



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

Tất cả các thay đổi phải được nhận trong vòng 31 ngày kể từ ngày thay đổi có hiệu lực. Không sử dụng mẫu này cho các thay đổi bác sĩ chăm sóc chính – người đăng ký phải gọi số điện thoại Dịch vụ Thành viên ở mặt sau của thẻ ID.

Nhận dạng nhân viên – phải hoàn thành phần này.

Form with fields: Số ID người đăng ký (từ thẻ ID), Số An Sinh Xã hội, Số của nhóm (từ thẻ ID), Số điện thoại di động, Số điện thoại cố định, Họ, Tên, Chữ đầu tên đệm, Địa chỉ đường phố – Thành phố, Tiểu bang, Mã ZIP, Tên nhóm/chủ lao động (nếu có), Địa chỉ email

Thay đổi

Form with multiple sections: 
- Section 1: Có/ Không Đây là thay đổi/sửa địa chỉ?
- Section 2: Có/ Không Thay đổi/sửa địa chỉ này dành cho người phụ thuộc? (Lưu ý: Địa chỉ của người phụ thuộc theo mặc định sẽ là địa chỉ của người đăng ký nếu chọn 'Không' tại đây.)
- Section 3: Sửa số An Sinh Xã Hội của tôi thành: (Phải đính kèm bản sao thẻ An Sinh Xã Hội, ID có ảnh, thư xác minh từ văn phòng An Sinh Xã Hội và văn bản tuyên bố lý do nhân viên yêu cầu thay đổi.)
- Section 4: Đây là thay đổi thực hiện trong gian đoạn đăng ký mở.
- Section 5: Chuyển/thêm bảo hiểm sức khỏe của tôi vào: Access+ HMO, Access+ HMO SaveNet, Local Access+ HMO, Trio HMO, Full PPO, Active Choice, Active Choice Plus, Active Choice Classic, Full PPO Savings, Tandem PPO, Tandem PPO Savings, Added Advantage POS.
- Section 6: Chuyển các quyền lợi bảo hiểm ABHP của tôi sang: Đối với Access+ HMO, Access+HMO SaveNet, Local Access+ HMO, Trio HMO, Full PPO, Active Choice; Đối với Active Choice Plus, Active Choice Classic, Tandem PPO Savings, Added Advantage POS.
- Section 7: Chuyển các quyền lợi chuyên khoa của tôi sang: DHMO, DPPO, DINO.
- Section 8: Thay đổi mức tiền của Bảo Hiểm Nhân Thọ Có Thời Hạn Cho Nhóm Cơ Bản hoặc Bảo Hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và AD&D (Bảo Hiểm Tử Vong Và Thương Tật Do Tai Nạn) Bổ Sung: (hãy cung cấp mức tiền bảo hiểm trước đây và mức tiền bảo hiểm mới)
- Section 9: Sửa/thay đổi tên thành:
- Section 10: Sửa/thay đổi địa chỉ email thành:
- Section 11: Sửa/thay đổi ngày sinh của tôi từ: thành:
- Section 12: Thay đổi/bình luận bổ sung:
- Section 13: Sự hủy bỏ của người đăng ký: Tôi từ chối chương trình bảo hiểm sức khỏe cho bản thân (và những người phụ thuộc, nếu có), có hiệu lực từ:
- Section 14: Người tham gia COBRA
- Section 15: Sự kiện đủ điều kiện:
- Section 16: Ngày có hiệu lực của sự kiện đủ điều kiện kể trên:
- Section 17: Đây là sự chấm dứt? Nếu đúng, hãy liệt kê (các) tên:

## Thay đổi bảo hiểm của vợ/chồng/bạn đời sống chung/con cái là người phụ thuộc

**Bổ sung vợ/chồng/bạn đời sống chung/con cái là người phụ thuộc - Hoàn thành phần A** - Ngày yêu cầu có hiệu lực đối với việc bổ sung: \_\_\_\_\_

Ngày cưới, nếu bổ sung vợ/chồng: \_\_\_\_\_  Bạn đời sống chung - ngày trở thành bạn đời sống chung, nếu bổ sung: \_\_\_\_\_

