọ*: Bảo hiểm nhân thọ hiện có sẵn cho người đăng ký trên 1 tuổi Bảo hiểm được cung cấp theo các mức tiền sau: \$10,000 (1-64 tuổi); \$30,000 (1-64 tuổi); \$60,000 (19-64 tuổi); \$90,000 (19-64 tuổi); \$100,000 (19-64 tuổi).
 Để có thể mua bảo hiểm nhân thọ, phải hoàn tất một đơn đăng ký bảo hiểm nhân thọ riêng. Để biết mức giá bảo hiểm nhân thọ và đăng ký bảo hiểm, vui lòng truy cập vào trang web của chúng tôi tại blueshieldca.com/term-life.

Phần 3(a) – Thông tin của đương đơn phụ thuộc là vợ/chồng/bạn đời sống chung

Vợ/chồng Bạn đời sống chung

Giới tính: Nam Nữ

Ngày sinh (tháng/ngày/năm) ____/____/____

Số An Sinh Xã Hội/ Mã số thuế của người đăng ký _____

Tên _____ Tên đệm _____

Họ _____

Nơi cư trú của vợ/chồng/bạn đời sống chung có giống như của người đăng ký chính không? Có Không
 Nếu không, người đăng ký này sống ở đâu? (địa chỉ, bao gồm mã Zip và tiểu bang) _____

Người phụ thuộc này có nộp đơn đăng ký cùng chương trình bảo hiểm như người đăng ký chính không? Có Không Nếu không, chương trình nào? (chọn một):

Chương trình của Blue Shield of California:

Platinum 90 PPO Gold 80 PPO Silver 70 PPO Silver Seven 3750 PPO Silver 1850 PPO
 Bronze 60 PPO Bronze 5550 PPO Minimum Coverage PPO Bronze 60 HSA PPO

Các lựa chọn chương trình nha khoa và nhãn khoa (vui lòng chỉ chọn một chương trình nha khoa và/hoặc một chương trình nhãn khoa HOẶC gói Specialty Duo):

Dental HMO Enhanced Dental HMO \$0 Dental PPO Enhanced Dental PPO 50/1250
 Enhanced Dental PPO 25/500 Gói Specialty Duo (nha khoa + nhãn khoa)* Ultimate Vision 15/25/120* Ultimate Vision 15/25/150*

Chỉ dành cho Dental HMO – vào trang blueshieldca.com để tìm một nhà cung cấp dịch vụ nha khoa hoặc nếu có thắc mắc, hãy gọi (800) 431-2809

Mã số của nhà cung cấp dịch vụ Nha khoa _____

Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa: _____

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

Phần 3(b) –Thông tin đăng ký của người phụ thuộc là con cái – Con cái phụ thuộc phải dưới 26 tuổi. Nếu có nhiều hơn tám người con phụ thuộc nộp đơn đăng ký bảo hiểm, vui lòng đính kèm trang bổ sung cung cấp tất cả thông tin được liệt kê dưới đây, chữ ký của quý vị và ngày tháng. Đánh dấu chọn ở đây nếu có đính kèm trang bổ sung.

<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Quan hệ: _____ (ví dụ: con trai/con gái)	Ngày sinh (tháng/ngày/năm) ____/____/____
---	--	--

Số An Sinh Xã Hội/Mã số thuế của người đăng ký
_____ - _____ - _____

Tên	Tên đệm
Họ	

Nơi cư trú của người đăng ký là con cái phụ thuộc có giống như của người đăng ký chính không? Có Không
Nếu không, người đăng ký này sống ở đâu? (địa chỉ, bao gồm mã Zip và tiểu bang) _____

Người phụ thuộc này có nộp đơn đăng ký cùng chương trình bảo hiểm như người đăng ký chính không? Có Không Nếu không, chương trình nào? (chọn một):

Chương trình của Blue Shield of California:
 Platinum 90 PPO Gold 80 PPO Silver 70 PPO Silver Seven 3750 PPO Silver 1850 PPO
 Bronze 60 PPO Bronze 5550 PPO Minimum Coverage PPO Bronze 60 HSA PPO

Các lựa chọn chương trình nha khoa và nhãn khoa (vui lòng chỉ chọn một chương trình nha khoa và/hoặc một chương trình nhãn khoa HOẶC gói Specialty Duo):
 Dental HMO Enhanced Dental HMO \$0 Dental PPO Enhanced Dental PPO 50/1250
 Enhanced Dental PPO 25/500 Gói Specialty Duo (nha khoa + nhãn khoa)* Ultimate Vision 15/25/120* Ultimate Vision 15/25/150*

Chỉ dành cho Dental HMO – vào trang blueshieldca.com để tìm một nhà cung cấp dịch vụ nha khoa hoặc nếu có thắc mắc, hãy gọi (800) 431-2809	Mã số của nhà cung cấp dịch vụ Nha khoa
Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa:	

Phần 3(c) –Thông tin đăng ký của người phụ thuộc là con cái – Con cái phụ thuộc phải dưới 26 tuổi. Nếu có nhiều hơn tám người con phụ thuộc nộp đơn đăng ký bảo hiểm, vui lòng đính kèm trang bổ sung cung cấp tất cả thông tin được liệt kê dưới đây, chữ ký của quý vị và ngày tháng. Đánh dấu chọn ở đây nếu có đính kèm trang bổ sung.

<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Quan hệ: _____ (ví dụ: con trai/con gái)	Ngày sinh (tháng/ngày/năm) ____/____/____
---	--	--

Số An Sinh Xã Hội/ Mã số thuế của người đăng ký
_____ - _____ - _____

Tên	Tên đệm
Họ	

Nơi cư trú của người đăng ký là con cái phụ thuộc có giống như của người đăng ký chính không? Có Không
Nếu không, người đăng ký này sống ở đâu? (địa chỉ, bao gồm mã Zip và tiểu bang) _____

Người phụ thuộc này có nộp đơn đăng ký cùng chương trình bảo hiểm như người đăng ký chính không? Có Không Nếu không, chương trình nào? (chọn một):

Chương trình của Blue Shield of California:
 Platinum 90 PPO Gold 80 PPO Silver 70 PPO Silver Seven 3750 PPO Silver 1850 PPO
 Bronze 60 PPO Bronze 5550 PPO Minimum Coverage PPO Bronze 60 HSA PPO

Các lựa chọn chương trình nha khoa và nhãn khoa (vui lòng chỉ chọn một chương trình nha khoa và/hoặc một chương trình nhãn khoa HOẶC gói Specialty Duo):
 Dental HMO Enhanced Dental HMO \$0 Dental PPO Enhanced Dental PPO 50/1250
 Enhanced Dental PPO 25/500 Gói Specialty Duo (nha khoa + nhãn khoa)* Ultimate Vision 15/25/120* Ultimate Vision 15/25/150*

Chỉ dành cho Dental HMO – vào trang blueshieldca.com để tìm một nhà cung cấp dịch vụ nha khoa hoặc nếu có thắc mắc, hãy gọi (800) 431-2809	Mã số của nhà cung cấp dịch vụ Nha khoa
Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa:	

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

Phần 3(d) –Thông tin đăng ký của người phụ thuộc là con cái – Con cái phụ thuộc phải dưới 26 tuổi. Nếu có nhiều hơn tám người con phụ thuộc nộp đơn đăng ký bảo hiểm, vui lòng đính kèm trang bổ sung cung cấp tất cả thông tin được liệt kê dưới đây, chữ ký của quý vị và ngày tháng. Đánh dấu chọn ở đây nếu có đính kèm trang bổ sung.

