



Đơn Đăng Ký Ghi Danh Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Của Nhân Viên

Chương trình Blue Shield cho 101 nhân viên trở lên

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

Xin lưu ý: Nếu quý vị không điền thông tin đầy đủ và rõ ràng vào đơn đăng ký ghi danh này, quá trình ghi danh có thể sẽ bị chậm trễ.

Lý do đăng ký:

<input type="checkbox"/> Nhân viên mới	<input type="checkbox"/> Ngày mất bảo hiểm _____	<input type="checkbox"/> Đăng ký muộn
<input type="checkbox"/> Ngày thuê tuyển lại _____	<input type="checkbox"/> Đăng ký mở	<input type="checkbox"/> Loại sự kiện đủ điều kiện khác _____ Ngày xảy ra sự kiện trên _____

Phần 1 – Hướng dẫn đăng ký quan trọng cho bảo hiểm Quyền lợi Chuyên khoa

Bảo hiểm nha khoa và nhãn khoa – Nhân viên có thể đăng ký chương trình nha khoa và/hoặc nhãn khoa mà không cần đăng ký chương trình bảo hiểm sức khỏe. Để người phụ thuộc được ghi danh vào chương trình nha khoa hoặc nhãn khoa, nhân viên phải được ghi danh vào cùng một chương trình nha khoa hoặc nhãn khoa đó.

Phần 2 – Chương trình Chọn và điền (các) tên chương trình, nếu thích hợp.

Quyền lợi y tế không có các tùy chọn ABHP (chương trình chăm sóc sức khỏe theo tài khoản):

<input type="checkbox"/> Active Choice® Plus _____	<input type="checkbox"/> Active Choice® Classic _____	<input type="checkbox"/> Access+ HMO® _____
<input type="checkbox"/> Local Access+ HMO® _____	<input type="checkbox"/> Trio HMO _____	<input type="checkbox"/> Added Advantage POS SM _____
<input type="checkbox"/> Full PPO _____	<input type="checkbox"/> Full PPO Savings [†] _____	<input type="checkbox"/> Full EPO _____
<input type="checkbox"/> Full EPO Savings [†] _____	<input type="checkbox"/> Tandem PPO _____	<input type="checkbox"/> Virtual Blue SM _____
<input type="checkbox"/> Tandem PPO Savings [†] _____	<input type="checkbox"/> Tandem EPO _____	<input type="checkbox"/> Tandem EPO Savings [†] _____
<input type="checkbox"/> Blue Shield 65 Plus SM (HMO) _____		

Quyền lợi y tế có các tùy chọn ABHP (chương trình chăm sóc sức khỏe theo tài khoản):

Active Choice® Plus: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Full EPO Savings [†] : <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> LPFSA [‡]
Active Choice® Classic: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Tandem PPO: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA
Access+ HMO®: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Virtual Blue SM : <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA
Local Access+ HMO®: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Tandem PPO Savings [†] : <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> LPFSA [‡]
Trio HMO: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Tandem EPO: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA
Full PPO: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Tandem EPO Savings [†] : <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> LPFSA [‡]
Full PPO Savings [†] : <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> LPFSA [‡]	Blue Shield 65 Plus SM (HMO): <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA
Full EPO: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	

Quyền lợi Chuyên khoa: Dental PPO _____ Dental HMO _____ Dental INO _____
 Nhãn khoa* _____ Khác _____

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

† Các chương trình Full PPO Savings, Full EPO Savings, Tandem PPO Savings và Tandem EPO Savings là các chương trình bảo hiểm sức khỏe HSA hợp lệ có khấu trừ cao.

‡ Chỉ có thể kết hợp với một chương trình HSA.

Lưu ý: Blue Shield không cung cấp tư vấn thuế cũng như không cung cấp HSA, HRA, HIA, FSA hoặc LPFSA.

Lưu hành nội bộ. Không viết vào phần này và chuyển tới Phần 3.

Mã Phòng ban	ID Nhóm	ID Nhóm con	ID Lớp	Ngày có hiệu lực
--------------	---------	-------------	--------	------------------

Phần 3 – Thông tin Nhân viên

Số An Sinh Xã Hội hoặc Số nhận dạng người nộp thuế	Tên của (nhóm) chủ lao động		
Họ	Tên	Chữ đầu tên đệm	
Trạng thái việc làm: <input type="checkbox"/> Toàn thời gian <input type="checkbox"/> Bán thời gian <input type="checkbox"/> Hưu trí	Ngày thuê tuyển: _____	Chức danh/phân loại công việc	

Địa chỉ nhà riêng (đường, thành phố, tiểu bang, mã ZIP)

Địa chỉ gửi đường bưu điện (nếu khác với địa chỉ nhà)