- Nếu quyền nuôi con/bảo hiểm do tòa án yêu cầu, hãy nhập ngày và đính kèm bản sao các giấy tờ pháp lý: \_\_\_\_\_
- Nếu nhận con nuôi, hãy ghi ngày nhận con nuôi hoặc ngày đã định để nhận con nuôi và đính kèm bản sao các giấy tờ pháp lý: \_\_\_\_\_
- Người phụ thuộc bị khuyết tật trên 25 tuổi (Đính kèm 'Tuyên bố tình trạng khuyết tật cho con cái là người phụ thuộc vượt quá tuổi' (C3674) hoặc giấy tờ xác nhận rằng công ty bảo hiểm chăm sóc sức khỏe hiện tại của quý vị đang cung cấp bảo hiểm cho người phụ thuộc bị khuyết tật này.)
- Thay đổi mức tiền bảo hiểm Nhân Thọ Có Thời Hạn Cho Nhóm Bổ Sung và AD&D của vợ/chồng hoặc bạn đời sống chung: (hãy cung cấp mức tiền bảo hiểm trước đây và mức tiền bảo hiểm mới) Mức tiền bảo hiểm trước đây: \$ \_\_\_\_\_ Mức tiền bảo hiểm mới: \$ \_\_\_\_\_

**Hủy người phụ thuộc - Hoàn thành phần A** - Ngày yêu cầu có hiệu lực đối với việc xóa: \_\_\_\_\_

**Đối với việc hủy bỏ cho vợ/chồng hoặc bạn đời sống chung:** (hãy chọn lý do hủy bỏ thích hợp và cung cấp ngày của sự kiện)

- Ly hôn hoặc chấm dứt mối quan hệ bạn đời: Ngày: \_\_\_\_\_
- Tử vong: Ngày: \_\_\_\_\_
- Lý do khác (xin nêu rõ): \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

**Đối với việc hủy bỏ cho người phụ thuộc là con cái:** (hãy chọn lý do hủy bỏ thích hợp và cung cấp ngày của sự kiện)

- Tử vong: Ngày: \_\_\_\_\_  Lý do khác (xin nêu rõ) \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Lưu ý: Trẻ sơ sinh/con nuôi hoặc trẻ dự định nhận làm con nuôi phải có giấy Yêu Cầu Thay Đổi Của Người Đăng Ký được hoàn thành và gửi trong vòng 31 ngày kể từ ngày sinh/ngày nhận con nuôi/đặt lịch nhận con nuôi để được bổ sung vào bảo hiểm của quý vị.

Hãy nhớ ký tên vào trang thứ ba của biểu mẫu này trước khi gửi, điều này rất cần thiết để có thể xử lý được các thay đổi.

### Phần A

**Hoàn thành phần này nếu bổ sung/hủy bảo hiểm cho chính quý vị hoặc người phụ thuộc của quý vị. Cung cấp thông tin bác sĩ chăm sóc chính/nhà cung cấp dịch vụ nha khoa nếu thay đổi liên quan đến bảo hiểm HMO/POS/DHMO.** Vui lòng điền thông tin vào quyền lợi có áp dụng thay đổi:

