

و Blue Shield of California

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

همه تغییرات باید ظرف 31 روز پس از تاریخ اجرای تغییر دریافت شود. این فرم را نمی‌توان برای تغییر پزشک مراقبت‌های اولیه استفاده کرد - مشترک بیمه باید با شماره تلفن مرکز «خدمات اعضا»، که پشت کارت شناسایی او درج شده است تماس بگیرد.

تعیین هویت کارمند - این بخش باید تکمیل شود

شماره گروه (مندرج روی کارت شناسایی)	شماره تأمین اجتماعی یا شماره شناسایی مالیات‌دهنده	شماره شناسایی مشترک بیمه (مندرج روی کارت شناسایی)
شماره تلفن ثابت		شماره تلفن همراه
حرف اول نام میانی	نام	نام خانوادگی
کدپستی	ایالت	نشانی خیابان محل سکونت - شهر
نشانی ایمیل		نام گروه/کارفرما (در صورت وجود)

تغییرات

توجه: در صورت انتقال پوشش بیمه به HMO، POS یا DHMO، لطفاً بخش A را تکمیل کنید.

بله خیر آیا این تغییر/اصلاح نشانی است؟

بله خیر آیا این تغییر/اصلاح نشانی مربوط به فرد تحت تکفل است؟ (توجه: اگر گزینه «خیر» در اینجا انتخاب شود، نشانی

مشترک بیمه به صورت پیش‌فرض برای فرد تحت تکفل او انتخاب می‌شود.)

اگر پاسخ «بله» است، لطفاً تغییرات صورت‌گرفته در نام و نشانی فرد تحت تکفل را مشخص کنید:

شماره تأمین اجتماعی من را به صورت زیر اصلاح کنید:

(نسخه‌ای از کارت تأمین اجتماعی، کارت شناسایی عکس‌دار، نامه تأییدیه از اداره تأمین اجتماعی و اظهاریه کتبی که دلیل درخواست کارمند برای ایجاد تغییرات در آن ذکر شده است، باید ضمیمه شود.)

این تغییر در طول ثبت‌نام آزاد انجام شده است. این تغییر در طول ثبت‌نام ویژه انجام شده است.

انتقال/اضافه کردن پوشش سلامت من به:

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

انتقال پوشش مزایای Account-Based Health Plan (ABHP) من به:

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

انتقال پوشش مزایای دندانپزشکی من به:

DHMO DPPO DINO

انتقال پوشش مزایای چشم‌پزشکی من از طرح _____ به طرح _____

تغییر مبلغ پوشش «بیمه عمر مدتدار گروهی پایه» یا «بیمه عمر تکمیلی» و «بیمه AD&D (فوت و نقص عضو ناشی از حادثه) تکمیلی»*: (مبلغ قبلی و جدید پوشش بیمه را مشخص کنید)
مبلغ قبلی پوشش «بیمه عمر مدتدار گروهی پایه»: \$ _____
مبلغ جدید پوشش بیمه: \$ _____
مبلغ قبلی پوشش «بیمه عمر تکمیلی» و/یا «بیمه AD&D تکمیلی»: \$ _____
مبلغ جدید پوشش بیمه: \$ _____
هرگونه افزایش منوط به تأیید از طریق «گواهینامه بیمه‌پذیری» (EOI) است

اصلاح/تغییر نام به:

اصلاح/تغییر نشانی ایمیل به:

اصلاح/تغییر تاریخ تولد من از: _____ به: _____

دیگر تغییرات/نظرات:

لغو پوشش بیمه مشترک: از پذیرفتن اجرایی شدن پوشش طرح سلامت برای خودم (و افراد تحت تکفل [اگر فردی تحت تکفل باشد]) امتناع می‌کنم:

اگر شرکت‌کننده تحت پوشش COBRA هستید، اینجا را علامت بزنید

رویدادی که منجر به واجدشرایط شدن می‌شود:

تاریخ اجرای رویداد فوق که منجر به واجدشرایط شدن می‌شود:

آیا پوشش بیمه را فسخ می‌کنید؟ اگر پاسخ «بله» است، نام(ها) را ذکر کنید:

تغییرات پوشش بیمه همسر/همخانه قانونی/فرزند (فرزندان) تحت تکفل

اضافه کردن همسر/همخانه قانونی/فرزند (فرزندان) تحت تکفل – بخش A را تکمیل کنید – تاریخ اجرای درخواستی برای موارد اضافه‌شده:

اگر همسر اضافه می‌شود، تاریخ ازدواج را ذکر کنید: همخانه قانونی – اگر این مورد اضافه می‌شود، تاریخ همخانگی قانونی را ذکر کنید:

