



# 投保人變更申請

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

所有變更申請都必須在變更生效之日前 31 日內收到。這份表格不能用於更換主治醫生 - 如需更換主治醫生，投保人必須致電給他們的會員 ID 背面的會員服務部電話號碼。

## 雇員身份 - 這一部分為必填項

投保人的會員 ID 號 (見會員 ID 卡)		社會安全號碼或納稅人識別號碼	團體編號 (見會員 ID 卡)
手機號碼		座機電話號碼	
姓氏	名字	中間名首字母	
家庭街道地址 - 城市	州	郵遞區號	
團體/雇主姓名 (如果適用)	電子郵件地址		

## 變更

注意：如果要把保險轉為 HMO、POS 或 DHMO，請填寫 A 部分。

是  否 這是否為地址的變更/更正？

是  否 這是否為受撫養家屬的地址的變更/更正？(注意：如回答「否」，受撫養家屬的地址將被默認為投保人的地址。)

如回答「是」，請註明受撫養家屬的姓名和變更地址：

將我的社會安全號碼更正為：\_\_\_\_\_ (必須附上社會安全卡和一份帶照片的身份證 (ID) 的複印件、社會安全局的證明信和一份說明員工申請更改的原因的書面聲明。)

這是在開放註冊期所作出的一項更改。  這是在特殊註冊期所作出的一項更改。

轉換/添加我的健康保險到：

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Access+ HMO® _____               | <input type="checkbox"/> Local Access+ HMO _____                 |
| <input type="checkbox"/> Trio HMO _____                   | <input type="checkbox"/> Full PPO _____                          |
| <input type="checkbox"/> Active Choice® Plus _____        | <input type="checkbox"/> Active Choice® Classic _____            |
| <input type="checkbox"/> Full PPO Savings _____           | <input type="checkbox"/> Tandem PPO _____                        |
| <input type="checkbox"/> Tandem PPO Savings _____         | <input type="checkbox"/> Added Advantage POS <sup>SM</sup> _____ |
| <input type="checkbox"/> Virtual Blue <sup>SM</sup> _____ |  |

將我的 Account-Based Health Plan (ABHP) 福利承保轉換到：

- |   |   |
|---|---|
| 對於 Access+ HMO®： <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA           | 對於 Full PPO Savings： <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA                   |
| 對於 Local Access+ HMO： <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA      | <input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> LPFSA   |
| 對於 Trio HMO： <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA               | 對於 Tandem PPO： <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA                         |
| 對於 Full PPO： <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA               | 對於 Tandem PPO Savings： <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA                 |
| 對於 Active Choice® Plus： <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA    | <input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> LPFSA   |
| 對於 Active Choice® Classic： <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA | 對於 Added Advantage POS <sup>SM</sup> ： <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA |
|   | 對於 Virtual Blue <sup>SM</sup> ： <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA        |

將我的牙科福利承保轉換到：

DHMO \_\_\_\_\_  DPPO \_\_\_\_\_  DINO \_\_\_\_\_

將我的眼科福利承保從計劃名稱 \_\_\_\_\_ 轉換到計劃名稱 \_\_\_\_\_

- 更改基本團體定期壽險或補充性人壽和補充性 AD&D (意外死亡及斷肢、喪失能力) 保險的保額\*：(提供先前的保險保額和新的保險保額)  
先前的基本團體定期人壽保險的保險保額：\$ \_\_\_\_\_  
新保險保額：\$ \_\_\_\_\_  
先前的補充性人壽保險和/或補充性 AD&D 的保險保額：\$ \_\_\_\_\_  
新保險保額：\$ \_\_\_\_\_  
任何提高均需透過可保性資料證明 (EOI) 獲得批准

將姓名更正/更改為：\_\_\_\_\_

將電子郵件地址更正/更改為：\_\_\_\_\_

更正/更改我的出生日期，從：\_\_\_\_\_ 改為：\_\_\_\_\_

其他更改/說明：\_\_\_\_\_

投保人取消投保：我拒絕為自己(和我的受撫養家屬，如果有的話)投保健康保險計劃，生效日期：\_\_\_\_\_

如果您是 COBRA 參與者，請勾選此處

合格事件：\_\_\_\_\_

以上合格事件的生效日期：\_\_\_\_\_

這是否為終止保險的申請？如果回答「是」，列出姓名：\_\_\_\_\_

### 配偶/同居伴侶/受撫養子女保險變更

添加配偶/同居伴侶/受撫養子女 - 填寫 A 部分 - 申請添加的保險的生效日期：\_\_\_\_\_

如要添加配偶，填寫結婚日期：\_\_\_\_\_

同居伴侶 - 如要添加同居伴侶，填寫建立同居伴侶關係日期：\_\_\_\_\_

如果法院下令某人由您監護/為其購買保險，輸入判決日期並附上法律文件副本：\_\_\_\_\_

如果收養了子女，輸入收養日期或批准收養日期，並且附上法律文件副本：\_\_\_\_\_

對於 26 歲以上的殘障受撫養家屬(附上「超齡的受撫養子女殘障聲明」表 (C3674)，或確認您目前的健康保險承保商為這名殘障受撫養家屬提供了保險。)

