

Blue Shield of California
Blue Shield of California Life & Health Insurance Company
Đơn đăng ký chương trình bảo hiểm nha khoa, nhãn khoa và gói bảo hiểm
nha khoa + nhãn khoa



Mẫu đơn này dành cho người đăng ký chương trình bảo hiểm nha khoa, nhãn khoa hoặc gói bảo hiểm nha khoa + nhãn khoa IFP Specialty DuoSM của Blue Shield. Vui lòng gửi kèm lệ phí/phí bảo hiểm của tháng đầu tiên để tránh bị trả lại đơn.

Quý vị đủ điều kiện tham gia các chương trình bảo hiểm nha khoa, nhãn khoa hoặc gói nha khoa + nhãn khoa Specialty DuoSM Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe Cá nhân và Gia đình (IFP, Individual and Family Plan) nếu quý vị là công dân tiểu bang California tại thời điểm ghi danh. Nếu bất kỳ chương trình nha khoa hoặc nhãn khoa Blue Shield IFP nào của quý vị bị huỷ bỏ vì bất kỳ lý do nào (bởi chính quý vị hoặc bởi Blue Shield), quý vị phải đợi sáu tháng kể từ ngày huỷ bỏ trước khi đăng ký lại.

Phần 1 – Thông tin phạm vi bảo hiểm

Lý do đăng ký (chọn một):

- Bắt đầu đăng ký mới Chuyển sang chương trình khác
 Thêm thành viên gia đình phụ thuộc vào chương trình bảo hiểm hiện có

Ngày có hiệu lực được yêu cầu: _____

Các lựa chọn bảo hiểm:

Chương trình nha khoa:

- Dental HMO Enhanced Dental PPO 50/2000
 Dental Standard HMO Enhanced Dental PPO 50/2000
 Dental PPO Lifetime Ortho 1500
 Dental PPO 1500

Chương trình nhãn khoa:

- Ultimate Vision 15/25/120*
 Ultimate Vision 15/25/150*

Gói Nha khoa + Nhãn khoa

- Specialty DuoSM gói
(nha khoa +
nhãn khoa)*

Chỉ dành cho người đăng ký Dental HMO Plans – vui lòng chọn một nha sĩ từ Danh Bạ Nhà Cung Cấp tại blueshieldca.com/fad, hoặc gọi **(888) 256-3650** để được trợ giúp.

Tên của nhà cung cấp dịch vụ Dental HMO: _____ Số điện thoại của nhà cung cấp dịch vụ Dental HMO: _____

Các chương trình Dental HMO và Dental Standard HMO không được cung cấp tại một số mã ZIP nhất định, bao gồm tất cả các quận Butte, Humboldt, Lake, Lassen, Nevada, Shasta, Sutter, Tehama, Marin, Napa, San Luis Obispo và Santa Barbara.

Lựa chọn bảo hiểm nhân thọ*: Bảo hiểm nhân thọ khả dụng cho người đăng ký từ 1 tuổi đến 64 tuổi. Bảo hiểm được cung cấp với số tiền bắt đầu từ \$10,000 đến tối đa \$100,000. Một số điều kiện áp dụng cho số tiền quyền lợi từ \$50,000 trở lên. 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.

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

Lưu ý: Các mẫu đơn Tóm Tắt về Quyền Lợi và Bảo Hiểm Nha Khoa (SDBC) sẵn có cho tất cả các chương trình bảo hiểm nha khoa. Các mẫu đơn này tóm tắt bảo hiểm và quyền lợi cho các chương trình. Đăng nhập vào blueshieldca.com/policies để tải về các mẫu đơn SDBC cho bất kỳ chương trình nha khoa nào mà quý vị đã đăng ký.