Bổ sung	Hủy bỏ	Bản thân			
<input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Y tế <input type="checkbox"/> Nhân khoa <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Cơ Bản/AD&D <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Người Phụ Thuộc <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung† <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung/AD&D†	<input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Y tế <input type="checkbox"/> Nhân khoa <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Cơ Bản/AD&D <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Người Phụ Thuộc <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung/AD&D	Họ	Tên	Chữ đầu tên đệm	Giới tính
Hãy cho chúng tôi biết về bản thân quý vị. Vui lòng cho biết chủng tộc hoặc sắc tộc của quý vị? Những câu hỏi này là không bắt buộc và chỉ được sử dụng để giúp đảm bảo tất cả các thành viên đều nhận được chất lượng chăm sóc cao nhất.					
		1. Quý vị là người gốc Tây Ban Nha hoặc Latinh? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Từ chối	2. Nếu có, vui lòng chọn một: <input type="checkbox"/> Cuba <input type="checkbox"/> Guatemala <input type="checkbox"/> Mexico, Mỹ gốc Mexico, Chicano <input type="checkbox"/> Puerto Rico <input type="checkbox"/> Salvador <input type="checkbox"/> 2 Dân tộc trở lên <input type="checkbox"/> Người Mỹ gốc Tây Ban Nha, La tinh, Tây Ban Nha khác: _____	3. Vui lòng cho biết chủng tộc của quý vị? (chọn một) <input type="checkbox"/> Người Mỹ da đỏ hoặc Người bản địa Alaska <input type="checkbox"/> Ấn Độ châu Á <input type="checkbox"/> Người Da đen hoặc Mỹ gốc Phi <input type="checkbox"/> Campuchia <input type="checkbox"/> Trung Quốc <input type="checkbox"/> Philipin <input type="checkbox"/> Guam hoặc Chamorro <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Nhật <input type="checkbox"/> Hàn Quốc <input type="checkbox"/> Lào <input type="checkbox"/> Hawaii bản địa <input type="checkbox"/> Samoa <input type="checkbox"/> Việt Nam <input type="checkbox"/> Người da trắng <input type="checkbox"/> 2 Chủng tộc trở lên <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Từ chối	
		Số An Sinh Xã Hội: _____	Ngày sinh (tháng/ngày/năm) _____		
		Ngôn ngữ ưu tiên: <input type="checkbox"/> Tiếng Anh <input type="checkbox"/> Tiếng Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Tiếng Trung <input type="checkbox"/> Tiếng Việt <input type="checkbox"/> Tiếng Ba Tư <input type="checkbox"/> Khác _____			
		Chức danh/phân loại công việc	Thu nhập hàng năm (không bao gồm thưởng, tiền làm thêm giờ, v.v.) \$ _____		
		Nếu bổ sung bảo hiểm Nhân Thọ Cơ Bản và AD&D, vui lòng ghi rõ mức tiền yêu cầu: \$ _____ Nếu thêm bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và/hoặc AD&D Bổ Sung, vui lòng ghi rõ mức tiền yêu cầu: \$ _____ Nếu bổ sung Nhân Thọ Cho Người Phụ Thuộc, vui lòng ghi rõ mức tiền yêu cầu: \$ _____ (Lưu ý: Vợ/chồng và toàn bộ con cái sẽ được bảo hiểm với cùng mức tiền quyền lợi đó)			
		<b>Tên của bác sĩ chăm sóc chính HMO/POS</b> Tên của bác sĩ: _____ Nhà cung cấp #: _____ IPA (Hiệp Hội Hành Nghề Độc Lập)/MG (nhóm y tế) #: _____	Hiện là bệnh nhân? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<b>Chỉ dành cho nhà cung cấp nha khoa Dental HMO</b> Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa: _____ Nhà cung cấp nha khoa #: _____	
Bổ sung	Hủy bỏ	Vợ/chồng/bạn đời sống chung			
<input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Y tế <input type="checkbox"/> Nhân khoa <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung† <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung/AD&D†	<input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Y tế <input type="checkbox"/> Nhân khoa <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung/AD&D	Họ	Tên	Chữ đầu tên đệm	Giới tính
Thành viên này thuộc chủng tộc hoặc sắc tộc nào:					
		Số An Sinh Xã Hội: _____	Ngày sinh (tháng/ngày/năm) _____		
		Nếu thêm bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và/hoặc AD&D Bổ Sung, vui lòng ghi rõ mức tiền yêu cầu: \$ _____			
		<b>Tên của bác sĩ chăm sóc chính HMO/POS</b> Tên của bác sĩ: _____ Nhà cung cấp #: _____ IPA/MG #: _____	Hiện là bệnh nhân? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<b>Chỉ dành cho nhà cung cấp nha khoa Dental HMO</b> Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa: _____ Nhà cung cấp nha khoa #: _____	