<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Quan hệ: _____ (ví dụ: con trai/con gái)	Ngày sinh (tháng/ngày/năm) ____/____/____
---	--	--

Số An Sinh Xã Hội/Mã số thuế của người đăng ký _____

Tên	Tên đệm
Họ	

Nơi cư trú của người đăng ký là con cái phụ thuộc có giống như của người đăng ký chính không? Có Không
Nếu không, người đăng ký này sống ở đâu? (địa chỉ, bao gồm mã Zip và tiểu bang) _____

Người phụ thuộc này có nộp đơn đăng ký cùng chương trình bảo hiểm như người đăng ký chính không? Có Không Nếu không, chương trình nào? (chọn một):

Chương trình của Blue Shield of California:

- Platinum 90 PPO Gold 80 PPO Silver 70 PPO Silver Seven 3750 PPO Silver 1850 PPO
 Bronze 60 PPO Bronze 5550 PPO Minimum Coverage PPO Bronze 60 HSA PPO

Các lựa chọn chương trình nha khoa và nhãn khoa (vui lòng chỉ chọn một chương trình nha khoa và/hoặc một chương trình nhãn khoa HOẶC gói Specialty Duo):

- Dental HMO Enhanced Dental HMO \$0 Dental PPO Enhanced Dental PPO 50/1250
 Enhanced Dental PPO 25/500 Gói Specialty Duo (nha khoa + nhãn khoa)* Ultimate Vision 15/25/120* Ultimate Vision 15/25/150*

Chỉ dành cho Dental HMO – vào trang blueshieldca.com để tìm một nhà cung cấp dịch vụ nha khoa hoặc nếu có thắc mắc, hãy gọi (800) 431-2809

Mã số của nhà cung cấp dịch vụ Nha khoa

Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa:

Phần 3(e) –Thông tin đăng ký của người phụ thuộc là con cái – Con cái phụ thuộc phải dưới 26 tuổi. Nếu có nhiều hơn tám người con phụ thuộc nộp đơn đăng ký bảo hiểm, vui lòng đính kèm trang bổ sung cung cấp tất cả thông tin được liệt kê dưới đây, chữ ký của quý vị và ngày tháng. Đánh dấu chọn ở đây nếu có đính kèm trang bổ sung.

<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Quan hệ: _____ (ví dụ: con trai/con gái)	Ngày sinh (tháng/ngày/năm) ____/____/____
---	--	--

Số An Sinh Xã Hội/Mã số thuế của người đăng ký _____

Tên	Tên đệm
Họ	

Nơi cư trú của người đăng ký là con cái phụ thuộc có giống như của người đăng ký chính không? Có Không
Nếu không, người đăng ký này sống ở đâu? (địa chỉ, bao gồm mã Zip và tiểu bang) _____

Người phụ thuộc này có nộp đơn đăng ký cùng chương trình bảo hiểm như người đăng ký chính không? Có Không Nếu không, chương trình nào? (chọn một):

Chương trình của Blue Shield of California:

- Platinum 90 PPO Gold 80 PPO Silver 70 PPO Silver Seven 3750 PPO Silver 1850 PPO
 Bronze 60 PPO Bronze 5550 PPO Minimum Coverage PPO Bronze 60 HSA PPO

Các lựa chọn chương trình nha khoa và nhãn khoa (vui lòng chỉ chọn một chương trình nha khoa và/hoặc một chương trình nhãn khoa HOẶC gói Specialty Duo):

- Dental HMO Enhanced Dental HMO \$0 Dental PPO Enhanced Dental PPO 50/1250
 Enhanced Dental PPO 25/500 Gói Specialty Duo (nha khoa + nhãn khoa)* Ultimate Vision 15/25/120* Ultimate Vision 15/25/150*

Chỉ dành cho Dental HMO – vào trang blueshieldca.com để tìm một nhà cung cấp dịch vụ nha khoa hoặc nếu có thắc mắc, hãy gọi (800) 431-2809

Mã số của nhà cung cấp dịch vụ Nha khoa

Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa:

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

Phần 3(f) –Thông tin đăng ký của người phụ thuộc là con cái – Con cái phụ thuộc phải dưới 26 tuổi. Nếu có nhiều hơn tám người con phụ thuộc nộp đơn đăng ký bảo hiểm, vui lòng đính kèm trang bổ sung cung cấp tất cả thông tin được liệt kê dưới đây, chữ ký của quý vị và ngày tháng. Đánh dấu chọn ở đây nếu có đính kèm trang bổ sung.

<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Quan hệ: _____ (ví dụ: con trai/con gái)	Ngày sinh (tháng/ngày/năm) ____/____/____
---	--	--

Số An Sinh Xã Hội/Mã số thuế của người đăng ký
_____ - _____ - _____

Tên	Tên đệm
Họ	

Nơi cư trú của người đăng ký là con cái phụ thuộc có giống như của người đăng ký chính không? Có Không
Nếu không, người đăng ký này sống ở đâu? (địa chỉ, bao gồm mã Zip và tiểu bang) _____

Người phụ thuộc này có nộp đơn đăng ký cùng chương trình bảo hiểm như người đăng ký chính không? Có Không Nếu không, chương trình nào? (chọn một):

Chương trình của Blue Shield of California:
 Platinum 90 PPO Gold 80 PPO Silver 70 PPO Silver Seven 3750 PPO Silver 1850 PPO
 Bronze 60 PPO Bronze 5550 PPO Minimum Coverage PPO Bronze 60 HSA PPO

Các lựa chọn chương trình nha khoa và nhãn khoa (vui lòng chỉ chọn một chương trình nha khoa và/hoặc một chương trình nhãn khoa HOẶC gói Specialty Duo):
 Dental HMO Enhanced Dental HMO \$0 Dental PPO Enhanced Dental PPO 50/1250
 Enhanced Dental PPO 25/500 Gói Specialty Duo (nha khoa + nhãn khoa)* Ultimate Vision 15/25/120* Ultimate Vision 15/25/150*

Chỉ dành cho Dental HMO – vào trang blueshieldca.com để tìm một nhà cung cấp dịch vụ nha khoa hoặc nếu có thắc mắc, hãy gọi (800) 431-2809	Mã số của nhà cung cấp dịch vụ Nha khoa
Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa:	

Phần 3(g) –Thông tin đăng ký của người phụ thuộc là con cái – Con cái phụ thuộc phải dưới 26 tuổi. Nếu có nhiều hơn tám người con phụ thuộc nộp đơn đăng ký bảo hiểm, vui lòng đính kèm trang bổ sung cung cấp tất cả thông tin được liệt kê dưới đây, chữ ký của quý vị và ngày tháng. Đánh dấu chọn ở đây nếu có đính kèm trang bổ sung.

<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Quan hệ: _____ (ví dụ: con trai/con gái)	Ngày sinh (tháng/ngày/năm) ____/____/____
---	--	--

Số An Sinh Xã Hội/Mã số thuế của người đăng ký
_____ - _____ - _____

Tên	Tên đệm
Họ	

Nơi cư trú của người đăng ký là con cái phụ thuộc có giống như của người đăng ký chính không? Có Không
Nếu không, người đăng ký này sống ở đâu? (địa chỉ, bao gồm mã Zip và tiểu bang) _____

Người phụ thuộc này có nộp đơn đăng ký cùng chương trình bảo hiểm như người đăng ký chính không? Có Không Nếu không, chương trình nào? (chọn một):

Chương trình của Blue Shield of California:
 Platinum 90 PPO Gold 80 PPO Silver 70 PPO Silver Seven 3750 PPO Silver 1850 PPO
 Bronze 60 PPO Bronze 5550 PPO Minimum Coverage PPO Bronze 60 HSA PPO

Các lựa chọn chương trình nha khoa và nhãn khoa (vui lòng chỉ chọn một chương trình nha khoa và/hoặc một chương trình nhãn khoa HOẶC gói Specialty Duo):
 Dental HMO Enhanced Dental HMO \$0 Dental PPO Enhanced Dental PPO 50/1250
 Enhanced Dental PPO 25/500 Gói Specialty Duo (nha khoa + nhãn khoa)* Ultimate Vision 15/25/120* Ultimate Vision 15/25/150*

Chỉ dành cho Dental HMO – vào trang blueshieldca.com để tìm một nhà cung cấp dịch vụ nha khoa hoặc nếu có thắc mắc, hãy gọi (800) 431-2809	Mã số của nhà cung cấp dịch vụ Nha khoa
Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa:	

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

Phần 3(h) –Thông tin đăng ký của người phụ thuộc là con cái – Con cái phụ thuộc phải dưới 26 tuổi. Nếu có nhiều hơn tám người con phụ thuộc nộp đơn đăng ký bảo hiểm, vui lòng đính kèm trang bổ sung cung cấp tất cả thông tin được liệt kê dưới đây, chữ ký của quý vị và ngày tháng. Đánh dấu chọn ở đây nếu có đính kèm trang bổ sung.