更改配偶或同居伴侶的補充性團體定期人壽保險和 AD&D 保險的保額：(提供先前的保險保額和新的保險保額) 先前保險保額：\$ \_\_\_\_\_ 新保險保額：\$ \_\_\_\_\_ (受 EOI 約束)

更改子女的補充性團體定期人壽保險和 AD&D 保險的保額：(提供先前的保險保額和新的保險保額) 先前保險保額：\$ \_\_\_\_\_ 新保險保額：\$ \_\_\_\_\_ (受 EOI 約束)

受撫養家屬保險註銷 - 填寫 A 部分 - 申請的保險註銷的生效日期：\_\_\_\_\_

對於配偶或同居伴侶的保險註銷：(選擇合適的註銷原因，並提供發生事件的日期)

離婚或同居伴侶關係終止：日期：\_\_\_\_\_

死亡：日期：\_\_\_\_\_

其他原因(請註明)：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

受撫養子女的年齡：(選擇合適的註銷原因，並提供發生事件的日期)

死亡：日期：\_\_\_\_\_

其他原因(請註明)\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

注意：新生或被收養子女的福利生效日期為出生時或被保險人、配偶或同居伴侶實際監護的那一刻算起。這種自動且無條件的承保期限在出生、收養或安置後延續 31 天。將孩子加入您保險的請求應在出生、收養或收養安置之日起 31 天內提交，以便在 31 天後繼續承保。

**請務必將這份表格的所有頁面都寄回，因為第五頁包含您的簽名，這是處理這些變更所必需的。**

## A 部分

如果為自己或您的受撫養家屬添加/取消保險，填寫這一部分。如果變更涉及 HMO/POS/DHMO 保險，提供主治醫生/牙科服務提供者資訊。請填寫這項改變適用於哪項福利：

添加	取消	本人			
<input type="checkbox"/> 牙科	<input type="checkbox"/> 牙科	姓氏	名字	中間名首字母	性別
<input type="checkbox"/> 醫療	<input type="checkbox"/> 醫療	社會安全號碼或納稅人識別號碼：		出生日期(月/日/年)	
<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 眼科	首選語言： <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 西班牙語 <input type="checkbox"/> 中文 <input type="checkbox"/> 越南語 <input type="checkbox"/> 波斯語 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
<input type="checkbox"/> 基本人壽/AD&D	<input type="checkbox"/> 基本人壽/AD&D	職位名稱/分類	年收入(不包括獎金、加班費等) \$ _____		
<input type="checkbox"/> 受撫養家屬人壽	<input type="checkbox"/> 受撫養家屬人壽	如要添加基本人壽和 AD&D 保險，請註明申請金額：\$ _____ 如果要添加補充性人壽和/或補充性 AD&D 保險，請註明申請金額：\$ _____ 需透過可保性資料證明 (EOI) 獲得批准			
<input type="checkbox"/> 補充性人壽†	<input type="checkbox"/> 補充性人壽	如要添加受撫養家屬的人壽保險，請註明申請金額：\$ _____ (注：配偶和所有子女都會被承保同樣的福利金額)			
<input type="checkbox"/> 補充性人壽/AD&D†	<input type="checkbox"/> 補充性人壽/AD&D	HMO/POS 主治醫生姓名 醫生姓名： _____	已經是其患者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	僅 Dental HMO 牙科服務提供者 牙科服務提供者姓名： _____	
		服務提供者編號： _____		牙科服務提供者編號： _____	
		IPA (獨立執業協會)/MG (醫療團體) 編號： _____			
添加	取消	配偶/同居伴侶			
<input type="checkbox"/> 牙科	<input type="checkbox"/> 牙科	姓氏	名字	中間名首字母	性別
<input type="checkbox"/> 醫療	<input type="checkbox"/> 醫療	社會安全號碼或納稅人識別號碼：		出生日期(月/日/年)	
<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 眼科	如果要添加補充性人壽和/或補充性 AD&D 保險，請註明申請金額：\$ _____ 需透過可保性資料證明 (EOI) 獲得批准			
<input type="checkbox"/> 補充性人壽†	<input type="checkbox"/> 補充性人壽	HMO/POS 主治醫生姓名 醫生姓名： _____	已經是其患者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	僅 Dental HMO 牙科服務提供者 牙科服務提供者姓名： _____	
<input type="checkbox"/> 補充性人壽/AD&D†	<input type="checkbox"/> 補充性人壽/AD&D	服務提供者編號： _____		牙科服務提供者編號： _____	
		IPA/MG 編號： _____			