Bổ sung	Hủy bỏ	Con cái																								
<input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Y tế <input type="checkbox"/> Nhân khoa <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung† <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung/ AD&D‡	<input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Y tế <input type="checkbox"/> Nhân khoa <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung/ AD&D	<table border="1"> <tr> <td>Họ</td> <td>Tên</td> <td>Chữ đầu tên đệm</td> <td>Giới tính</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Thành viên này thuộc chủng tộc hoặc sắc tộc nào:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Số An Sinh Xã Hội:</td> <td colspan="2">Ngày sinh (tháng/ngày/năm) _____</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Nếu thêm bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và/hoặc AD&amp;D Bổ Sung, vui lòng ghi rõ mức tiền: \$ _____ (\$5,000 hoặc \$10,000) (Lưu ý: Toàn bộ con cái sẽ được bảo hiểm với cùng mức tiền đối với bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và AD&amp;D Bổ Sung.)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Nếu bổ sung Nhân Thọ Cho Người Phụ Thuộc, vui lòng ghi rõ mức tiền yêu cầu: \$ _____ (Lưu ý: Vợ/chồng và toàn bộ con cái sẽ được bảo hiểm với cùng mức tiền quyền lợi đó)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <b>Tên của bác sĩ chăm sóc chính HMO/POS</b>            Tên của bác sĩ: _____            Nhà cung cấp #: _____            IPA/MG #: _____         </td> <td>           Hiện là bệnh nhân?  <input type="checkbox"/> Có  <input type="checkbox"/> Không         </td> <td> <b>Chỉ dành cho nhà cung cấp nha khoa Dental HMO</b>            Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa: _____            Nhà cung cấp nha khoa #: _____         </td> </tr> </table>	Họ	Tên	Chữ đầu tên đệm	Giới tính	Thành viên này thuộc chủng tộc hoặc sắc tộc nào:				Số An Sinh Xã Hội:		Ngày sinh (tháng/ngày/năm) _____		Nếu thêm bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và/hoặc AD&D Bổ Sung, vui lòng ghi rõ mức tiền: \$ _____ (\$5,000 hoặc \$10,000) (Lưu ý: Toàn bộ con cái sẽ được bảo hiểm với cùng mức tiền đối với bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và AD&D Bổ Sung.)				Nếu bổ sung Nhân Thọ Cho Người Phụ Thuộc, vui lòng ghi rõ mức tiền yêu cầu: \$ _____ (Lưu ý: Vợ/chồng và toàn bộ con cái sẽ được bảo hiểm với cùng mức tiền quyền lợi đó)				<b>Tên của bác sĩ chăm sóc chính HMO/POS</b> Tên của bác sĩ: _____ Nhà cung cấp #: _____ IPA/MG #: _____		Hiện là bệnh nhân? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<b>Chỉ dành cho nhà cung cấp nha khoa Dental HMO</b> Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa: _____ Nhà cung cấp nha khoa #: _____
Họ	Tên	Chữ đầu tên đệm	Giới tính																							
Thành viên này thuộc chủng tộc hoặc sắc tộc nào:																										
Số An Sinh Xã Hội:		Ngày sinh (tháng/ngày/năm) _____																								
Nếu thêm bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và/hoặc AD&D Bổ Sung, vui lòng ghi rõ mức tiền: \$ _____ (\$5,000 hoặc \$10,000) (Lưu ý: Toàn bộ con cái sẽ được bảo hiểm với cùng mức tiền đối với bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và AD&D Bổ Sung.)																										
Nếu bổ sung Nhân Thọ Cho Người Phụ Thuộc, vui lòng ghi rõ mức tiền yêu cầu: \$ _____ (Lưu ý: Vợ/chồng và toàn bộ con cái sẽ được bảo hiểm với cùng mức tiền quyền lợi đó)																										
<b>Tên của bác sĩ chăm sóc chính HMO/POS</b> Tên của bác sĩ: _____ Nhà cung cấp #: _____ IPA/MG #: _____		Hiện là bệnh nhân? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<b>Chỉ dành cho nhà cung cấp nha khoa Dental HMO</b> Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa: _____ Nhà cung cấp nha khoa #: _____																							
<input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Y tế <input type="checkbox"/> Nhân khoa <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung† <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung/ AD&D‡	<input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Y tế <input type="checkbox"/> Nhân khoa <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung/ AD&D	<table border="1"> <tr> <td>Họ</td> <td>Tên</td> <td>Chữ đầu tên đệm</td> <td>Giới tính</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Thành viên này thuộc chủng tộc hoặc sắc tộc nào:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Số An Sinh Xã Hội:</td> <td colspan="2">Ngày sinh (tháng/ngày/năm) _____</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Nếu thêm bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và/hoặc AD&amp;D Bổ Sung, vui lòng ghi rõ mức tiền: \$ _____ (\$5,000 hoặc \$10,000) (Lưu ý: Toàn bộ con cái sẽ được bảo hiểm với cùng mức tiền đối với bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và AD&amp;D Bổ Sung.)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Nếu bổ sung Nhân Thọ Cho Người Phụ Thuộc, vui lòng ghi rõ mức tiền yêu cầu: \$ _____ (Lưu ý: Vợ/chồng và toàn bộ con cái sẽ được bảo hiểm với cùng mức tiền quyền lợi đó)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <b>Tên của bác sĩ chăm sóc chính HMO/POS</b>            Tên của bác sĩ: _____            Nhà cung cấp #: _____            IPA/MG #: _____         </td> <td>           Hiện là bệnh nhân?  <input type="checkbox"/> Có  <input type="checkbox"/> Không         </td> <td> <b>Chỉ dành cho nhà cung cấp nha khoa Dental HMO</b>            Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa: _____            Nhà cung cấp nha khoa #: _____         </td> </tr> </table>	Họ	Tên	Chữ đầu tên đệm	Giới tính	Thành viên này thuộc chủng tộc hoặc sắc tộc nào:				Số An Sinh Xã Hội:		Ngày sinh (tháng/ngày/năm) _____		Nếu thêm bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và/hoặc AD&D Bổ Sung, vui lòng ghi rõ mức tiền: \$ _____ (\$5,000 hoặc \$10,000) (Lưu ý: Toàn bộ con cái sẽ được bảo hiểm với cùng mức tiền đối với bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và AD&D Bổ Sung.)				Nếu bổ sung Nhân Thọ Cho Người Phụ Thuộc, vui lòng ghi rõ mức tiền yêu cầu: \$ _____ (Lưu ý: Vợ/chồng và toàn bộ con cái sẽ được bảo hiểm với cùng mức tiền quyền lợi đó)				<b>Tên của bác sĩ chăm sóc chính HMO/POS</b> Tên của bác sĩ: _____ Nhà cung cấp #: _____ IPA/MG #: _____		Hiện là bệnh nhân? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<b>Chỉ dành cho nhà cung cấp nha khoa Dental HMO</b> Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa: _____ Nhà cung cấp nha khoa #: _____