<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Quan hệ: _____ (ví dụ: con trai/con gái)	Ngày sinh (tháng/ngày/năm) ____/____/____
---	--	--

Số An Sinh Xã Hội/Mã số thuế của người đăng ký _____

Tên	Tên đệm
Họ	

Nơi cư trú của người đăng ký là con cái phụ thuộc có giống như của người đăng ký chính không? Có Không
Nếu không, người đăng ký này sống ở đâu? (địa chỉ, bao gồm mã Zip và tiểu bang) _____

Người phụ thuộc này có nộp đơn đăng ký cùng chương trình bảo hiểm như người đăng ký chính không? Có Không Nếu không, chương trình nào? (chọn một):

Chương trình của Blue Shield of California:

- Platinum 90 PPO Gold 80 PPO Silver 70 PPO Silver Seven 3750 PPO Silver 1850 PPO
 Bronze 60 PPO Bronze 5550 PPO Minimum Coverage PPO Bronze 60 HSA PPO

Các lựa chọn chương trình nha khoa và nhãn khoa (vui lòng chỉ chọn một chương trình nha khoa và/hoặc một chương trình nhãn khoa HOẶC gói Specialty Duo):

- Dental HMO Enhanced Dental HMO \$0 Dental PPO Enhanced Dental PPO 50/1250
 Enhanced Dental PPO 25/500 Gói Specialty Duo (nha khoa + nhãn khoa)* Ultimate Vision 15/25/120* Ultimate Vision 15/25/150*

Chỉ dành cho Dental HMO – vào trang blueshieldca.com để tìm một nhà cung cấp dịch vụ nha khoa hoặc nếu có thắc mắc, hãy gọi (800) 431-2809

Mã số của nhà cung cấp dịch vụ Nha khoa:

Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa:

Phần 3(i) –Thông tin đăng ký của người phụ thuộc là con cái – Con cái phụ thuộc phải dưới 26 tuổi. Nếu có nhiều hơn tám người con phụ thuộc nộp đơn đăng ký bảo hiểm, vui lòng đính kèm trang bổ sung cung cấp tất cả thông tin được liệt kê dưới đây, chữ ký của quý vị và ngày tháng. Đánh dấu chọn ở đây nếu có đính kèm trang bổ sung.

<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Quan hệ: _____ (ví dụ: con trai/con gái)	Ngày sinh (tháng/ngày/năm) ____/____/____
---	--	--

Số An Sinh Xã Hội/Mã số thuế của người đăng ký _____

Tên	Tên đệm
Họ	

Nơi cư trú của người đăng ký là con cái phụ thuộc có giống như của người đăng ký chính không? Có Không
Nếu không, người đăng ký này sống ở đâu? (địa chỉ, bao gồm mã Zip và tiểu bang) _____

Người phụ thuộc này có nộp đơn đăng ký cùng chương trình bảo hiểm như người đăng ký chính không? Có Không Nếu không, chương trình nào? (chọn một):

Chương trình của Blue Shield of California:

- Platinum 90 PPO Gold 80 PPO Silver 70 PPO Silver Seven 3750 PPO Silver 1850 PPO
 Bronze 60 PPO Bronze 5550 PPO Minimum Coverage PPO Bronze 60 HSA PPO

Các lựa chọn chương trình nha khoa và nhãn khoa (vui lòng chỉ chọn một chương trình nha khoa và/hoặc một chương trình nhãn khoa HOẶC gói Specialty Duo):

- Dental HMO Enhanced Dental HMO \$0 Dental PPO Enhanced Dental PPO 50/1250
 Enhanced Dental PPO 25/500 Gói Specialty Duo (nha khoa + nhãn khoa)* Ultimate Vision 15/25/120* Ultimate Vision 15/25/150*

Chỉ dành cho Dental HMO – vào trang blueshieldca.com để tìm một nhà cung cấp dịch vụ nha khoa hoặc nếu có thắc mắc, hãy gọi (800) 431-2809

Mã số của nhà cung cấp dịch vụ Nha khoa:

Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa:

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

Phần 4 – Ủy quyền cho tiết lộ thông tin

Bằng cách ký tên vào mẫu đơn này, quý vị đang ủy quyền để tiết lộ thông tin chăm sóc sức khỏe của quý vị và/hoặc người phụ thuộc của quý vị bởi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, công ty bảo hiểm, tổ chức hỗ trợ vào hiểm, chương trình bảo hiểm sức khỏe, hoặc đại lý bảo hiểm của quý vị cho Blue Shield of California hoặc Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (gọi chung là Blue Shield), nhằm mục đích xử lý khiếu nại và để quản lý các khoản quyền lợi theo thỏa thuận dịch vụ chăm sóc sức khỏe/hợp đồng bảo hiểm.

Ngoài ra, bằng cách ký tên vào mẫu đơn này, quý vị đang ủy quyền cho Blue Shield tiết lộ những thông tin chăm sóc sức khỏe cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, công ty bảo hiểm, công ty tự bảo hiểm, tổ chức hỗ trợ bảo hiểm, chương trình bảo hiểm sức khỏe, hoặc đại lý bảo hiểm của quý vị vì mục đích điều tra hoặc đánh giá bất kỳ yêu cầu về quyền lợi nào. Thông tin chăm sóc sức khỏe được sử dụng hoặc tiết lộ theo giấy ủy quyền này có thể tái tiết lộ và có thể không còn được bảo vệ theo luật liên bang về quyền riêng tư của thông tin sức khỏe nữa.

Quý vị có quyền từ chối ký vào giấy ủy quyền này.

Quý vị được cấp một bản sao của giấy ủy quyền này sau khi quý vị ký tên.

Hết hạn: Ủy quyền này sẽ có hiệu lực: 1) trong ba mươi (30) tháng kể từ ngày ủy quyền cho mục đích xử lý đơn của quý vị, xử lý một yêu cầu phục hồi hoặc xử lý một yêu cầu thay đổi quyền lợi; 2) cho đến khi nào còn cần để xử lý yêu cầu bảo hiểm xảy ra trong thời hạn bảo hiểm; 3) cho thời hạn bảo hiểm dành cho tất cả các hoạt động khác được tiến hành theo thỏa thuận dịch vụ chăm sóc sức khỏe/hợp đồng bảo hiểm.

Quyền thu hồi: Tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi giấy ủy quyền này bất kỳ lúc nào bằng cách gửi văn bản thông báo thu hồi của tôi cho Blue Shield. Tôi hiểu rằng việc hủy bỏ giấy ủy quyền này sẽ không ảnh hưởng đến bất kỳ hành động nào mà Blue Shield đã làm dựa trên ủy quyền này trước khi nhận được văn bản thông báo thu hồi của tôi.

Người đăng ký/cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp

Hôm nay ngày

Vợ/chồng/bạn đời sống chung của người đăng ký

Hôm nay ngày

Người đăng ký từ 18 tuổi hoặc hơn

Hôm nay ngày

Người đăng ký từ 18 tuổi hoặc hơn

Hôm nay ngày

Người đăng ký từ 18 tuổi hoặc hơn

Hôm nay ngày

Người đăng ký từ 18 tuổi hoặc hơn

Hôm nay ngày

Tiếp theo Phần 5 - cần phải có chữ ký của quý vị và ngày hiện tại trong phần này.