Phần 2 – Thông tin người đăng ký tham gia chính

| | | | |
|---|--|---|--|
| Số An Sinh Xã Hội/Mã số thuế của người đăng ký | Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ | Ngày sinh (tháng/ngày/năm) | Đã kết hôn: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Bạn đời sống chung: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không |
| Tên | | Tên đệm viết tắt | Họ |
| Quý vị hiện nay có bảo hiểm nha khoa thông qua Blue Shield hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Nếu có, vui lòng cho biết chương trình của quý vị | | Số ID của người đăng ký nha khoa (nếu có) |
| Quý vị hiện nay có bảo hiểm y tế thông qua Blue Shield không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Nếu có, vui lòng cho biết chương trình của quý vị | | Số ID của người đăng ký y tế (nếu có) |
| Quý vị hiện nay có bảo hiểm nhãn khoa thông qua Blue Shield không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Nếu có, vui lòng cho biết chương trình của quý vị | | Số ID của người đăng ký nhãn khoa (nếu có) |
| Tùy chọn liên lạc <input type="checkbox"/> Điện tử <input type="checkbox"/> Giấy | Số điện thoại di động của người đăng ký | Số điện thoại khác của người đăng ký (không phải di động) | Số điện thoại nơi làm việc của người đăng ký |

Tên viết tắt của người đăng ký chính _____

Địa chỉ email của người đăng ký (**Bắt buộc phải có đối với liên lạc điện tử**)

| | | |
|---|-----------|-----------|
| Địa chỉ nhà (KHÔNG DÙNG Hộp thư bưu điện) | | Số Căn Hộ |
| Thành phố | Tiểu bang | Mã ZIP |
| Địa chỉ gửi hóa đơn của người đăng ký (nếu khác với địa chỉ nhà) | | Số Căn Hộ |
| Thành phố | Tiểu bang | Mã ZIP |
| Địa chỉ gửi đường bưu điện của người đăng ký (nếu khác với địa chỉ nhà) | | Số Căn Hộ |
| Thành phố | Tiểu bang | Mã ZIP |

Phương thức liên lạc ưu tiên (chọn một):

Điện thoại nhà riêng/khác Điện thoại nơi làm việc Điện thoại di động email Thư thường

Cho biết ngôn ngữ ưu tiên:

Tiếng Anh Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Trung Tiếng Việt Tiếng Hàn Khác _____

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

Vợ/chồng Bạn đời sống chung Giới tính: Nam Nữ

| | | |
|-----|------------------|--------------------------|
| Tên | Tên đệm viết tắt | Họ (nếu khác với ở trên) |
|-----|------------------|--------------------------|

| | |
|--|----------------------------|
| Số An Sinh Xã Hội/Mã số thuế của người đăng ký | Ngày sinh (tháng/ngày/năm) |
|--|----------------------------|

Nơi cư ngụ của vợ/chồng/bạn đời sống chung có cùng với nơi cư ngụ 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)

| | | |
|--|---|---|
| Tùy chọn liên lạc: <input type="checkbox"/> Điện tử <input type="checkbox"/> Giấy | Số điện thoại di động của người đăng ký | Số điện thoại khác của người đăng ký (không phải di động) |
|--|---|---|

Địa chỉ email của người đăng ký (**Bắt buộc phải có đối với liên lạc điện tử**)

Tôi được vợ/chồng/bạn đời của tôi ủy quyền để đồng ý thay mặt cho họ rằng Blue Shield cùng các pháp nhân liên kết và đại lý của họ có thể liên lạc với anh ấy/cô ấy về tài khoản của chúng tôi và các chương trình sức khỏe và chất lượng cuộc sống khác có sẵn cho chúng tôi cũng như thông tin khuyến mại khác có thể mang lại lợi ích cho tôi và những người phụ thuộc của tôi, bao gồm liên lạc qua điện thoại hoặc tin nhắn tới các số điện thoại mà tôi đã liệt kê trên biểu mẫu này, sử dụng trình quay số tự động hoặc giọng nói nhân tạo hoặc ghi âm trước. Có Không

Phần 3(b) – Thông tin người đăng ký 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.

