

درخواست ثبتنام کارمند در « طرح سلامت و بیمه عمر »

طرح‌های Blue Shield برای بیش از 101 کارمند

و Blue Shield of California

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

لطفاً توجه داشته باشید: پر نکردن این درخواست ثبتنام بصورت خوانا و کامل، ممکن است منجر به تأخیر در روند ثبتنام شود.

دلیل ارائه درخواست:

<input type="checkbox"/> استخدام جدید	<input type="checkbox"/> تاریخ از دست دادن پوشش بیمه	<input type="checkbox"/> ثبتنام دیر هنگام
<input type="checkbox"/> تاریخ استخدام مجدد	<input type="checkbox"/> ثبتنام آزاد	<input type="checkbox"/> نوع دیگری از رویداد که منجر به واجد شرایط شدن می‌شود
		تاریخ وقوع رویداد فوق

بخش 1 - دستورالعمل‌های مهم ثبتنام برای بهره‌مندی از پوشش «مزایای تخصصی»

پوشش دندانپزشکی، چشمپزشکی و بیمه عمر - کارمند می‌تواند در طرح بیمه عمر، دندانپزشکی، یا چشمپزشکی ثبتنام کند، بدون اینکه در یک طرح سلامت ثبتنام کرده باشد. برای اینکه کارمند بتواند افراد تحت تکفل خود را در یک طرح دندانپزشکی یا چشمپزشکی ثبتنام کند، خود او باید در همان طرح دندانپزشکی یا چشمپزشکی ثبتنام کرده باشد.

ثبتنام در بیمه عمر تابع قوانین زیر است:

1. تمامی مبالغ «بیمه عمر زمانی پایه» برای آن دسته از کارمندانی که پس از اولین بار واجد شرایط شدن برای دریافت مزایای ثبتنام می‌کنند کاملاً بصورت «صدور تضمینی» است (نیازی به «گواهینامه بیمه‌پذیری» نیست). برای ثبتنام‌های با تأخیر، «گواهینامه بیمه‌پذیری» الزامی است.
2. به منظور «بیمه عمر تکمیلی»، «گواهینامه بیمه‌پذیری» برای همه مبالغ بیشتر از مبلغ «صدور تضمینی» ضروری است.
3. کارمند باید در پوشش «بیمه عمر تکمیلی»/پوشش بیمه AD&D (فوت و نقص عضو ناشی از حادثه) ثبتنام کرده باشد تا همسر/همخانه قانونی‌اش یا فرزندان تحت تکفلش واجد شرایط پوشش «بیمه عمر تکمیلی» شوند. همسر/همخانه قانونی و/یا فرزندان تحت تکفل لازم نیست تحت پوشش «بیمه عمر پایه افراد تحت تکفل» باشند تا واجد شرایط پوشش «بیمه عمر تکمیلی» شوند.

بخش 2 - طرح(ها) نام(های) طرح مناسب را انتخاب و قسمت مربوط به آن را پر کنید.

مزایای پزشکی بدون گزینه‌های ABHP (طرح سلامت مبتنی بر حساب):

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

مزایای پزشکی با گزینه‌های ABHP (طرح سلامت مبتنی بر حساب):

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

مزایای تخصصی: بیمه عمر زمانی گروهی پایه کارمندان/بیمه AD&D* بیمه عمر پایه افراد تحت تکفل*

بیمه عمر زمانی تکمیلی* بیمه عمر زمانی تکمیلی AD&D* Dental PPO سایر

Dental HMO Dental INO چشمپزشکی*

* هزینه‌ها توسط Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life) تأمین می‌شود.

† طرح‌های Full EPO Savings، Full PPO Savings، Tandem PPO Savings و Tandem EPO Savings طرح‌های سلامت واجد شرایط HSA هستند که هزینه کسرپذیر بالایی دارند.

‡ فقط باید با یک طرح HSA جفت شود.

توجه: Blue Shield مشاوره مالیاتی نمی‌دهد و همچنین طرح‌های HSA، HRA، HIA، FSA یا LPFSA را نیز ارائه نمی‌دهد.

فقط برای استفاده داخلی. در این بخش چیزی ننویسید و به بخش 3 بروید.