Phần 5(a) – Xác nhận tính chính xác của người đăng ký

Vui lòng đọc phần sau cẩn thận. Mỗi thành viên gia đình nộp đơn từ 18 tuổi trở lên được yêu cầu xem lại đơn đăng ký đã điền và cung cấp chữ ký riêng của mình. Hãy giữ lại một bản sao của đơn này

Tôi tự chịu trách nhiệm cho sự chính xác và đầy đủ của thông tin được cung cấp trong đơn đăng ký tham gia này. Tôi đã tự kiểm tra tất cả thông tin được cung cấp trong đơn đăng ký này, mặc dù tôi không tự điền. Theo sự hiểu biết chính xác nhất và niềm tin của tôi, mọi thông tin trong mẫu đơn này là chính xác, đúng sự thật và đầy đủ. Nếu Blue Shield xác định rằng có sự gian lận (bằng hành vi, hoạt động, hoặc thiếu sót) hoặc bất kỳ sự cố tình trình bày sai lạc dữ liệu quan trọng trong thông tin trên đơn đăng ký này, tôi hiểu rằng bảo hiểm có thể bị thu hồi theo quy định của pháp luật.

Dành cho người đăng ký có ngôn ngữ ưu tiên không phải Tiếng Anh: Nếu tôi chỉ rõ trong Phần 1 rằng tôi có ngôn ngữ ưu tiên không phải là Tiếng Anh và tôi đã hoàn tất phần Tiếng Anh của đơn đăng ký này (hoặc một phiên bản khác ngôn ngữ ưu tiên của tôi), thì tôi xác nhận rằng tôi hiểu những câu hỏi của đơn đăng ký này.

Chữ ký của người đăng ký/cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp	Hôm nay ngày	Tên viết bằng chữ in (và quan hệ nếu người đăng ký tham gia là trẻ vị thành niên)
---	--------------	---

Chữ ký của vợ/chồng/bạn đời sống chung của đương đơn (nếu đang nộp đơn)	Hôm nay ngày	Tên viết in
---	--------------	-------------

Chữ ký của thành viên gia đình 18 tuổi trở lên (nếu đang nộp đơn)	Hôm nay ngày	Tên viết in
---	--------------	-------------

Chữ ký của thành viên gia đình 18 tuổi trở lên (nếu đang nộp đơn)	Hôm nay ngày	Tên viết in
---	--------------	-------------

Chữ ký của thành viên gia đình 18 tuổi trở lên (nếu đang nộp đơn)	Hôm nay ngày	Tên viết in
---	--------------	-------------

Chữ ký của thành viên gia đình 18 tuổi trở lên (nếu đang nộp đơn)	Hôm nay ngày	Tên viết in
---	--------------	-------------

Phần 5(b) – Ủy quyền, điều khoản và điều kiện

Vui lòng đọc kỹ các điều khoản và điều kiện sau đây. Mỗi người đăng ký từ 18 tuổi trở lên được yêu cầu xem lại đơn đăng ký đã được điền đầy đủ và cung cấp giấy ủy quyền và chữ ký riêng của mình. Hãy giữ lại một bản sao của đơn này.

- Đơn đăng ký tham gia bảo hiểm:** Điều quan trọng là phải biết rằng Blue Shield of California hoặc Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (khi thích hợp) có quyền từ chối đơn đăng ký tham gia bảo hiểm của quý vị nếu hiện nay quý vị không đủ điều kiện. Đơn đăng ký của quý vị phải được chấp thuận bởi Blue Shield, và ngay có hiệu lực bảo hiểm đã được chỉ định trước khi bảo hiểm có thể có hiệu lực.
- Phí/phí bảo hiểm tháng đầu tiên:** Blue Shield yêu cầu nộp phí/phí bảo hiểm của tháng đầu tiên tại thời điểm nộp đơn. Tìm ước tính phí/phí bảo hiểm hàng tháng bằng cách truy cập blueshieldca.com hoặc liên lạc với đại lý của quý vị. Tham khảo phần 7 để biết các lựa chọn thanh toán. Nếu không nộp đủ phí/phí bảo hiểm thì đơn đăng ký tham gia của quý vị sẽ bị trả lại. Vui lòng lưu ý rằng việc xử lý bất kỳ khoản thanh toán nào cũng không cấu thành việc chấp thuận đơn đăng ký của quý vị với Blue Shield hoặc Blue Shield Life. Nếu quý vị hiện nay không đủ điều kiện tham gia bảo hiểm, thì phí/phí bảo hiểm mà quý vị đã nộp cùng với đơn đăng ký sẽ không được xử lý. Nếu quý vị gửi bằng séc, thì séc sẽ bị hủy. Nếu quý vị điền vào giấy ủy quyền thanh toán, thì thẻ tín dụng/ thẻ ghi nợ hoặc tài khoản thanh toán của quý vị sẽ không được ghi nợ.
- Phí/phí bảo hiểm:** Phí/phí bảo hiểm phải được thanh toán đầy đủ và đúng hạn. Bảo hiểm sẽ bị chấm dứt nếu không thanh toán phí/phí bảo hiểm đúng thời hạn như đã quy định trong thỏa thuận dịch vụ chăm sóc sức khỏe/ hợp đồng bảo hiểm và theo quy định của pháp luật.
- Ngày có hiệu lực bảo hiểm:** Nếu quý vị đủ điều kiện được nhận bảo hiểm, Blue Shield sẽ thông báo ngày có hiệu lực bảo hiểm cho quý vị. Nếu Blue Shield không thể chấp nhận ngày có hiệu lực theo yêu cầu của quý vị, hoặc không thể bảo hiểm trước ngày có hiệu lực theo yêu cầu của quý vị, thì bảo hiểm sẽ bắt đầu trong thời gian sớm nhất có thể. Các khoản chi phí/phí bảo hiểm còn nợ phải được thanh toán trước khi bảo hiểm có hiệu lực. Bất kỳ khoản phí phát sinh nào đối với các dịch vụ nhận được trước ngày có hiệu lực của quý vị hoặc sau khi chấm dứt bảo hiểm sẽ không được chi trả.
Ngày có hiệu lực của Thời Gian Ghi Danh Đặc Biệt có thể khác so của với Thời Gian Ghi Danh Mở. Ngày có hiệu lực được chỉ định bởi Blue Shield và có thể sớm nhất là vào ngày thứ nhất trong tháng sau khi nhận được biên lai cho Thời Gian Ghi Danh Đặc Biệt theo yêu cầu của quý vị, hoặc sớm nhất là ngày sinh đối với trường hợp trẻ sơ sinh. Để biết thêm thông tin về ngày có hiệu lực cho Thời Gian Ghi Danh Đặc Biệt, vui lòng liên lạc với Blue Shield.
- Chấp thuận của đơn đăng ký:** Quý vị hiểu rằng chỉ có Blue Shield mới có thể chấp nhận đơn xin của quý vị và phát hành bảo hiểm đối với chương trình IFP theo yêu cầu trong mẫu đơn này. Đại lý hoặc người môi giới của quý vị không thể đăng ký quý vị cho bảo hiểm này hay thay đổi bất kỳ điều khoản hay điều kiện bảo hiểm nào.
- Cha mẹ/người giám hộ:** Nếu quý vị là cha mẹ hoặc người giám hộ của người đăng ký là trẻ vị thành niên, vui lòng ký tên thay cho người đăng ký ở dưới cùng của Phần 5 này. Là cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp, quý vị được xác nhận là người có thể tìm hiểu và hành động thay mặt người đăng ký liên quan đến bảo hiểm này (theo quy định của pháp luật). Ngoài ra, quý vị đồng ý đảm đương tất cả trách nhiệm thanh toán phí/phí bảo hiểm và tuân theo những điều khoản và điều kiện bảo hiểm. Nếu quý vị không phải là cha mẹ của người đăng ký tham gia, vui lòng kèm theo chứng từ tòa án chỉ định quý vị làm người giám hộ của trẻ vị thành niên này. Đánh dấu một trong các ô sau đây và xác minh người được phép thay mặt trẻ vị thành niên này (người đăng ký):
 Chỉ dành cho cha mẹ/người giám hộ hợp pháp: _____ (bao gồm tên và quan hệ), hoặc
 Người được tôi chỉ định _____ (bao gồm tên và quan hệ), hoặc
 Người được chỉ định hỗ trợ trẻ đủ năng lực y tế _____ (bao gồm tên và quan hệ).
 Đánh dấu ô này nếu Blue Shield chỉ được phép thay đổi hợp đồng sau khi có yêu cầu bằng văn bản của người được xác nhận bên trên.
- Ủy quyền cho vợ/chồng/người sống chung được thực hiện thay đổi:** Nếu quý vị là một người đăng ký có vợ/chồng/người cùng chung sống cũng đang nộp đơn đăng ký bảo hiểm, vui lòng nêu rõ việc quý vị có ủy quyền cho vợ/chồng/người cùng chung sống thay mặt quý vị thực hiện thay đổi hợp đồng/đơn bảo hiểm. Quý vị có thể rút lại sự ủy quyền này vào bất kỳ lúc nào bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản cho Blue Shield. Có Không
- Sự ủy quyền cho đại lý của quý vị cung cấp/nhận thông tin:** Đánh dấu ở đây nếu quý vị **không** ủy quyền cho đại lý bảo hiểm, người môi giới hoặc đại lý (gọi là “đại lý của quý vị”) tiếp cận tất cả thông tin trên đơn đăng ký tham gia này.
- Quy trình để cho phép Blue Shield tiết lộ thông tin cá nhân và sức khỏe cho bên thứ ba:** Nếu quý vị muốn ủy quyền cho vợ/chồng, người sống chung, hoặc bên thứ ba truy cập thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị, vui lòng hoàn tất mẫu đơn có tiêu đề Ủy quyền để Blue Shield Tiết lộ Thông tin Cá nhân & Sức khỏe cho Bên Thứ ba. Để nhận mẫu đơn này, hãy vào trang blueshieldca.com và nhấp vào liên kết *Privacy* (Riêng tư) ở cuối trang, hoặc gọi (800) 431-2809.
- Trả lời thông tin được yêu cầu:** Quý vị đồng ý hợp tác với Blue Shield (hoặc Blue Shield Life, khi phù hợp) bằng cách cung cấp, hoặc cho phép truy cập, tài liệu và những thông tin khác được yêu cầu (như lệnh của tòa án để cung cấp bảo hiểm cho người phụ thuộc, v.v.) để chứng thực thông tin được cung cấp trong đơn đăng ký tham gia bảo hiểm này. Quý vị xác nhận và đồng ý rằng việc không hoặc từ chối cung cấp những tài liệu hoặc thông tin được yêu cầu này có thể dẫn đến việc thu hồi hoặc hủy bảo hiểm của quý vị.
- Ủy quyền nhận tài liệu và liên lạc bằng điện tử:** Đánh dấu vào đây nếu quý vị đồng ý nhận chương trình phúc lợi được yêu cầu và các tài liệu liên quan tới bảo hiểm cũng như thông tin liên lạc qua thư điện tử (như thông tin ghi danh, bằng chứng về thỏa thuận dịch vụ chăm sóc sức khỏe/hợp đồng bảo hiểm, giải thích các quyền lợi (EOB), thông báo bảo mật hàng năm, v.v.) thay cho bản in gửi bằng đường bưu điện, trừ khi có yêu cầu của pháp luật.