| | | |
|---|---------------------------------------|--------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ | Mối quan hệ (ví dụ: con trai/con gái) | |
| Tên | Tên đệm viết tắt | Họ (nếu khác với ở trên) |

| | |
|--|----------------------------|
| Số An Sinh Xã Hội/Mã số thuế của người đăng ký | Ngày sinh (tháng/ngày/năm) |
|--|----------------------------|

Nơi cư ngụ của người đăng ký là con cái phụ thuộc có cùng với 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)

Tên viết tắt của người đăng ký chính _____

| | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------|
| 2. <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ | Mối quan hệ (ví dụ: con trai/con gái) | |
| Tên | Tên đệm viết tắt | Họ (nếu khác với ở trên) |
| Số An Sinh Xã Hội/Mã số thuế của người đăng ký | | Ngày sinh (tháng/ngày/năm) |

Nơi cư ngụ của người đăng ký là con cái phụ thuộc có cùng với 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)

| | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------|
| 3. <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ | Mối quan hệ (ví dụ: con trai/con gái) | |
| Tên | Tên đệm viết tắt | Họ (nếu khác với ở trên) |
| Số An Sinh Xã Hội/Mã số thuế của người đăng ký | | Ngày sinh (tháng/ngày/năm) |

Nơi cư ngụ của người đăng ký là con cái phụ thuộc có cùng với 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)

| | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------|
| 4. <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ | Mối quan hệ (ví dụ: con trai/con gái) | |
| Tên | Tên đệm viết tắt | Họ (nếu khác với ở trên) |
| Số An Sinh Xã Hội/Mã số thuế của người đăng ký | | Ngày sinh (tháng/ngày/năm) |

Nơi cư ngụ của người đăng ký là con cái phụ thuộc có cùng với 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)

| | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------|
| 5. <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ | Mối quan hệ (ví dụ: con trai/con gái) | |
| Tên | Tên đệm viết tắt | Họ (nếu khác với ở trên) |
| Số An Sinh Xã Hội/Mã số thuế của người đăng ký | | Ngày sinh (tháng/ngày/năm) |

Nơi cư ngụ của người đăng ký là con cái phụ thuộc có cùng với 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)

| | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------|
| 6. <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ | Mối quan hệ (ví dụ: con trai/con gái) | |
| Tên | Tên đệm viết tắt | Họ (nếu khác với ở trên) |
| Số An Sinh Xã Hội/Mã số thuế của người đăng ký | | Ngày sinh (tháng/ngày/năm) |

Nơi cư ngụ của người đăng ký là con cái phụ thuộc có cùng với 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)

| | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------|
| 7. <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ | Mối quan hệ (ví dụ: con trai/con gái) | |
| Tên | Tên đệm viết tắt | Họ (nếu khác với ở trên) |
| Số An Sinh Xã Hội/Mã số thuế của người đăng ký | | Ngày sinh (tháng/ngày/năm) |

Nơi cư ngụ của người đăng ký là con cái phụ thuộc có cùng với 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)

| | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------|
| 8. <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ | Mối quan hệ (ví dụ: con trai/con gái) | |
| Tên | Tên đệm viết tắt | Họ (nếu khác với ở trên) |
| Số An Sinh Xã Hội/Mã số thuế của người đăng ký | | Ngày sinh (tháng/ngày/năm) |

Nơi cư ngụ của người đăng ký là con cái phụ thuộc có cùng với 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)

Phần 4 – Ủy quyền, các điều khoản và điều kiện

Vui lòng đọc kỹ các điều khoản và điều kiện sau đây. Mỗi người đăng ký trên 18 tuổi phải xem lại đơn xin hoàn chỉnh và cung cấp sự ủy quyền của riêng họ cũng như chữ ký riêng của mình. Giữ lại một bản của đơn xin này để lưu hồ sơ của quý vị.