Họ	Tên	Chữ đầu tên đệm	Giới tính																							
Thành viên này thuộc chủng tộc hoặc sắc tộc nào:																										
Số An Sinh Xã Hội:		Ngày sinh (tháng/ngày/năm) _____																								
Nếu thêm bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và/hoặc AD&D Bổ Sung, vui lòng ghi rõ mức tiền: \$ _____ (\$5,000 hoặc \$10,000) (Lưu ý: Toàn bộ con cái sẽ được bảo hiểm với cùng mức tiền đối với bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và AD&D Bổ Sung.)																										
Nếu bổ sung Nhân Thọ Cho Người Phụ Thuộc, vui lòng ghi rõ mức tiền yêu cầu: \$ _____ (Lưu ý: Vợ/chồng và toàn bộ con cái sẽ được bảo hiểm với cùng mức tiền quyền lợi đó)																										
<b>Tên của bác sĩ chăm sóc chính HMO/POS</b> Tên của bác sĩ: _____ Nhà cung cấp #: _____ IPA/MG #: _____		Hiện là bệnh nhân? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<b>Chỉ dành cho nhà cung cấp nha khoa Dental HMO</b> Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa: _____ Nhà cung cấp nha khoa #: _____																							
<input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Y tế <input type="checkbox"/> Nhân khoa <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung† <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung/ AD&D‡	<input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Y tế <input type="checkbox"/> Nhân khoa <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung/ AD&D	<table border="1"> <tr> <td>Họ</td> <td>Tên</td> <td>Chữ đầu tên đệm</td> <td>Giới tính</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Thành viên này thuộc chủng tộc hoặc sắc tộc nào:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Số An Sinh Xã Hội:</td> <td colspan="2">Ngày sinh (tháng/ngày/năm) _____</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Nếu thêm bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và/hoặc AD&amp;D Bổ Sung, vui lòng ghi rõ mức tiền: \$ _____ (\$5,000 hoặc \$10,000) (Lưu ý: Toàn bộ con cái sẽ được bảo hiểm với cùng mức tiền đối với bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và AD&amp;D Bổ Sung.)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Nếu bổ sung Nhân Thọ Cho Người Phụ Thuộc, vui lòng ghi rõ mức tiền yêu cầu: \$ _____ (Lưu ý: Vợ/chồng và toàn bộ con cái sẽ được bảo hiểm với cùng mức tiền quyền lợi đó)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <b>Tên của bác sĩ chăm sóc chính HMO/POS</b>            Tên của bác sĩ: _____            Nhà cung cấp #: _____            IPA/MG #: _____         </td> <td>           Hiện là bệnh nhân?  <input type="checkbox"/> Có  <input type="checkbox"/> Không         </td> <td> <b>Chỉ dành cho nhà cung cấp nha khoa Dental HMO</b>            Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa: _____            Nhà cung cấp nha khoa #: _____         </td> </tr> </table>	Họ	Tên	Chữ đầu tên đệm	Giới tính	Thành viên này thuộc chủng tộc hoặc sắc tộc nào:				Số An Sinh Xã Hội:		Ngày sinh (tháng/ngày/năm) _____		Nếu thêm bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và/hoặc AD&D Bổ Sung, vui lòng ghi rõ mức tiền: \$ _____ (\$5,000 hoặc \$10,000) (Lưu ý: Toàn bộ con cái sẽ được bảo hiểm với cùng mức tiền đối với bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và AD&D Bổ Sung.)				Nếu bổ sung Nhân Thọ Cho Người Phụ Thuộc, vui lòng ghi rõ mức tiền yêu cầu: \$ _____ (Lưu ý: Vợ/chồng và toàn bộ con cái sẽ được bảo hiểm với cùng mức tiền quyền lợi đó)				<b>Tên của bác sĩ chăm sóc chính HMO/POS</b> Tên của bác sĩ: _____ Nhà cung cấp #: _____ IPA/MG #: _____		Hiện là bệnh nhân? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<b>Chỉ dành cho nhà cung cấp nha khoa Dental HMO</b> Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa: _____ Nhà cung cấp nha khoa #: _____
Họ	Tên	Chữ đầu tên đệm	Giới tính																							
Thành viên này thuộc chủng tộc hoặc sắc tộc nào:																										
Số An Sinh Xã Hội:		Ngày sinh (tháng/ngày/năm) _____																								
Nếu thêm bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và/hoặc AD&D Bổ Sung, vui lòng ghi rõ mức tiền: \$ _____ (\$5,000 hoặc \$10,000) (Lưu ý: Toàn bộ con cái sẽ được bảo hiểm với cùng mức tiền đối với bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và AD&D Bổ Sung.)																										
Nếu bổ sung Nhân Thọ Cho Người Phụ Thuộc, vui lòng ghi rõ mức tiền yêu cầu: \$ _____ (Lưu ý: Vợ/chồng và toàn bộ con cái sẽ được bảo hiểm với cùng mức tiền quyền lợi đó)																										
<b>Tên của bác sĩ chăm sóc chính HMO/POS</b> Tên của bác sĩ: _____ Nhà cung cấp #: _____ IPA/MG #: _____		Hiện là bệnh nhân? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<b>Chỉ dành cho nhà cung cấp nha khoa Dental HMO</b> Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa: _____ Nhà cung cấp nha khoa #: _____																							