Tôi đã xem xét mọi câu trả lời có liên quan đến tôi trong đơn xin này. Tôi đã đọc bản tóm tắt quyền lợi, Tóm Tắt của Quyền Lợi và Bảo Hiểm (SBC), cũng như những điều khoản và điều kiện bảo hiểm và ủy quyền đã nêu ở trên. Bằng chữ ký của tôi bên dưới, tôi đảm bảo rằng thông tin được cung cấp trong đơn đăng ký này là hoàn chỉnh và chính xác theo sự hiểu biết chính xác nhất của tôi, và tôi hiểu và đồng ý với các điều khoản và điều kiện bảo hiểm và những ủy quyền tôi đã cung cấp. (Quan trọng: Mỗi đương đơn là người lớn phải tự ký tên.) Tôi hiểu rằng tôi phải thông báo cho Blue Shield biết nếu có bất kỳ điều gì thay đổi hoặc khác với những gì tôi đã trình bày trong đơn xin này trước khi tôi bắt đầu ghi danh với Blue Shield.

Chữ ký của người đăng ký/cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp	Hôm nay ngày	Tên viết in (và quan hệ của quý vị nếu người đăng ký là trẻ vị thành niên)
Chữ ký của vợ/chồng/người sống chung của đương đơn (nếu đang nộp đơn)	Hôm nay ngày	Tên viết in
Chữ ký của thành viên gia đình 18 tuổi trở lên (nếu đang nộp đơn)	Hôm nay ngày	Tên viết in
Chữ ký của thành viên gia đình 18 tuổi trở lên (nếu đang nộp đơn)	Hôm nay ngày	Tên viết in
Chữ ký của thành viên gia đình 18 tuổi trở lên (nếu đang nộp đơn)	Hôm nay ngày	Tên viết in
Chữ ký của thành viên gia đình 18 tuổi trở lên (nếu đang nộp đơn)	Hôm nay ngày	Tên viết in

Quan trọng: Gửi lại đơn đăng ký này trong vòng 30 ngày kể từ ngày ký.

Chúng tôi phải nhận được đơn đăng ký của quý vị trong thời gian ghi danh mở hoặc trong vòng 60 ngày kể từ khi có sự kiện khởi đầu cho phép Ghi Danh Đặc Biệt.

Phần 6 – Thông tin đại lý: Được điền hoàn tất bởi đại lý ủy quyền của Blue Shield

1. Quý vị đã điền hoàn tất đơn đăng ký này? Có Không

2. Nếu có, quý vị đã hỏi từng câu hỏi trong đơn đăng ký này chính xác như quy định không? Có Không

3. Các câu trả lời có được ghi nhận lại chính xác như đã được cung cấp cho quý vị không? Có Không, kèm giải thích.

4. Quý vị có muốn thỏa thuận dịch vụ sức khỏe/hợp đồng bảo hiểm được gửi trực tiếp đến người đăng ký? Có Không

Tên đại lý

Địa chỉ email

Cập nhật email

Số của đại lý

Số điện thoại ()

Cập nhật số điện thoại

Số fax ()

Cập nhật fax

Địa chỉ của đại lý

Cập nhật địa chỉ

Thành phố

Tiểu bang

Mã ZIP

Tên đại lý cấp cao

Số của đại lý cấp cao

Chữ ký của đại lý (bắt buộc)

Ngày hôm nay (bắt buộc)

Tên viết in

Các đại lý: Vui lòng bảo đảm điền đầy đủ từng phần của đơn đăng ký. Trong trường hợp thiếu hoặc không đủ thông tin, Blue Shield có thể liên lạc trực tiếp với người đăng ký để lấy thông tin hoàn chỉnh.

Phần 7 – Hóa đơn và thông tin thanh toán

Tính toán phí/phí bảo hiểm ước tính hàng tháng

- Truy cập trang blueshieldca.com để nhận biểu phí ước tính hoặc liên hệ với đại lý của quý vị để nhận được biểu phí ước tính.
- Phí/phí bảo hiểm ban đầu hoặc tháng đầu tiên được yêu cầu cùng lúc nộp đơn đăng ký tham gia.
- Blue Shield sẽ cung cấp biểu phí cuối cùng trước bất kỳ ngày có hiệu lực nào của bảo hiểm. Nếu mức giá cuối cùng khác với mức giá ước tính và quý vị còn phải trả thêm các khoản tiền khác, thì các khoản tiền đó phải được thanh toán trước khi bảo hiểm có hiệu lực.