کد بخش	شناسه گروه	شناسه زیرگروه	شناسه رده	تاریخ اجرایی شدن
--------	------------	---------------	-----------	------------------

بخش 3 - اطلاعات کارمند

شماره تأمین اجتماعی یا شماره شناسایی مالیات‌دهنده		نام (گروه) کارفرما	
نام خانوادگی		نام	
وضعیت استخدام:		تاریخ استخدام:	
<input type="checkbox"/> تماموقت <input type="checkbox"/> پاروقت <input type="checkbox"/> بازنشسته		عنوان/رده شغلی	
نشانی خانه - (خیابان، شهر، ایالت، کد پستی)		مبلغ بیمه عمر زمانی گروهی پایه/بیمه AD&D:	
		مبلغ بیمه عمر پایه افراد تحت تکفل: (همه افراد تحت تکفل واجد شرایط تحت پوشش قرار می‌گیرند)	
نشانی پستی (اگر متفاوت از نشانی منزل است)		مبلغ بیمه عمر تکمیلی (منوط به تأیید):	
		مبلغ بیمه AD&D تکمیلی (منوط به تأیید):	
شماره تلفن همراه	شماره تلفن ثابت	نشانی ایمیل (برای مکاتبات الکترونیکی لازم است)	
<p>با ارائه کردن اطلاعات تماس خود در این فرم، من موافقت می‌کنم که شرکت Blue Shield و نهادها و نمایندگان وابسته به آن می‌توانند درباره حساب من و برنامه های مختلف سلامتی و تندرستی که بدون هیچ هزینه ای در دسترس من هستند، با من ارتباط برقرار کنند، از جمله از طریق تلفن یا پیامک با استفاده از شماره گیر خودکار یا صدای مصنوعی یا از پیش ضبط شده. نرخ های استاندارد داده ممکن است اعمال شود.</p> <p>موافقت می‌کنم که Blue Shield و نهادها و نمایندگان وابسته به آن می‌توانند درباره اطلاعات تبلیغاتی که می‌تواند به نفع من و افراد تحت تکفل من باشد با من ارتباط برقرار بکنند، از جمله از طریق تلفن یا پیامک به شماره‌هایی که در این فرم ذکر کرده‌ام، و با استفاده از شمارگی خودکار یا صداهای مصنوعی یا از پیش ضبط‌شده؛ مشارکت داوطلبانه است و می‌توانید هر زمان که خواستید انصراف دهید نرخ‌های استاندارد داده ممکن است اعمال شود. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر.</p>			
راه ارتباطی دلخواه: <input type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> کاغذی			
تاریخ تولد		جنسیت <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث	
زبان دلخواه: <input type="checkbox"/> انگلیسی <input type="checkbox"/> اسپانیایی <input type="checkbox"/> چینی <input type="checkbox"/> ویتنامی <input type="checkbox"/> فارسی <input type="checkbox"/> سایر		وضعیت تأهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> همخانه قانونی	
آیا همسر/همخانه قانونی و/یا فرزندان تحت تکفل خود را ثبت‌نام می‌کنید <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر پاسخ «بله» است، بخش 4 درخواست را پر کنید.			
اطلاعات ارائه‌دهنده HMO: وبسایت فهرست راهنمای Blue Shield of California: blueshieldca.com/fap/app/search.html			
نام پزشک مراقبت‌های اولیه (PCP):		شماره ارائه‌دهنده:	
نام IPA (انجمن مستقل پزشکی)/گروه پزشکی:		شماره گروه پزشکی:	
نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی		شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی:	
		در حال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
		در حال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	

بخش 4 - اطلاعات همسر/همخانه قانونی/فرزندان تحت تکفل اگر شما، همسر/همخانه قانونی یا فرزندان تحت تکفل شما از پوشش بیمه امتناع می‌کنید، لطفاً فرم «امتناع از پوشش بیمه» را تکمیل و امضا کنید.

نشانی فرد تحت تکفل، اگر متفاوت از نشانی کارمند است - لطفاً مشخص کنید که این قسمت در مورد کدام فرد (افراد) تحت تکفل صدق می‌کند:

ثبت نام د همسر/همخانه قانونی	ثبت نام د (لطفاً تمام موارد موردنظرتان را علامت بزنید)	فقط HMO و Added Advantage و POS - نام پزشک مراقبت‌های اولیه	فقط Dental HMO - ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی
<input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/> همخانه قانونی <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث	<input type="checkbox"/> پزشکی <input type="checkbox"/> دندانپزشکی <input type="checkbox"/> چشم‌پزشکی <input type="checkbox"/> بیمه عمر <input type="checkbox"/> تکمیلی (منوط به تأیید)	نام پزشک نام نام خانوادگی شماره ارائه‌دهنده نام IPA/تیم پزشکی شماره IPA/تیم پزشکی	نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی نام نام خانوادگی شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی
نام حرف اول نام میانی نام خانوادگی شماره تأمین اجتماعی یا شماره شناسایی مالیات‌دهنده تاریخ تولد (سال/روز/ماه)	<input type="checkbox"/> AD&D تکمیلی (منوط به تأیید) \$ _____ <input type="checkbox"/> تکمیلی (منوط به تأیید) \$ _____	در حال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	در حال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
راه ارتباطی دلخواه <input type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> کاغذی	نشانی ایمیل (برای مکاتبات الکترونیکی لازم است)		