Tất cả thông tin tôi đã cung cấp trong mẫu đơn này là chính xác và đầy đủ. Tôi hiểu rằng mẫu đơn này cùng với mọi mẫu ghi danh trước đây, *Chứng Từ Bảo Hiểm/Thẻ Bảo Hiểm* và Thỏa Thuận Về Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe/đơn bảo hiểm, cùng với mọi chứng thực và tài liệu đính kèm, tất cả tạo thành toàn bộ thỏa thuận bảo hiểm.

Chữ ký của nhân viên \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

**Nếu quý vị gửi mẫu đơn này qua fax, hãy lưu lại tài liệu này.**

Blue Shield of California/Blue Shield Life bảo vệ tính bí mật và quyền riêng tư cho thông tin cá nhân của quý vị. Thông tin cá nhân và thông tin sức khỏe là các thông tin có thể nhận dạng cá nhân, ví dụ như tên, địa chỉ, số điện thoại hoặc số An Sinh Xã Hội và thông tin sức khỏe. Chúng tôi sẽ không tiết lộ các thông tin này, trừ khi được pháp luật cho phép.

**Hãy nhớ ký tên vào trang thứ ba của biểu mẫu này trước khi gửi, điều này rất cần thiết để có thể xử lý được các thay đổi.**

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

† Phải có biểu mẫu Bằng chứng về Khả năng có thể bảo hiểm cho bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung. Phải nhận được phê duyệt cho bất kỳ bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung nào được thêm vào. Ngày bảo hiểm có hiệu lực sẽ là ngày đầu tiên của tháng sau khi được phê duyệt.

### Tiết lộ thông tin: Tài liệu được dịch

**Xin lưu ý rằng phiên bản tiếng Anh là phiên bản chính thức của tài liệu, và được đính kèm để tham khảo.  
Bản tiếng nước ngoài này chỉ dành cho mục đích thông tin.**

### 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.**



## 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)**。