- Đơn đăng ký tham gia bảo hiểm:** Tôi hiểu rằng Blue Shield có quyền từ chối đơn đăng ký bảo hiểm của tôi. Tôi cũng hiểu rằng tôi phải đang cư trú tại California để đủ điều kiện ghi danh tham gia chương trình/gói bảo hiểm này. Tôi sẽ thông báo cho Blue Shield biết về bất kỳ thay đổi nào đối với điều kiện hội đủ của tôi để tham gia chương trình nha khoa, chương trình nhãn khoa, hoặc gói nha khoa + nhãn khoa Specialty DuoSM. Tôi cũng đồng ý cung cấp thông tin mà Blue Shield yêu cầu để xác minh điều kiện hội đủ của tôi, hoặc tiếp tục điều kiện hội đủ để nhận bảo hiểm, và hiểu rằng việc không hợp tác có thể dẫn đến hủy bảo hiểm. Nếu quý vị sử dụng một người môi giới để hỗ trợ quá trình đăng ký thì khoản thù lao của họ sẽ dựa trên tỷ lệ phần trăm của tổng phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị. Khoản tiền này do Blue Shield chi trả. Phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị sẽ giữ nguyên, cho dù quý vị có chọn sử dụng người môi giới hay không. Ngoài ra, người môi giới của quý vị có thể nhận được khoản tiền thưởng nếu đạt được các ngưỡng bán hàng nhất định.
- Lệ phí/phí bảo hiểm tháng đầu tiên:** Blue Shield yêu cầu nộp lệ phí/phí bảo hiểm của tháng đầu tiên tại thời điểm nộp đơn. Tìm hiểu lệ phí/phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị bằng cách truy cập vào địa chỉ buyblueshieldca.com hoặc liên lạc với đại lý của quý vị. Tham khảo Phần 6 về 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 thanh toán của quý vị không có nghĩa là đơn xin của quý vị với Blue Shield hoặc Blue Shield Life được chấp thuận. Nếu quý vị gửi bằng séc, thì séc sẽ bị hủy.
- Phí/phí bảo hiểm:** Phí/phí bảo hiểm phải được thanh toán đầy đủ và đúng hạn. Bảo hiểm sẽ bị hủy bỏ nếu không thanh toán phí/phí bảo hiểm đúng thời hạn như được trình bày trong *Chứng Từ Bảo Hiểm và Thỏa thuận về Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe/Đơn bảo hiểm* mà luật pháp cho phép.
- Ngày bảo hiểm có hiệu lực:** Nếu quý vị đủ điều kiện được nhận bảo hiểm, Blue Shield sẽ thông báo cho quý vị biết về ngày có hiệu lực của khoản bao trả. 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, 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 hủy bỏ hoặc chấm dứt bảo hiểm sẽ không được chi trả.
- Chấp nhận đơn:** Quý vị hiểu rằng chỉ Blue Shield có thể chấp nhận đơn xin của quý vị và cấp khoản bao trả đối với chương trình hoặc đơn bảo hiểm theo yêu cầu trong mẫu đơn này. Đại lý hoặc người môi giới của quý vị không thể cấp phát hoặc đăng ký cho quý vị tham gia bảo hiểm 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 hợp pháp của người đăng ký là trẻ vị thành niên, vui lòng ký tên thay cho người đăng ký ở cuối Phần 4 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 về bảo hiểm này (như pháp luật đã cho phép). 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, vui lòng đính kèm giấy tờ của tòa 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 có Phụ huynh _____
 (bao gồm tên và mối quan hệ); hoặc
 Chỉ có Người giám hộ hợp pháp _____
 (bao gồm tên và mối quan hệ); hoặc
 Người chỉ định theo lệnh hỗ trợ trẻ em đủ tiêu chuẩn y khoa _____
 (bao gồm tên và mối quan hệ).
 Đánh dấu ô này nếu Blue Shield chỉ được thay đổi hợp đồng khi có văn bản yêu cầu của người được xác nhận ở trên.
- Ủy quyền vợ/chồng/bạn đời sống chung 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 liệu quý vị có ủy quyền cho vợ/chồng/người cùng chung sống của quý vị thực hiện thay đổi hợp đồng/đơn bảo hiểm thay mặt quý vị không. Quý vị có thể ngừng sự ủy quyền này bất kỳ lúc nào bằng cách gửi văn bản yêu cầu tới Blue Shield. Có Không
- Ủy quyền cho đại lý của quý vị cung cấp/nhận thông tin:** Bằng cách để trống ô này, quý vị ủy quyền cho đại lý bảo hiểm, người môi giới hoặc đại lý cấp cao (gọi là "đại lý của quý vị") tiếp cận tất cả thông tin trên đơn đăng ký tham gia này. Đánh dấu vào ô này nếu quý vị **không muốn** cung cấp cho đại lý của quý vị ủy quyền này.
- Quy trình ủy quyền cho Blue Shield tiết lộ thông tin cá nhân và sức khỏe cho bên thứ ba:** Nếu quý vị muốn ủy quyền cho vợ/chồng, bạn đời 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 Authorization for the Use or Disclosure of Health Information (Cho phép Sử dụng hoặc Tiết lộ Thông tin Sức khỏe). Để có được mẫu đơn này, hãy truy cập blueshieldca.com/privacy hoặc gọi (888) 256-3650.
- Luật pháp California nghiêm cấm các công ty bảo hiểm sức khỏe yêu cầu hoặc sử dụng thông tin xét nghiệm HIV làm điều kiện nhận bảo hiểm sức khỏe.**
- 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 minh thông tin được cung cấp trong đơn đăng ký tham gia bảo hiểm này. Quý vị xác nhận và đồng ý rằng việc không cung cấp hoặc từ chối cung cấp những tài liệu hoặc thông tin được yêu cầu này có thể dẫn đến việc từ chối đơn đăng ký này hoặc thu hồi hay hủy bảo hiểm của quý vị.