ثبت نام د فرزندان(ان) تحت تکفل	ثبت نام د (لطفاً تمام موارد موردنظرتان را علامت بزنید)	فقط HMO و Added Advantage و POS - نام پزشک مراقبت‌های اولیه	فقط Dental HMO - ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی
<input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث نام حرف اول نام میانی نام خانوادگی شماره تأمین اجتماعی یا شماره شناسایی مالیات‌دهنده تاریخ تولد (سال/روز/ماه)	<input type="checkbox"/> پزشکی <input type="checkbox"/> دندانپزشکی <input type="checkbox"/> چشم‌پزشکی <input type="checkbox"/> بیمه عمر <input type="checkbox"/> تکمیلی (منوط به تأیید)	نام پزشک نام نام خانوادگی شماره ارائه‌دهنده نام IPA/تیم پزشکی شماره IPA/تیم پزشکی	نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی نام نام خانوادگی شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی
معلولیتی دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> AD&D تکمیلی (منوط به تأیید) \$ _____ <input type="checkbox"/> تکمیلی (منوط به تأیید) \$ _____	در حال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	در حال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
راه ارتباطی دلخواه <input type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> کاغذی	نشانی ایمیل (برای مکاتبات الکترونیکی لازم است)		

بخش 4 - اطلاعات همسر/همخانه قانونی/فرزندانی تحت تکفل (ادامه)

نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی	نام پزشک	<input type="checkbox"/> پزشکی <input type="checkbox"/> دندانپزشکی <input type="checkbox"/> چشمپزشکی <input type="checkbox"/> بیمه عمر <input type="checkbox"/> تکمیلی (منوط به تأیید)	<input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث نام حرف اول نام میانی نام خانوادگی شماره تأمین اجتماعی یا شماره شناسایی مالیات‌دهنده تاریخ تولد (سال/روز/ماه) معلولیتی دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
نام	نام	\$ _____ AD&D تکمیلی (منوط به تأیید)	
نام خانوادگی	نام خانوادگی	\$ _____	
شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی	شماره ارائه‌دهنده		
نام خانوادگی	نام خانوادگی		
شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی	شماره ارائه‌دهنده		
در حال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	در حال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر		

نشانی ایمیل (برای مکاتبات الکترونیکی لازم است)

راه ارتباطی دلخواه
 الکترونیکی کاغذی

نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی	نام پزشک	<input type="checkbox"/> پزشکی <input type="checkbox"/> دندانپزشکی <input type="checkbox"/> چشمپزشکی <input type="checkbox"/> بیمه عمر <input type="checkbox"/> تکمیلی (منوط به تأیید)	<input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث نام حرف اول نام میانی نام خانوادگی شماره تأمین اجتماعی یا شماره شناسایی مالیات‌دهنده تاریخ تولد (سال/روز/ماه) معلولیتی دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
نام	نام	\$ _____ AD&D تکمیلی (منوط به تأیید)	
نام خانوادگی	نام خانوادگی	\$ _____	
شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی	شماره ارائه‌دهنده		
نام خانوادگی	نام خانوادگی		
شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی	شماره ارائه‌دهنده		
در حال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	در حال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر		

نشانی ایمیل (برای مکاتبات الکترونیکی لازم است)

هواخوردنی‌طابت را هار
 الکترونیکی کاغذی

بخش 5 - ذینفع بیمه عمر

ذینفع اصلی - Blue Shield Life عایدات را به ذینفع اصلی پرداخت خواهد کرد. اگر ذینفع اصلی بیش از یک نفر باشد، عایدات به طور مساوی میان بازماندگان بیمه‌گذار تقسیم خواهد شد، مگر اینکه به نحو دیگری در قسمت % مزایا ذکر شده باشد.

نام	حرف اول نام میانی	نام خانوادگی
شماره تأمین اجتماعی یا شماره شناسایی مالیات‌دهنده	نسبت	% مزایا
تاریخ تولد		

نشانی

شهر	ایالت	کدپستی
-----	-------	--------

نام	حرف اول نام میانی	نام خانوادگی
شماره تأمین اجتماعی یا شماره شناسایی مالیات‌دهنده	نسبت	% مزایا
تاریخ تولد		

نشانی

شهر	ایالت	کدپستی
-----	-------	--------

ذینفع مشروط - عواید تنها در صورتی به ذینفع مشروط پرداخت خواهد شد که هیچ‌یک از بازماندگان بیمه‌گذار، ذینفع اصلی نباشند.