اگر دادگاه دستور قیمومیت/تحت پوشش بودن را داده است، تاریخ آن را وارد و نسخه‌ای از اسناد حقوقی مربوط به آن را ضمیمه کنید:

اگر فرزندخوانده دارید، تاریخ فرزندخواندگی یا تاریخ تعیین‌شده برای فرزندخواندگی را وارد و نسخه‌ای از اسناد حقوقی را ضمیمه کنید:

فرد تحت تکفل دارای معلولیت که بیشتر از 26 سال دارد (فرم C3674) «اعلامیه معلولیت برای فرزند تحت تکفل بالاتر از سن معین» را ضمیمه کنید یا تأیید کنید که شرکت بیمه سلامت فعلی شما این فرد دارای معلولیت را تحت پوشش قرار می‌دهد.

تغییر دادن مبلغ پوشش «بیمه AD&D و بیمه عمر مدتدار گروهی تکمیلی» مربوط به همسر یا همخانه قانونی: (مبلغ قبلی و جدید پوشش بیمه را مشخص کنید) مبلغ قبلی پوشش بیمه: \$ _____ مبلغ جدید پوشش بیمه: \$ _____ (منوط به EOI)

تغییر دادن مبلغ پوشش «بیمه AD&D و بیمه عمر مدتدار گروهی تکمیلی» مربوط به فرزند(ان):

(مبلغ قبلی و جدید پوشش بیمه را مشخص کنید) مبلغ قبلی پوشش بیمه: \$ _____ مبلغ جدید پوشش بیمه: \$ _____ (منوط به EOI)

لغو پوشش بیمه فرزند (فرزندان) تحت تکفل – بخش A را تکمیل کنید – تاریخ اجرای درخواستی برای موارد حذف‌شده:

لغو پوشش بیمه همسر یا همخانه قانونی: (دلیل قابل قبول برای لغو را انتخاب کنید و تاریخ رویداد را بنویسید)

طلاق یا فسخ همخانگی قانونی: تاریخ: _____

فوت: تاریخ: _____

دلایل دیگر (لطفاً مشخص کنید): تاریخ: _____

لغو پوشش بیمه فرزندان تحت تکفل: (دلیل قابل قبول برای لغو را انتخاب کنید و تاریخ رویداد را بنویسید)

فوت: تاریخ: _____

دلایل دیگر (لطفاً مشخص کنید): تاریخ: _____

توجه: تاریخ اجرایی شدن مزایا برای نوزادان یا فرزندخوانده‌ها از لحظه تولد یا لحظه‌ای است که کودک تحت سرپرستی فیزیکی فرد بیمه‌شده، همسر یا همخانه قانونی قرار می‌گیرد. اعتبار این پوشش بیمه خودکار و بی‌قیدوشرط به‌مدت 31 روز پس از تولد، فرزندخواندگی یا جایابی است. درخواست‌های اضافه کردن فرزند به پوشش بیمه شما باید ظرف 31 روز از تاریخ تولد، فرزندخواندگی یا جایابی برای فرزندخواندگی ارسال شود تا پوشش بیمه پس از 31 روز ادامه یابد.

لطفاً مطمئن شوید که صفحه پنجم این فرم را امضا می‌کنید و آن را به ما برمی‌گردانید،

زیرا امضای شما برای انجام دادن فرایندهای این تغییرات ضروری است.

در صورت اضافه یا لغو کردن پوشش بیمه برای خود یا افراد تحت تکفلتان، این بخش را تکمیل کنید. اگر تغییرات مربوط به پوشش HMO/POS/DHMO هستند، اطلاعات پزشک مراقبت‌های اولیه/ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی را ذکر کنید. لطفاً قسمت مربوط به مزایایی را که تغییر داده می‌شوند پر کنید:

خود فرد		لغو کردن	اضافه کردن
نام خانوادگی	نام	دندانپزشکی <input type="checkbox"/>	دندانپزشکی <input type="checkbox"/>
جنسیت	حرف اول نام میانی	پزشکی <input type="checkbox"/>	پزشکی <input type="checkbox"/>
شماره تأمین اجتماعی یا شماره شناسایی مالیات‌دهنده: تاریخ تولد (سال/روز/ماه)		چشم‌پزشکی <input type="checkbox"/>	چشم‌پزشکی <input type="checkbox"/>
ترجیح زبانی: <input type="checkbox"/> انگلیسی <input type="checkbox"/> اسپانیایی <input type="checkbox"/> چینی <input type="checkbox"/> ویتنامی <input type="checkbox"/> فارسی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>		بیمه عمر <input type="checkbox"/>	بیمه عمر <input type="checkbox"/>
عنوان/رده شغلی		پایه/بیمه AD&D <input type="checkbox"/>	پایه/بیمه AD&D <input type="checkbox"/>
درآمد سالانه (شامل پاداش، اضافه‌کاری و غیره نمی‌شود) \$ _____		فرد تحت تکفل عمر <input type="checkbox"/>	فرد تحت تکفل عمر <input type="checkbox"/>
در صورت اضافه کردن «بیمه عمر پایه و بیمه AD&D»، لطفاً مبلغ درخواستی را مشخص کنید: \$ _____		تکمیلی عمر <input type="checkbox"/>	تکمیلی عمر ⁺ <input type="checkbox"/>
در صورت اضافه کردن «بیمه عمر تکمیلی» و/یا «بیمه AD&D تکمیلی»، لطفاً مبلغ درخواستی را مشخص کنید: \$ _____ منوط به تأیید از طریق «گواهینامه بیمه‌پذیری» (EOI) است		تکمیلی عمر/بیمه AD&D <input type="checkbox"/>	تکمیلی عمر/بیمه AD&D ⁺ <input type="checkbox"/>
در صورت اضافه کردن «بیمه عمر پایه افراد تحت تکفل»، لطفاً مبلغ درخواستی را مشخص کنید: \$ _____			
(توجه: همسر و همه فرزندان تحت پوشش مبلغ مشابهی از مزایا قرار می‌گیرند)			
فقط ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی Dental HMO نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی:		نام پزشک مراقبت‌های اولیه HMO/POS نام پزشک شماره ارائه‌دهنده: شماره IPA (انجمن مستقل پزشکی)/MG (گروه پزشکی):	
بیمار کنونی؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		همسر/همخانه قانونی	
نام خانوادگی	نام	دندانپزشکی <input type="checkbox"/>	دندانپزشکی <input type="checkbox"/>
جنسیت	حرف اول نام میانی	پزشکی <input type="checkbox"/>	پزشکی <input type="checkbox"/>
شماره تأمین اجتماعی یا شماره شناسایی مالیات‌دهنده: تاریخ تولد (سال/روز/ماه)		چشم‌پزشکی <input type="checkbox"/>	چشم‌پزشکی <input type="checkbox"/>
در صورت اضافه کردن «بیمه عمر تکمیلی» و/یا «بیمه AD&D تکمیلی»، لطفاً مبلغ درخواستی را مشخص کنید: \$ _____ منوط به تأیید از طریق «گواهینامه بیمه‌پذیری» (EOI) است		تکمیلی عمر <input type="checkbox"/>	تکمیلی عمر ⁺ <input type="checkbox"/>
فقط ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی Dental HMO نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی:		تکمیلی عمر/بیمه AD&D <input type="checkbox"/>	تکمیلی عمر/بیمه AD&D ⁺ <input type="checkbox"/>
بیمار کنونی؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		شماره ارائه‌دهنده: شماره IPA/MG:	