Tên viết tắt của người đăng ký chính _____

12. Nhận tài liệu và liên lạc qua phương tiện điện tử thay vì bản in: Quý vị sẽ nhận được chương trình phúc lợi theo yêu cầu và tài liệu liên quan đến bảo hiểm và thư từ liên lạc qua email, tại blueshieldca.com/policies, và/hoặc bằng cách đăng nhập trang web Blue Shield blueshieldca.com, nếu áp dụng. Các tài liệu được cung cấp cho quý vị dưới dạng điện tử bao gồm:

- Thẻ nhận dạng (ID) người đăng ký Blue Shield
- Tuyên bố Quyền lợi (SOB)
- *Chứng từ Bảo hiểm và Thỏa thuận về Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe* (EOC)/Đơn bảo hiểm
- Tóm tắt Quyền lợi Nha khoa và Phạm vi Bao trả (SDBC)

Quý vị có quyền nhận bản tài liệu in qua bưu điện miễn phí vào bất kỳ thời điểm nào.

Để nhận các tài liệu in bằng thư, để chọn không tham gia vào các liên lạc qua email, hoặc nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi **(888) 256-3650**.

13. Để bảo vệ quý vị, luật pháp California yêu cầu điều sau phải xuất hiện trên mẫu đơn này:

Bất kỳ người nào cố ý cung cấp thông tin sai lệch hoặc gian lận để có được bảo hiểm hoặc sửa đổi bảo hiểm hoặc để yêu cầu thanh toán tổn thất đều là hành vi phạm tội và có thể phải chịu bị phạt tiền và giam giữ trong nhà tù tiểu bang.

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 Nha khoa và Bảo hiểm, nếu thích hợp, Tóm Tắt Quyền Lợi cùng các 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 sự ủy quyền mà tôi đã cung cấp. (Quan trọng: Mỗi người đăng ký 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 ghi trong đơn đăng ký này trước khi tôi bắt đầu đăng ký với Blue Shield.