<b>添加</b>	<b>取消</b>	<b>子女</b>			
<input type="checkbox"/> 牙科	<input type="checkbox"/> 牙科	姓氏	名字	中間名首字母	性別
<input type="checkbox"/> 醫療	<input type="checkbox"/> 醫療	社會安全號碼或納稅人識別號碼：		出生日期(月/日/年)	
<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 眼科	如果要添加補充性人壽和/或補充性 AD&D 保險，請註明金額：\$ _____			
<input type="checkbox"/> 補充性人壽†	<input type="checkbox"/> 補充性人壽	需透過可保性資料證明 (EOI) 獲得批准			
<input type="checkbox"/> 補充性人壽/AD&D†	<input type="checkbox"/> 補充性人壽/AD&D	(注：對於補充性人壽保險和補充性 AD&D 保險，所有的子女都會被承保同樣的金額。)			
		HMO/POS 主治醫生姓名 醫生姓名：	已經是其患者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<b>僅 Dental HMO 牙科服務提供者</b>	
		服務提供者編號：		牙科服務提供者姓名：	
		IPA/MG 編號：		牙科服務提供者編號：	

<b>添加</b>	<b>取消</b>	<b>子女</b>			
<input type="checkbox"/> 牙科	<input type="checkbox"/> 牙科	姓氏	名字	中間名首字母	性別
<input type="checkbox"/> 醫療	<input type="checkbox"/> 醫療	社會安全號碼或納稅人識別號碼：		出生日期(月/日/年)	
<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 眼科	如果要添加補充性人壽和/或補充性 AD&D 保險，請註明金額：\$ _____			
<input type="checkbox"/> 補充性人壽†	<input type="checkbox"/> 補充性人壽	需透過可保性資料證明 (EOI) 獲得批准			
<input type="checkbox"/> 補充性人壽/AD&D†	<input type="checkbox"/> 補充性人壽/AD&D	(注：對於補充性人壽保險和補充性 AD&D 保險，所有的子女都會被承保同樣的金額。)			
		HMO/POS 主治醫生姓名 醫生姓名：	已經是其患者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<b>僅 Dental HMO 牙科服務提供者</b>	
		服務提供者編號：		牙科服務提供者姓名：	
		IPA/MG 編號：		牙科服務提供者編號：	

<b>添加</b>	<b>取消</b>	<b>子女</b>			
<input type="checkbox"/> 牙科	<input type="checkbox"/> 牙科	姓氏	名字	中間名首字母	性別
<input type="checkbox"/> 醫療	<input type="checkbox"/> 醫療	社會安全號碼或納稅人識別號碼：		出生日期(月/日/年)	
<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 眼科	如果要添加補充性人壽和/或補充性 AD&D 保險，請註明金額：\$ _____			
<input type="checkbox"/> 補充性人壽†	<input type="checkbox"/> 補充性人壽	需透過可保性資料證明 (EOI) 獲得批准			
<input type="checkbox"/> 補充性人壽/AD&D†	<input type="checkbox"/> 補充性人壽/AD&D	(注：對於補充性人壽保險和補充性 AD&D 保險，所有的子女都會被承保同樣的金額。)			
		HMO/POS 主治醫生姓名 醫生姓名：	已經是其患者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<b>僅 Dental HMO 牙科服務提供者</b>	
		服務提供者編號：		牙科服務提供者姓名：	
		IPA/MG 編號：		牙科服務提供者編號：	

---

加州的法律禁止醫療保險公司以 HIV 測驗結果作為醫療險核保條件之一。

我在這份表格上提供的所有資訊都是準確的和完整的。我理解，這份表格與任何先前的報名表、*Evidence of Coverage* (《承保範圍說明書》)/保險證書、健康服務協議/保單以及與其相關的任何背書和附件，共同構成了整個保險協議。

員工簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

---

**如果透過傳真提交這份表格，請將這份文件存檔。**

為了保護您，加州法律要求在本表中填寫以下內容：

任何人士故意提供虛假或欺詐資訊以獲得或修改保險範圍或提出損失索賠，均屬於犯罪行為，可能會被處以罰款並被監禁在州監獄中。

Blue Shield of California/Blue Shield Life 保護您的個人資訊的機密性和隱私性。個人資訊和健康資訊可包括能用於識別個人身份的，如姓名、地址、電話號碼、社會安全號碼，以及醫療診斷資訊或費用申報資訊等。我們不會披露這些資訊，除非法律允許我們這樣做。

---

**請務必將這份表格的所有頁面都寄回，因為第五頁包含您的簽名，  
這是處理這些變更所必需的。**

\* 由 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life) 核保。

† 對於補充性人壽保險，必須提供可保性資料證明表。必須獲得批准，方可添加任何補充性人壽保險。保險將從獲批之日起次月的 1 日生效。