Số điện thoại di động	Số điện thoại cố định	Địa chỉ email (bắt buộc phải có đối với liên lạc điện tử)
-----------------------	-----------------------	---

Bằng cách cung cấp thông tin liên hệ của tôi trên biểu mẫu này, tôi đồng ý rằng Blue Shield và các pháp nhân liên kết cũng như đại lý của họ có thể liên lạc với tôi về tài khoản của tôi và các chương trình sức khỏe và chất lượng cuộc sống khác nhau mà tôi được hưởng miễn phí, bao gồm cả qua điện thoại hoặc tin nhắn bằng trình quay số tự động hoặc giọng nói nhân tạo hoặc giọng nói được ghi âm trước. Áp dụng cước phí dữ liệu tiêu chuẩn.

Tôi đồng ý rằng Blue Shield cùng các pháp nhân liên kết và đại lý của họ có thể liên lạc với tôi về tài khoản của tôi và các chương trình sức khỏe và chất lượng cuộc sống khác có sẵn cho 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 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. Việc tham gia là hoàn toàn tự nguyện và quý vị có thể chọn không tham gia bất cứ lúc nào. Áp dụng cước phí dữ liệu tiêu chuẩn. Có Không

Tùy chọn liên lạc: Điện tử Giấy

Ngày sinh _____ **Giới tính** Nam Nữ **Tình trạng hôn nhân** Độc thân Đã kết hôn Bạn đời sống chung

Ngôn ngữ ưu tiên: Tiếng Anh Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Trung Tiếng Việt Tiếng Ba Tư Khác _____

Quý vị đang đăng ký cho vợ/chồng/bạn đời sống chung và/hoặc người phụ thuộc là con cái
 Có Không **Nếu “có”, hãy hoàn thành Phần 4 của đơn đăng ký.**

Thông tin nhà cung cấp HMO: Trang web danh bạ Blue Shield of California: blueshieldca.com/fap/app/search.html

Tên của bác sĩ chăm sóc chính (PCP):		Số của nhà cung cấp:
Tên của IPA (Hiệp Hội Hành Nghề Độc Lập)/nhóm y tế:	Mã số của IPA/nhóm y tế:	Bệnh nhân hiện tại? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Tên của nhà cung cấp dịch vụ nha khoa:	Số của nhà cung cấp dịch vụ nha khoa:	Bệnh nhân hiện tại? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Phần 4 – Thông tin của người phụ thuộc là vợ/chồng/bạn đời sống chung/con cái Nếu quý vị, vợ/chồng/bạn đời sống chung, hoặc người phụ thuộc của quý vị từ chối bảo hiểm, vui lòng điền thông tin và ký vào mẫu Từ chối Bảo hiểm.

Địa chỉ của người phụ thuộc, nếu khác với địa chỉ của nhân viên – vui lòng ghi rõ (những) người phụ thuộc mà mục này áp dụng:

Thông tin của vợ/chồng/bạn đời sống chung đăng ký	Ghi danh vào (vui lòng đánh dấu chọn tất cả các mục thích hợp)	Chỉ dành cho HMO và Added Advantage POS – tên của bác sĩ chăm sóc chính	Chỉ dành cho Dental HMO – nhà cung cấp dịch vụ nha khoa
<input type="checkbox"/> Vợ/chồng <input type="checkbox"/> Bạn đời sống chung <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ Tên _____ Tên đệm _____ Họ _____ Số An Sinh Xã Hội hoặc Số nhận dạng người nộp thuế _____ Ngày sinh (tháng/ngày/năm) _____	<input type="checkbox"/> Y tế <input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Nhãn khoa	Tên của bác sĩ _____ Tên _____ Họ _____ Số của nhà cung cấp _____ Tên của IPA/nhóm y tế _____ Mã số của IPA/nhóm y tế _____ Bệnh nhân hiện tại? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa _____ Tên _____ Họ _____ Số của nhà cung cấp dịch vụ nha khoa _____ Bệnh nhân hiện tại? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Tùy chọn liên lạc <input type="checkbox"/> Điện tử <input type="checkbox"/> Giấy	Địa chỉ email (Bắt buộc phải có đối với liên lạc điện tử)		