Chữ ký của người đăng ký (cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp, nếu người đăng ký là trẻ nhỏ)

Hôm nay ngày

Tên viết in
(và mối quan hệ của quý vị nếu người đăng ký là trẻ vị thành niên)

Chữ ký của người đăng ký (cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp, nếu người đăng ký là trẻ nhỏ)

Hôm nay ngày

Tên viết in
(và mối 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

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.

Phần 5 – Thông tin đại lý cấp cao: 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 có hỏi chính xác từng câu hỏi trong đơn xin này như được trình bày 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 theo giải thích.
4. Quý vị có muốn chúng tôi gửi *Chứng Từ Bảo Hiểm và Thỏa Thuận/Chính Sách Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe* trực tiếp cho người đăng ký hay không? Có Không

Tên đại lý cấp cao (đơn vị/cá nhân được phát hoa hồng)

Địa chỉ email Cập nhật email Số của đại lý

Số điện thoại Cập nhật điện thoại Số Fax Cập nhật số 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

Bằng cách ký tên bên dưới, tôi, với tư cách là đại lý, người môi giới, luật sư, công ty luật sư hoặc người đại diện hỗ trợ người nộp đơn này trong việc gửi đơn đăng ký này, xác minh rằng theo hiểu biết tốt nhất của tôi, thông tin trong đơn đăng ký là đầy đủ và chính xác. Tôi đã sử dụng những từ ngữ dễ hiểu để giải thích cho người nộp đơn về các rủi ro đối với người nộp đơn khi cung cấp thông tin không chính xác và người nộp đơn đã hiểu phần giải thích của tôi.

Nếu người khai cố tình tuyên bố bất kỳ thông tin quan trọng nào là đúng sự thật mặc dù biết đó là thông tin sai lệch, thì ngoài các khoản tiền phạt hoặc bồi thường theo luật pháp hiện hành, họ sẽ phải chịu khoản tiền phạt dân sự lên tới mười ngàn đô la (\$10,000).

Chữ ký của đại lý (bắt buộc) Ngày hôm nay Tên viết in

(bắt buộc)

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.

Vui lòng fax hoặc gửi đơn đăng ký đã điền và ký tên đến:

Installation and Billing
Blue Shield of California
P.O. Box 3008
Lodi, CA 95241-1912
Fax: **(888) 386-3420**

Lưu hành nội bộ

Tên DSA: _____

Số DSA: _____

Số điện thoại của đại lý: _____

Phần 6 – Hóa đơn và thông tin thanh toán

Tính toán phí/phí bảo hiểm ước tính hàng tháng

- Truy cập buyblueshieldca.com để xem lệ phí/phí bảo hiểm ước tính hoặc trao đổi với đại lý của quý vị để biết lệ phí/phí bảo hiểm ước tính.
- Yêu cầu nộp phí/phí bảo hiểm tháng đầu tiên vào lúc nộp đơn đăng ký tham gia.
- Blue Shield sẽ cung cấp mức phí/phí bảo hiểm cuối cùng trước ngày bảo hiểm có hiệu lực. Nếu tổng số tiền cuối cùng khác với mức lệ phí/phí bảo hiểm ước tính và các số tiền bổ sung được nợ lại thì các khoản tiền đó phải được thanh toán trước khi bảo hiểm có hiệu lực.

Các lựa chọn thanh toán

Lệ phí/phí bảo hiểm tháng đầu tiên của quý vị có thể được trả bằng cách gửi séc* hoặc phiếu chuyển tiền.

* Khi quý vị cung cấp séc để thanh toán, quý vị đã ủy quyền cho Blue Shield sử dụng thông tin từ séc của quý vị để thực hiện chuyển tiền điện tử một lần từ tài khoản của quý vị hoặc để xử lý thanh toán như một giao dịch séc. Khi chúng tôi sử dụng thông tin này từ séc của quý vị để thực hiện chuyển khoản điện tử, các quỹ 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.



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. 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. 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。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)**。