نام	حرف اول نام میانی	نام خانوادگی
شماره تأمین اجتماعی یا شماره شناسایی مالیات‌دهنده	نسبت	% مزایا
تاریخ تولد		

نشانی

شهر	ایالت	کدپستی
-----	-------	--------

اگر ذینفع یک امین یا شرکت است، لطفاً نام و تاریخ توافقنامه امانی و نام ایالت محل ثبت شرکت را ارائه کنید.

نام امین/شرکت	تاریخ توافق امانی	ایالت محل ثبت شرکت
---------------	-------------------	--------------------

قوانین تنصیف اموال مشترک – اگر متأهل یا همخانه قانونی ساکن در یکی از ایالت‌های مشمول قانون تنصیف اموال مشترک (آریزونا، کالیفرنیا، آیداهو، لوئیزیانا، نوادا، نیومکزیکو، تگزاس، واشینگتن یا ویسکانسین) باشید و نام شخص دیگری غیر از همسر/همخانه قانونی خود را به عنوان ذینفع معرفی کرده باشید، این احتمال وجود دارد که پرداخت مزایا به تعویق بیفتد یا محل اختلاف قرار گیرد، مگر اینکه همسر/همخانه قانونی شما نیز فرم انتخاب ذینفع را امضا کند.

با انتخاب(های) ذینفع بیان شده در بالا موافقم.

نام همسر/همخانه قانونی با حروف درشت:

امضای همسر/همخانه قانونی: _____ تاریخ: _____

بخش 6 – اجازه نامه

بخش اجازه نامه زیر باید توسط همه کارمندان که برای پوشش بیمه Blue Shield of California یا Blue Shield of California Life & Health Insurance Company («Blue Shield Life») درخواست می‌دهند امضا شود.

این ثبت نام بدون اجازه نامه امضا شده از سوی شما انجام نمی‌شود.

موافقت خود را با این موارد اعلام می‌کنم: تا جایی که می‌دانم و باور دارم، تمام اطلاعات این فرم صحیح و صادقانه است. متوجه هستم که این اطلاعات مبنای صدور پوشش بیمه در این طرح است. متوجه هستم که اگر اقدام به فریب کرده یا هریک از حقایق اساسی مرتبط با این درخواست نامه را عمداً اشتباه جلوه داده باشم، Blue Shield of California/Blue Shield Life می‌تواند یکی از اقدامات جبرانی زیر را ظرف 24 ماه اول پوشش بیمه انجام دهد: ممکن است پوشش بیمه من لغو یا پس از اطلاعیه 30 روزه فسخ شود. متوجه هستم که ممکن است تا زمانی که این درخواست و درخواست کارفرمای من به تأیید Blue Shield of California/Blue Shield Life نرسیده است، این پوشش بیمه اجرایی نشود.

امضای کارمند _____ تاریخ _____

نام کارمند با حروف بزرگ _____

به علاوه، به کارفرمای خود اجازه می‌دهم هرگونه حق بیمه لازم برای هزینه این طرح را (در صورت لزوم) از حقوق من کسر کند.

امضای کارمند _____ تاریخ _____

نام کارمند با حروف بزرگ _____

برای محافظت از شما، قانون کالیفرنیا ملزم می‌کند که موارد زیر در این فرم درج شود: هر شخصی که آگاهانه اطلاعات نادرست یا متقلبانه را برای به دست آوردن یا اصلاح پوشش بیمه یا طرح ادعای پرداخت خسارت ارائه دهد، مرتکب جرم شده است و ممکن است مشمول جریمه نقدی و حبس در زندان ایالتی شود.

افشای اطلاعات سلامت و اطلاعات شخصی

ما در Blue Shield of California/Blue Shield Life، از اهمیت محرمانه نگه داشتن اطلاعات شخصی شما آگاه هستیم و وظیفه خود می‌دانیم تا این کار را بسیار سخت‌گیرانه انجام دهیم. فارغ از اینکه اطلاعات شخصی شما در قالب کاغذی، الکترونیکی یا شفاهی نگهداری شود، ما به لحاظ قانونی ملزم هستیم حریم خصوصی و امنیت اطلاعات شخصی شما را حفظ کنیم. این بیانیه شامل اطلاعات شخصی مربوط به شما و افراد تحت پوشش تحت تکفل شما است که Blue Shield کسب، ایجاد و/یا نگهداری می‌کند.