Thông tin của người phụ thuộc là con cái đăng ký	Ghi danh vào (vui lòng đánh dấu chọn tất cả các mục thích hợp)	Chỉ dành cho HMO và Added Advantage POS – tên của bác sĩ chăm sóc chính	Chỉ dành cho Dental HMO – nhà cung cấp dịch vụ nha khoa
<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <hr/> Tên Tên đệm <hr/> Họ <hr/> Số An Sinh Xã Hội hoặc Số nhận dạng người nộp thuế <hr/> Ngày sinh (tháng/ngày/năm) <hr/> Bị khuyết tật? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Y tế <input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Nhân khoa	Tên của bác sĩ <hr/> Tên <hr/> Họ <hr/> Số của nhà cung cấp <hr/> Tên của IPA/nhóm y tế <hr/> Mã số của IPA/nhóm y tế Bệnh nhân hiện tại? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa <hr/> Tên <hr/> Họ <hr/> Số của nhà cung cấp dịch vụ nha khoa <hr/> Bệnh nhân hiện tại? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Tùy chọn liên lạc <input type="checkbox"/> Điện tử <input type="checkbox"/> Giấy		Địa chỉ email (Bắt buộc phải có đối với liên lạc điện tử)	

Thông tin của người phụ thuộc là con cái đăng ký	Ghi danh vào vui lòng đánh dấu chọn tất cả các mục thích hợp)	Chỉ dành cho HMO và Added Advantage POS – tên của bác sĩ chăm sóc chính	Chỉ dành cho Dental HMO – nhà cung cấp dịch vụ nha khoa
<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <hr/> Tên Tên đệm <hr/> Họ <hr/> Số An Sinh Xã Hội hoặc Số nhận dạng người nộp thuế <hr/> Ngày sinh (tháng/ngày/năm) <hr/> Bị khuyết tật? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Y tế <input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Nhân khoa	Tên của bác sĩ <hr/> Tên <hr/> Họ <hr/> Số của nhà cung cấp <hr/> Tên của IPA/nhóm y tế <hr/> Mã số của IPA/nhóm y tế Bệnh nhân hiện tại? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa <hr/> Tên <hr/> Họ <hr/> Số của nhà cung cấp dịch vụ nha khoa <hr/> Bệnh nhân hiện tại? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Tùy chọn liên lạc <input type="checkbox"/> Điện tử <input type="checkbox"/> Giấy		Địa chỉ email (Bắt buộc phải có đối với liên lạc điện tử)	

Thông tin của người phụ thuộc là con cái đăng ký	Ghi danh vào (vui lòng đánh dấu chọn tất cả các mục thích hợp)	Chỉ dành cho HMO và Added Advantage POS – tên của bác sĩ chăm sóc chính	Chỉ dành cho Dental HMO – nhà cung cấp dịch vụ nha khoa
<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <hr/> Tên Tên đệm <hr/> Họ <hr/> Số An Sinh Xã Hội hoặc Số nhận dạng người nộp thuế <hr/> Ngày sinh (tháng/ngày/năm) <hr/> Bị khuyết tật? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Y tế <input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Nhân khoa	Tên của bác sĩ <hr/> Tên <hr/> Họ <hr/> Số của nhà cung cấp <hr/> Tên của IPA/nhóm y tế <hr/> Mã số của IPA/nhóm y tế Bệnh nhân hiện tại? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa <hr/> Tên <hr/> Họ <hr/> Số của nhà cung cấp dịch vụ nha khoa <hr/> Bệnh nhân hiện tại? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Tùy chọn liên lạc <input type="checkbox"/> Điện tử <input type="checkbox"/> Giấy		Địa chỉ email (Bắt buộc phải có đối với liên lạc điện tử)	

Phần 5 – Ủy quyền

Phần ủy quyền sau đây phải được ký tên bởi **tất cả** các nhân viên đăng ký bảo hiểm với Blue Shield of California hoặc Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (“Blue Shield Life”).

Quá trình ghi danh này sẽ không được xử lý nếu thiếu giấy ủy quyền đã ký kết của quý vị.

Tôi đồng ý: Tất cả thông tin trên biểu mẫu này là chính xác và đúng với sự hiểu biết và niềm tin tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng đó là cơ sở để bảo hiểm có thể được cung cấp theo chương trình. Tôi hiểu rằng nếu tôi phạm tội lừa đảo hoặc cố ý xuyên tạc bất kỳ sự thật quan trọng nào liên quan đến đơn đăng ký này, Blue Shield of California/Blue Shield Life có thể thực hiện một trong những biện pháp sau trong vòng 24 tháng bảo hiểm đầu tiên: bảo hiểm của tôi có thể bị hủy, hoặc bị xóa bỏ sau 30 ngày thông báo. Tôi hiểu rằng bảo hiểm sẽ không có hiệu lực cho đến khi tài liệu này và đơn đăng ký của chủ lao động của tôi được Blue Shield of California/Blue Shield Life phê duyệt.

Chữ ký của nhân viên _____ Ngày _____

Tên viết in hoa của nhân viên _____

Tôi cũng ủy quyền cho chủ lao động trích tiền lương của tôi để thanh toán các khoản đóng góp bắt buộc (nếu có) cho chi phí của chương trình này.