فرزند		نام خانوادگی		نام		حرف اول نام میانی		جنسیت		لغو کردن		اضافه کردن	
شماره تأمین اجتماعی یا شماره شناسایی مالیات‌دهنده:		تاریخ تولد (سال/روز/ماه)		نام پزشک مراقبت‌های اولیه HMO/POS		بیمار کنونی؟		فقط ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی Dental HMO		<input type="checkbox"/> دندانپزشکی <input type="checkbox"/> پزشکی <input type="checkbox"/> چشمپزشکی <input type="checkbox"/> تکمیلی عمر <input type="checkbox"/> تکمیلی <input type="checkbox"/> عمر/بیمه AD&D		<input type="checkbox"/> دندانپزشکی <input type="checkbox"/> پزشکی <input type="checkbox"/> چشمپزشکی <input type="checkbox"/> تکمیلی عمر [†] <input type="checkbox"/> تکمیلی <input type="checkbox"/> عمر/بیمه AD&D[†]	
در صورت اضافه کردن «بیمه عمر تکمیلی» و/یا «بیمه AD&D تکمیلی»، لطفاً مبلغ را مشخص کنید: \$ _____ منوط به تأیید از طریق «گواهینامه بیمه‌پذیری» (EOI) است (توجه: همه فرزندان تحت پوشش مبلغ مشابهی از «بیمه عمر تکمیلی» و «بیمه AD&D تکمیلی» قرار می‌گیرند.)		شماره ارائه‌دهنده: _____		شماره IPA/MG: _____		بله <input type="checkbox"/>		نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: _____		شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: _____			
فرزند		نام خانوادگی		نام		حرف اول نام میانی		جنسیت		لغو کردن		اضافه کردن	
شماره تأمین اجتماعی یا شماره شناسایی مالیات‌دهنده:		تاریخ تولد (سال/روز/ماه)		نام پزشک مراقبت‌های اولیه HMO/POS		بیمار کنونی؟		فقط ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی Dental HMO		<input type="checkbox"/> دندانپزشکی <input type="checkbox"/> پزشکی <input type="checkbox"/> چشمپزشکی <input type="checkbox"/> تکمیلی عمر <input type="checkbox"/> تکمیلی <input type="checkbox"/> عمر/بیمه AD&D		<input type="checkbox"/> دندانپزشکی <input type="checkbox"/> پزشکی <input type="checkbox"/> چشمپزشکی <input type="checkbox"/> تکمیلی عمر [†] <input type="checkbox"/> تکمیلی <input type="checkbox"/> عمر/بیمه AD&D[†]	
در صورت اضافه کردن «بیمه عمر تکمیلی» و/یا «بیمه AD&D تکمیلی»، لطفاً مبلغ را مشخص کنید: \$ _____ منوط به تأیید از طریق «گواهینامه بیمه‌پذیری» (EOI) است (توجه: همه فرزندان تحت پوشش مبلغ مشابهی از «بیمه عمر تکمیلی» و «بیمه AD&D تکمیلی» قرار می‌گیرند.)		شماره ارائه‌دهنده: _____		شماره IPA/MG: _____		بله <input type="checkbox"/>		نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: _____		شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: _____			
فرزند		نام خانوادگی		نام		حرف اول نام میانی		جنسیت		لغو کردن		اضافه کردن	
شماره تأمین اجتماعی یا شماره شناسایی مالیات‌دهنده:		تاریخ تولد (سال/روز/ماه)		نام پزشک مراقبت‌های اولیه HMO/POS		بیمار کنونی؟		فقط ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی Dental HMO		<input type="checkbox"/> دندانپزشکی <input type="checkbox"/> پزشکی <input type="checkbox"/> چشمپزشکی <input type="checkbox"/> تکمیلی عمر <input type="checkbox"/> تکمیلی <input type="checkbox"/> عمر/بیمه AD&D		<input type="checkbox"/> دندانپزشکی <input type="checkbox"/> پزشکی <input type="checkbox"/> چشمپزشکی <input type="checkbox"/> تکمیلی عمر [†] <input type="checkbox"/> تکمیلی <input type="checkbox"/> عمر/بیمه AD&D[†]	
در صورت اضافه کردن «بیمه عمر تکمیلی» و/یا «بیمه AD&D تکمیلی»، لطفاً مبلغ را مشخص کنید: \$ _____ منوط به تأیید از طریق «گواهینامه بیمه‌پذیری» (EOI) است (توجه: همه فرزندان تحت پوشش مبلغ مشابهی از «بیمه عمر تکمیلی» و «بیمه AD&D تکمیلی» قرار می‌گیرند.)		شماره ارائه‌دهنده: _____		شماره IPA/MG: _____		بله <input type="checkbox"/>		نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: _____		شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: _____			

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.

تمام اطلاعاتی که در این فرم ارائه داده‌ام، دقیق و کامل است. متوجه هستم که این فرم، به‌همراه همه فرم‌های قبلی ثبت‌نام، *Evidence of Coverage* (مدرک پوشش بیمه) // «گواهی بیمه» و «خطمشی/توافق‌نامه خدمات سلامت» و هرگونه تأییدیه و پیوست‌های مربوط به آن، در مجموع کل مدارک توافق‌نامه مربوط به پوشش بیمه را تشکیل می‌دهند.

امضای کارمند

تاریخ

در صورت ارسال این فرم از طریق دورنگار، این سند را در پرونده‌های خود نگه دارید.

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.

Blue Shield of California/Blue Shield Life از محرمانگی و حریم خصوصی اطلاعات شخصی شما محافظت می‌کند. اطلاعات شخصی و سلامتی شما که ممکن است اطلاعات قابل شناسایی فردی مانند نام، نشانی، شماره تلفن، شماره تأمین اجتماعی و اطلاعات سلامت شما باشد. ما این اطلاعات را افشا نمی‌کنیم، مگر اینکه اجازه قانونی داشته باشیم.

لطفاً مطمئن شوید که صفحه پنجم این فرم را امضا می‌کنید و آن را به ما برمی‌گردانید،

زیرا امضای شما برای انجام دادن فرآیند این تغییرات ضروری است.

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

† ارائه فرم «گواهینامه بیمه‌پذیری» برای «بیمه عمر تکمیلی» الزامی است. برای هر پوشش «بیمه عمر تکمیلی» اضافه‌شده باید تأییدیه دریافت شود. تاریخ اجرایی شدن پوشش بیمه، از روز اول ماه پس از دریافت تأییدیه خواهد بود.