ما در طول مدت اداره پوشش Blue Shield شما، اطلاعات مربوط به شما و افراد تحت پوشش تحت تکفل شما را جمع‌آوری و از آن استفاده و آن را افشا می‌کنیم و سوابق مربوط به شما، درمان پزشکی‌تان و خدمات ارائه‌شده به شما را ایجاد می‌کنیم. اطلاعات موجود در این سوابق به‌عنوان اطلاعات محافظت‌شده مربوط به سلامت («PHI») نامیده می‌شود و شامل اطلاعات شخصی قابل شناسایی فردی مانند نام، نشانی، شماره تلفن و شماره تأمین اجتماعی شما و همچنین اطلاعات سلامت شما، از قبیل تشخیص مراقبت سلامت یا اطلاعات ادعای خسارت است.

ما PHI مربوط به شما و/یا افراد تحت پوشش تحت تکفل شما را از طریق شما، به دستور شما و/یا با مجوز شما کسب می‌کنیم. همچنین، PHI شما را از سایر منابع قانونی مجاز، از جمله منابعی مانند ارائه‌دهنده مراقبت سلامت، بیمه‌گر، سازمان حمایتی بیمه، تبادل اطلاعات سلامت، طرح سلامت یا نماینده بیمه، کسب می‌کنیم. هدف ما از استفاده از PHI شما و افشای آن اداره پوشش Blue Shield شما و موارد دیگری است که مطابق قانون، مجاز یا الزامی است. به این منظور، ما PHI شما را برای دیگران، از جمله ارائه‌دهنده مراقبت سلامت، بیمه‌گر، سازمان حمایتی بیمه، تبادل بیمه سلامت، طرح سلامت یا نماینده بیمه شما افشا می‌کنیم.

Blue Shield به‌صورت مداوم یک «اطلاعیه خط‌مشی‌های حریم خصوصی» («اطلاعیه») را منتشر می‌کند که حقوق حریم خصوصی شما، تعهد ما به محافظت از حریم خصوصی شما و نحوه استفاده ما از PHI شما با و بدون مجوز خاص شما در آن شرح داده می‌شود. ما هنگام استفاده از PHI شما یا افشای آن، تابع مقررات «اطلاعیه» هستیم که روی تمام سوابقی که ما ایجاد، کسب و/یا حفظ می‌کنیم و حاوی PHI شما هستند، اعمال می‌شود. وقتی برای پوشش بیمه Blue Shield ثبت‌نام می‌کنید، «اطلاعیه» ما را دریافت خواهید کرد. همچنین، می‌توانید نسخه‌ای از «اطلاعیه» ما را از طریق تماس با شماره خدمات مشتریان در کارت شناسایی اعضای Blue Shield خود یا مراجعه به وبسایت ما به نشانی زیر، دریافت کنید: blueshieldca.com/en/home/about-blue-shield/privacy-and-security/hipaa-notice-privacy-practices.

به علاوه، به کارفرمای خود اجازه می‌دهم هرگونه حق بیمه لازم برای هزینه این طرح را (در صورت لزوم) از حقوق من کسر کند.

امضای کارمند _____ تاریخ _____

نام کارمند با حروف درشت _____

قانون کالیفرنیا الزام به انجام آزمایش HIV (اچ‌آی‌وی) و استفاده از آن توسط شرکت‌های بیمه سلامت به‌عنوان یکی از شرایط دریافت پوشش بیمه سلامت را ممنوع کرده است.

گواهی نماینده/کارگزار

گواهی نماینده/کارگزاری که به ارائه این درخواست کمک می‌کند: (1) تا جایی که می‌دانم، اطلاعات این درخواست کامل و دقیق است؛ و (2) به زبانی ساده و قابل فهم، خطر ارائه اطلاعات نادرست را برای متقاضی توضیح داده‌ام و او این توضیحات را متوجه شده است.

امضای نماینده/کارگزار _____ تاریخ _____

اگر نماینده/کارگزار از نادرستی هر نوع حقایق اساسی مطلع باشد و عمداً آن را صحیح اعلام کند، آن شخص علاوه بر پرداخت جریمه‌های قابل اجرا یا جبران خسارت تحت قانون فعلی، به پرداخت جریمه مدنی تا ده هزار دلار (\$10,000) نیز محکوم می‌شود. هر دادستان عمومی می‌تواند یک دعوی مدنی را برای اعمال آن جریمه مدنی ارائه دهد. مبلغ این جریمه‌ها باید به «صندوق بیمه» پرداخت شود.



اطلاعیہ ہا بہ صورت آنلین در دسترس ہستند

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)**。