Chữ ký của nhân viên _____ Ngày _____

Tên viết in hoa của nhân viên _____

Để bảo vệ quý vị, luật pháp California yêu cầu biểu mẫu này phải đề cập đến nội dung sau đây: Bất kỳ người nào cố ý trình bày thông tin sai lệch hoặc gian lận để có được hoặc sửa đổi phạm vi bảo hiểm hoặc để đưa ra yêu cầu bồi thường tổn thất đều là phạm tội và có thể bị phạt tiền và bị giam giữ trong nhà tù tiểu bang.

Tiết lộ thông tin cá nhân và sức khỏe

Tại Blue Shield of California/Blue Shield Life, chúng tôi thấu hiểu tầm quan trọng của việc giữ bí mật thông tin cá nhân và chúng tôi rất nghiêm túc thực hiện nghĩa vụ này. Luật pháp yêu cầu chúng tôi phải duy trì sự riêng tư và bảo mật thông tin cá nhân của quý vị ở bất kỳ định dạng lưu trữ nào - giấy, điện tử hoặc bằng miệng.

Tuyên bố này áp dụng cho thông tin cá nhân mà Blue Shield có được, tạo ra và/hoặc duy trì về quý vị và những người phụ thuộc được bảo hiểm của quý vị.

Trong quá trình quản lý bảo hiểm Blue Shield của quý vị, chúng tôi thu thập, sử dụng và tiết lộ thông tin về quý vị và những người phụ thuộc được bảo hiểm của quý vị, chúng tôi cũng tạo hồ sơ về quý vị, điều trị y tế của quý vị và các dịch vụ chúng tôi cung cấp cho quý vị. Thông tin trong các hồ sơ này được gọi là thông tin sức khỏe bảo mật (“PHI”) và bao gồm thông tin có khả năng nhận diện cá nhân, ví dụ như tên, địa chỉ, số điện thoại và số An Sinh Xã Hội, cũng như các thông tin về sức khỏe của quý vị, chẳng hạn như chẩn đoán y tế hoặc thông tin về khiếu nại.

Chúng tôi có được PHI về quý vị và/hoặc người phụ thuộc được bảo hiểm của quý vị, theo hướng dẫn của quý vị và/hoặc với sự cho phép của quý vị. Chúng tôi cũng có được PHI của quý vị từ các nguồn khác theo sự cho phép của pháp luật, ví dụ như từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, công ty bảo hiểm, tổ chức hỗ trợ bảo hiểm, trung tâm trao đổi thông tin sức khỏe, chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc đại lý bảo hiểm của quý vị. Chúng tôi sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị để quản lý bảo hiểm Blue Shield của quý vị và các mục đích khác được cho phép hoặc yêu cầu bởi pháp luật. Khi thực hiện điều này, chúng tôi cũng có thể sẽ tiết lộ PHI của quý vị cho những người khác, ví dụ như nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, công ty bảo hiểm, tổ chức hỗ trợ bảo hiểm, trung tâm trao đổi thông tin sức khỏe, chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc đại lý bảo hiểm của quý vị.

Blue Shield duy trì Thông báo về Thông lệ Quyền riêng tư (“Thông báo”) mô tả các quyền riêng tư của quý vị, nghĩa vụ của chúng tôi về bảo vệ quyền riêng tư của quý vị và cách chúng tôi sử dụng PHI của quý vị khi có và không có sự cho phép cụ thể của quý vị. Khi chúng tôi sử dụng hoặc tiết lộ PHI của quý vị, chúng tôi bị ràng buộc bởi các điều khoản của Thông báo, điều này áp dụng cho tất cả các hồ sơ mà chúng tôi tạo ra, thu được và/hoặc duy trì và có chứa PHI của quý vị. Quý vị sẽ nhận được Thông báo của chúng tôi khi quý vị đăng ký bảo hiểm Blue Shield. Quý vị cũng có thể nhận được bản sao Thông báo của chúng tôi bằng cách gọi đến số dịch vụ khách hàng trên thẻ ID thành viên Blue Shield của quý vị hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại: blueshieldca.com/en/home/about-blue-shield/privacy-and-security/hipaa-notice-privacy-practices.

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.

Chứng thực của Đại lý/Người môi giới

Chứng thực của đại lý/người môi giới hỗ trợ việc nộp đơn đăng ký này: (1) theo hiểu biết tốt nhất của tôi, thông tin trong đơn đăng ký này là đầy đủ và chính xác; và (2) tôi đã sử dụng những từ ngữ để 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.

Chữ ký của đại lý/người môi giới _____ Ngày _____

Nếu đại lý/người môi giới 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). Mọi công tố viên đều có thể đưa ra vụ kiện dân sự để áp dụng khoản phạt dân sự này. Những khoản tiền phạt này sẽ được trả cho Quỹ bảo hiểm.