Easy\$PaySM và tùy chọn thanh toán tự động bằng thẻ tín dụng

Việc trả thanh toán ban đầu/liên tục cho phí/phí bảo hiểm có thể thực hiện thông qua những lựa chọn sau:

- Thanh toán Easy\$Pay – thanh toán tự động hàng tháng được xử lý thông qua chuyển khoản điện tử từ tài khoản thanh toán hoặc tài khoản tiết kiệm của quý vị.
- Thẻ thanh toán – thanh toán tự động hàng tháng được xử lý thông qua phí hoặc ghi nợ thẻ tín dụng hoặc thẻ ghi nợ.

Phần 7 (tiếp theo) – Giấy Cho Phép Thanh Toán

Các lựa chọn thanh toán: (Cần phải nộp phí/phí bảo hiểm cùng với đơn đăng ký của quý vị.)

Vui lòng chọn một trong các lựa chọn bên dưới cho **thanh toán ban đầu**:

- Easy\$Pay (thanh toán tự động) qua tài khoản vãng lai hoặc tài khoản tiết kiệm – (hoàn tất phần A bên dưới)
 Thẻ thanh toán (thẻ ghi nợ hoặc tín dụng) – (hoàn tất phần B bên dưới)
 Bằng séc* (chỉ dành cho đơn đăng ký gửi qua đường bưu điện)

Vui lòng chọn một trong các lựa chọn bên dưới cho **thanh toán liên tục**:

- Easy\$Pay thông qua tài khoản vãng lai hoặc tài khoản tiết kiệm – (hoàn tất phần A bên dưới)
 Thẻ thanh toán (thẻ ghi nợ hoặc tín dụng) – (hoàn tất phần B bên dưới)
 Hóa đơn hàng tháng

* Khi quý vị cung cấp một tờ séc để thanh toán, quý vị đã cho phép Blue Shield hoặc sử dụng thông tin từ séc của quý vị để thực hiện chuyển khoản điện tử một lần từ tài khoản của quý vị hoặc để xử lý thanh toán như là một giao dịch bằng séc. Khi chúng tôi sử dụng thông tin này từ séc của quý vị để thực hiện chuyển khoản điện tử, các quý sẽ được rút ra từ tài khoản của quý vị ngay khi chúng tôi chấp nhận đơn đăng ký của quý vị và quý vị sẽ không nhận được séc của mình trở lại từ tổ chức tài chính của quý vị.

Thông tin người đăng ký

Tên người đăng ký

Địa chỉ gửi thư

Căn Hộ Số

Thành phố

Tiểu bang

Mã ZIP

Số điện thoại ban ngày của người đăng ký ()

Phương thức thanh toán

A. Thẻ ghi nợ Easy\$Pay: Tài khoản thanh toán Tài khoản tiết kiệm

Ngày thanh toán: Ngày 1 trong tháng Ngày 15 trong tháng (Lưu ý: Nếu quý vị không chọn ngày thanh toán, ngày mặc định sẽ là ngày 1 trong tháng. Nếu quý vị đăng ký cho chương trình nha khoa HMO, hoặc chỉ thực hiện thanh toán ban đầu của mình bằng Easy\$Pay, quý vị phải chọn ngày 1 trong tháng.)

Tần suất thanh toán: Hàng tháng

Số truy ngân/chuyển tiếp ngân hàng

Số tài khoản ngân hàng

(Các tên trên tài khoản

Tên của tổ chức tài chính

Địa chỉ chi nhánh

Thành phố

Tiểu bang

Mã ZIP

Số điện thoại chi nhánh ()

B. Thẻ thanh toán (Chỉ dành cho Visa or MasterCard)

Ngày thanh toán: Ngày thứ nhất trong tháng

Tên chủ thẻ

Địa chỉ gửi hóa đơn của chủ thẻ

Căn Hộ Số

Thành phố

Tiểu bang

Mã ZIP

Số thẻ tín dụng

Loại thẻ: Visa MasterCard

Ngày hết hạn (tháng/năm) ____/____

Ủy quyền và (các) Chữ ký

Một hoặc nhiều hơn các quy định sau đây sẽ được áp dụng, tùy thuộc vào việc tôi chọn loại thanh toán đang diễn ra, và trên các phương thức thanh toán tôi chọn để thanh toán ban đầu và/hoặc các khoản thanh toán liên tục như trên:

Thanh Toán Ban Đầu:

Phi/ phí bảo hiểm ban đầu chỉ có thể trả bằng thẻ thanh toán (thẻ tín dụng hoặc ghi nợ):

Tôi cho phép chương trình của tôi, Blue Shield of California hoặc Blue Shield of California Life & Health Insurance Company ("Blue Shield"), để thu hoặc ghi nợ tháng đầu tiên hoặc đầu tiên của phí/ phí bảo hiểm vào thẻ tín dụng hoặc thẻ ghi nợ ("thẻ thanh toán" của tôi) như xác định ở trên, và rằng ủy quyền này chỉ có giá trị để tính phí hoặc ghi nợ ban đầu hoặc phí/ phí bảo hiểm tháng đầu tiên nợ Blue Shield. Tôi hiểu rằng thẻ thanh toán của tôi sẽ được dùng thanh toán cho tháng đầu tiên của phí/ phí bảo hiểm nếu đơn đăng ký của tôi được chấp thuận. Tôi cũng hiểu rằng tỉ giá khác nhau có thể áp dụng cho bảo hiểm đã được phê duyệt. Nếu tôi chấp nhận ở một mức giá khác nhau, Blue Shield sẽ thông báo phí/ phí bảo hiểm thực tế hàng tháng, trước ngày có hiệu lực ban đầu của bảo hiểm, và số tiền đó sẽ được thanh toán theo ủy quyền này.

Phi ban đầu/ phí bảo hiểm chỉ ghi nợ từ tài khoản vãng lai/tiết kiệm:

Tôi cho phép chương trình của tôi, Blue Shield of California hoặc Blue Shield of California Life & Health Insurance Company ("Blue Shield"), để ghi nợ tháng đầu tiên hoặc đầu tiên của phí/ phí bảo hiểm vào tài khoản ngân hàng của tôi xác định ở trên, và rằng ủy quyền này chỉ có giá trị ghi nợ ban đầu hoặc phí/ phí bảo hiểm tháng đầu tiên nợ Blue Shield. Tôi hiểu rằng tài khoản ngân hàng của tôi sẽ được dùng thanh toán cho tháng đầu tiên của phí/ phí bảo hiểm nếu đơn đăng ký của tôi được chấp thuận. Tôi cũng hiểu rằng tỉ giá khác nhau có thể áp dụng cho bảo hiểm đã được phê duyệt. Nếu tôi chấp nhận ở một mức giá khác nhau, Blue Shield sẽ thông báo phí/ phí bảo hiểm thực tế hàng tháng, trước ngày có hiệu lực ban đầu của bảo hiểm, và số tiền đó sẽ được thanh toán theo ủy quyền này.

Thanh Toán Tiếp Theo:

Thanh Toán Tự Động bằng thẻ thanh toán (thẻ tín dụng hoặc thẻ ghi nợ):

Tôi cho phép chương trình của tôi, Blue Shield of California hoặc Blue Shield of California Life & Health Insurance Company ("Blue Shield"), tiến hành ghi nợ (và/hoặc sửa đổi các khoản ghi nợ trước đó, nếu cần) vào tài khoản ngân hàng được xác nhận trên đơn này vào ngày thanh toán (hoặc trong vòng 2 đến 3 ngày trước hoặc sau ngày thanh toán) và với tần suất được thiết lập bên trên để thanh toán phí/ phí bảo hiểm cho bản thân tôi và gia đình được bảo hiểm bởi Blue Shield. Tôi sẽ duy trì đủ mức tín dụng có sẵn trên thẻ tín dụng hoặc tiền thu được trong tài khoản của tôi truy cập bằng thẻ ghi nợ của mình cho toàn bộ số tiền mỗi lần thanh toán. Nếu thanh toán tự động thất bại (ví dụ như không có tiền), Blue Shield sẽ gửi hóa đơn đến địa chỉ của tôi lưu trong hồ sơ và tôi sẽ có trách nhiệm thanh toán bằng séc hoặc ủy nhiệm chi, cùng với phí dịch vụ trả lại hàng. Blue Shield cũng có thể gửi lại phí hoặc ghi nợ lên đến số lần cho phép của pháp luật và hệ thống thanh toán quy định. Chúng tôi cũng có thể hủy bỏ giấy ủy quyền này nếu một khoản phí hoặc thẻ ghi nợ bị trả về chưa thanh toán. Tôi xác nhận rằng nếu ngân hàng phát hành thẻ của tôi tham gia vào một chương trình cập nhật thẻ, thì từ khi tôi không tham gia vào dịch vụ này, ngân hàng của tôi có thể cung cấp cho Blue Shield với số thẻ được cập nhật và ngày hết hạn, và Blue Shield sẽ cập nhật các tập tin của họ với thông tin này và tiếp tục tính phí thẻ của tôi.

Thanh toán Tự động bằng cách trừ vào tài khoản séc/tiết kiệm:

Tôi cho phép chương trình của tôi, Blue Shield of California hoặc Blue Shield of California Life & Health Insurance Company ("Blue Shield"), tiến hành ghi nợ (và/hoặc sửa đổi các khoản ghi nợ trước đó, nếu cần) vào tài khoản ngân hàng được tự động xác nhận như trên vào ngày thanh toán (hoặc trong vòng 2 đến 3 ngày trước hoặc sau ngày thanh toán) và với tần suất được thiết lập bên trên để thanh toán phí/ phí bảo hiểm cho bản thân tôi và gia đình được bảo hiểm bởi Blue Shield. Tôi cũng cho phép tổ chức tài chính của tôi giảm số dư trong tài khoản của tôi theo số tiền ghi nợ đó (và/hoặc điều chỉnh các khoản ghi nợ trước đó). Tôi sẽ duy trì đủ tiền trong tài khoản của tôi cho mỗi lần thanh toán. Nếu thanh toán ghi nợ tự động thất bại (ví dụ như không có tiền, tài khoản bị đóng), Blue Shield sẽ gửi hóa đơn đến địa chỉ của tôi lưu trong hồ sơ và tôi sẽ có trách nhiệm thanh toán bằng séc hoặc ủy nhiệm chi, cùng với phí dịch vụ trả lại hàng. Blue Shield cũng có thể gửi lại ghi nợ lên đến số lần cho phép của pháp luật và hệ thống thanh toán quy định. Chúng tôi cũng có thể hủy bỏ giấy ủy quyền này nếu thẻ ghi nợ bị trả về chưa thanh toán.

Chú ý để thay đổi / hủy bỏ yêu cầu:

Tôi sẽ tiếp tục được ghi nợ/trả tiền phí/ phí bảo hiểm mà tôi nợ cho đến khi tôi hủy ủy quyền thanh toán tự động này bằng thông báo trước ít nhất 10 ngày dương lịch trước khi có sự ghi nợ/tính phí diễn ra. Để hủy giấy ủy quyền thanh toán tự động này, hoặc nếu có thay đổi về tài khoản thanh toán của tôi, tôi phải liên lạc với Dịch Vụ Khách Hàng qua số **(800) 431-2809**. Blue Shield có thể hủy giấy cho phép này vào bất kỳ lúc nào sau khi gửi thông báo cho tôi.

Khi ký tên bên dưới, tôi đồng ý với các điều khoản và điều kiện của giấy ủy quyền này và tôi xác nhận rằng tôi đã nhận được một bản sao của giấy này. Tôi xác nhận rằng mọi giao dịch thanh toán phải tuân thủ các quy định của luật pháp Hoa Kỳ. Tôi sẽ thanh toán bằng séc hoặc phiếu tiền cho đến khi dịch vụ thanh toán tự động của tôi được kích hoạt.

Thanh toán có thể được xử lý bởi một nhà cung cấp bên thứ ba thay mặt cho Blue Shield.

Chữ ký của chủ thẻ/chủ tài khoản

Số An Sinh Xã hội

Tên viết in

Ngày

Chữ ký của Chủ thẻ/Chủ tài khoản

Số An Sinh Xã hội

Tên Viết In

Ngày

Phần 7 (tiếp theo) – Giấy Cho Phép Thanh Toán

HÃY GIỮ LẠI MỘT BẢN SAO CỦA ĐƠN ĐĂNG KÝ NÀY

Các lựa chọn thanh toán: (Cần phải nộp phí/phí bảo hiểm cùng với đơn đăng ký của quý vị.)

Vui lòng chọn một trong các lựa chọn bên dưới cho **thanh toán ban đầu**:

- Easy\$Pay (thanh toán tự động) qua tài khoản vãng lai hoặc tài khoản tiết kiệm – (hoàn tất phần A bên dưới)
- Thẻ thanh toán (thẻ ghi nợ hoặc tín dụng) – (hoàn tất phần B bên dưới)
- Bằng séc* (chỉ dành cho đơn đăng ký gửi qua đường bưu điện)

Vui lòng chọn một trong các lựa chọn bên dưới cho **thanh toán liên tục**:

- Easy\$Pay thông qua tài khoản vãng lai hoặc tài khoản tiết kiệm – (hoàn tất phần A bên dưới)
- Thẻ thanh toán (thẻ ghi nợ hoặc tín dụng) – (hoàn tất phần B bên dưới)
- Hóa đơn hàng tháng

* Khi quý vị cung cấp một tờ séc để thanh toán, quý vị đã cho phép Blue Shield hoặc sử dụng thông tin từ séc của quý vị để thực hiện chuyển khoản điện tử một lần từ tài khoản của quý vị hoặc để xử lý thanh toán như là một giao dịch bằng séc. Khi chúng tôi sử dụng thông tin này từ séc của quý vị để thực hiện chuyển khoản điện tử, các quý sẽ được rút ra từ tài khoản của quý vị ngay khi chúng tôi chấp nhận đơn đăng ký của quý vị và quý vị sẽ không nhận được séc của mình trở lại từ tổ chức tài chính của quý vị.

Thông tin người đăng ký

Tên người đăng ký

Địa chỉ gửi thư

Căn Hộ Số

Thành phố

Tiểu bang

Mã ZIP

Số điện thoại ban ngày của người đăng ký ()

Phương thức thanh toán

A. Thẻ ghi nợ Easy\$Pay: Tài khoản vãng lai Tài khoản tiết kiệm

Ngày thanh toán: Ngày 1 trong tháng Ngày 15 trong tháng (Lưu ý: Nếu quý vị không chọn ngày thanh toán, ngày mặc định sẽ là ngày 1 trong tháng. Nếu quý vị đăng ký cho chương trình nha khoa HMO, hoặc chỉ thực hiện thanh toán ban đầu của mình bằng Easy\$Pay, quý vị phải chọn ngày 1 trong tháng.)

Tần suất thanh toán: Hàng tháng

Số truy ngân/chuyển tiếp ngân hàng

Số tài khoản ngân hàng

(Các tên trên tài khoản

Tên của tổ chức tài chính

Địa chỉ chi nhánh

Thành phố

Tiểu bang

Mã ZIP

Số điện thoại chi nhánh ()

B. Thẻ thanh toán (Chỉ dành cho Visa or MasterCard)

Ngày thanh toán: Ngày 1 trong tháng

Tên chủ thẻ

Địa chỉ gửi hóa đơn của chủ thẻ

Căn Hộ Số

Thành phố

Tiểu bang

Mã ZIP

Số thẻ tín dụng

Loại thẻ: Visa MasterCard

Ngày hết hạn (tháng/năm) ____/____

Một hoặc nhiều hơn các quy định sau đây sẽ được áp dụng, tùy thuộc vào việc tôi chọn loại thanh toán đang diễn ra, và trên các phương thức thanh toán tôi chọn để thanh toán ban đầu và/hoặc các khoản thanh toán liên tục như trên:

Thanh Toán Ban Đầu:

Phi/phi bảo hiểm ban đầu chỉ có thể trả bằng thẻ thanh toán (thẻ tín dụng hoặc ghi nợ):

Tôi cho phép chương trình của tôi, Blue Shield of California hoặc Blue Shield of California Life & Health Insurance Company ("Blue Shield"), để thu hoặc ghi nợ tháng đầu tiên hoặc đầu tiên của phí/phi bảo hiểm vào thẻ tín dụng hoặc thẻ ghi nợ ("thẻ thanh toán" của tôi) như xác định ở trên, và rằng ủy quyền này chỉ có giá trị để tính phí hoặc ghi nợ ban đầu hoặc phí/phi bảo hiểm tháng đầu tiên nợ Blue Shield. Tôi hiểu rằng thẻ thanh toán của tôi sẽ được dùng thanh toán cho tháng đầu tiên của phí/phi bảo hiểm nếu đơn đăng ký của tôi được chấp thuận. Tôi cũng hiểu rằng tỉ giá khác nhau có thể áp dụng cho bảo hiểm đã được phê duyệt. Nếu tôi chấp nhận ở một mức giá khác nhau, Blue Shield sẽ thông báo phí/phi bảo hiểm thực tế hàng tháng, trước ngày có hiệu lực ban đầu của bảo hiểm, và số tiền đó sẽ được thanh toán theo ủy quyền này.

Phi ban đầu/phi bảo hiểm chỉ ghi nợ từ tài khoản vãng lai/tiết kiệm:

Tôi cho phép chương trình của tôi, Blue Shield of California hoặc Blue Shield of California Life & Health Insurance Company ("Blue Shield"), để ghi nợ tháng đầu tiên hoặc đầu tiên của phí/phi bảo hiểm vào tài khoản ngân hàng của tôi xác định ở trên, và rằng ủy quyền này chỉ có giá trị ghi nợ ban đầu hoặc phí/phi bảo hiểm tháng đầu tiên nợ Blue Shield. Tôi hiểu rằng tài khoản ngân hàng của tôi sẽ được dùng thanh toán cho tháng đầu tiên của phí/phi bảo hiểm nếu đơn đăng ký của tôi được chấp thuận. Tôi cũng hiểu rằng tỉ giá khác nhau có thể áp dụng cho bảo hiểm đã được phê duyệt. Nếu tôi chấp nhận ở một mức giá khác nhau, Blue Shield sẽ thông báo phí/phi bảo hiểm thực tế hàng tháng, trước ngày có hiệu lực ban đầu của bảo hiểm, và số tiền đó sẽ được thanh toán theo ủy quyền này.

Thanh Toán Tiếp Theo:

Thanh Toán Tự Động bằng thẻ thanh toán (thẻ tín dụng hoặc thẻ ghi nợ):

Tôi cho phép chương trình của tôi, Blue Shield of California hoặc Blue Shield of California Life & Health Insurance Company ("Blue Shield"), tiến hành ghi nợ (và/hoặc sửa đổi các khoản ghi nợ trước đó, nếu cần) vào tài khoản ngân hàng được xác nhận trên đơn này vào ngày thanh toán (hoặc trong vòng 2 đến 3 ngày trước hoặc sau ngày thanh toán) và với tần suất được thiết lập bên trên để thanh toán phí/phi bảo hiểm cho bản thân tôi và gia đình được bảo hiểm bởi Blue Shield. Tôi sẽ duy trì đủ mức tín dụng có sẵn trên thẻ tín dụng hoặc tiền thu được trong tài khoản của tôi truy cập bằng thẻ ghi nợ của mình cho toàn bộ số tiền mỗi lần thanh toán. Nếu thanh toán tự động thất bại (ví dụ như không có tiền), Blue Shield sẽ gửi hóa đơn đến địa chỉ của tôi lưu trong hồ sơ và tôi sẽ có trách nhiệm thanh toán bằng séc hoặc ủy nhiệm chi, cùng với phí dịch vụ trả lại hàng. Blue Shield cũng có thể gửi lại phí hoặc ghi nợ lên đến số lần cho phép của pháp luật và hệ thống thanh toán quy định. Chúng tôi cũng có thể hủy bỏ giấy ủy quyền này nếu một khoản phí hoặc thẻ ghi nợ bị trả về chưa thanh toán. Tôi xác nhận rằng nếu ngân hàng phát hành thẻ của tôi tham gia vào một chương trình cập nhật thẻ, thì từ khi tôi không tham gia vào dịch vụ này, ngân hàng của tôi có thể cung cấp cho Blue Shield với số thẻ được cập nhật và ngày hết hạn, và Blue Shield sẽ cập nhật các tập tin của họ với thông tin này và tiếp tục tính phí thẻ của tôi.

Thanh toán Tự động bằng cách trừ vào tài khoản séc/tiết kiệm:

Tôi cho phép chương trình của tôi, Blue Shield of California hoặc Blue Shield of California Life & Health Insurance Company ("Blue Shield"), tiến hành ghi nợ (và/hoặc sửa đổi các khoản ghi nợ trước đó, nếu cần) vào tài khoản ngân hàng được tự động xác nhận như trên vào ngày thanh toán (hoặc trong vòng 2 đến 3 ngày trước hoặc sau ngày thanh toán) và với tần suất được thiết lập bên trên để thanh toán phí/phi bảo hiểm cho bản thân tôi và gia đình được bảo hiểm bởi Blue Shield. Tôi cũng cho phép tổ chức tài chính của tôi giảm số dư trong tài khoản của tôi theo số tiền ghi nợ đó (và/hoặc điều chỉnh các khoản ghi nợ trước đó). Tôi sẽ duy trì đủ tiền trong tài khoản của tôi cho mỗi lần thanh toán. Nếu thanh toán ghi nợ tự động thất bại (ví dụ như không có tiền, tài khoản bị đóng), Blue Shield sẽ gửi hóa đơn đến địa chỉ của tôi lưu trong hồ sơ và tôi sẽ có trách nhiệm thanh toán bằng séc hoặc ủy nhiệm chi, cùng với phí dịch vụ trả lại hàng. Blue Shield cũng có thể gửi lại ghi nợ lên đến số lần cho phép của pháp luật và hệ thống thanh toán quy định. Chúng tôi cũng có thể hủy bỏ giấy ủy quyền này nếu thẻ ghi nợ bị trả về chưa thanh toán.

Chú ý để thay đổi / hủy bỏ yêu cầu:

Tôi sẽ tiếp tục được ghi nợ/trả tiền phí/phi bảo hiểm mà tôi nợ cho đến khi tôi hủy ủy quyền thanh toán tự động này bằng thông báo trước ít nhất 10 ngày dương lịch trước khi có sự ghi nợ/tính phí diễn ra. Để hủy giấy ủy quyền thanh toán tự động này, hoặc nếu có thay đổi về tài khoản thanh toán của tôi, tôi phải liên lạc với Dịch Vụ Khách Hàng qua số (800) 431-2809. Blue Shield có thể hủy giấy cho phép này vào bất kỳ lúc nào sau khi gửi thông báo cho tôi.

Khi ký tên bên dưới, tôi đồng ý với các điều khoản và điều kiện của giấy ủy quyền này và tôi xác nhận rằng tôi đã nhận được một bản sao của giấy này. Tôi xác nhận rằng mọi giao dịch thanh toán phải tuân thủ các quy định của luật pháp Hoa Kỳ. Tôi sẽ thanh toán bằng séc hoặc phiếu tiền cho đến khi dịch vụ thanh toán tự động của tôi được kích hoạt.

Thanh toán có thể được xử lý bởi một nhà cung cấp bên thứ ba thay mặt cho Blue Shield.

Chữ ký của chủ thẻ/chủ tài khoản

Số An Sinh Xã Hội

Tên viết in

Ngày

Chữ ký của Chủ thẻ/Chủ tài khoản

Số An Sinh Xã hội

Tên Viết In

Ngày