



Yêu Cầu Thay Đổi Của Người Đăng Ký

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

Tất cả các thay đổi phải được nhận trong vòng 31 ngày kể từ ngày thay đổi có hiệu lực. Không sử dụng biểu mẫu này cho các thay đổi bác sĩ chăm sóc chính – người đăng ký phải gọi số điện thoại Dịch Vụ Thành Viên ở mặt sau của thẻ ID.

Nhận dạng nhân viên – phải hoàn thành phần này

Số ID người đăng ký (từ thẻ ID)	Số An Sinh Xã Hội hoặc Số nhận dạng người nộp thuế	Số của nhóm (từ thẻ ID)
Số điện thoại di động	Số điện thoại cố định	
Họ	Tên	Chữ đầu tên đệm
Địa chỉ đường phố– Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP
Tên nhóm/chủ lao động (nếu có)	Địa chỉ email	

Thay đổi

Lưu ý: Nếu chuyển bảo hiểm sang HMO, POS hoặc DHMO, vui lòng hoàn thành Phần A.

Có Không Đây là thay đổi/sửa địa chỉ?

Có Không Thay đổi/sửa địa chỉ này dành cho người phụ thuộc? (Lưu ý: Địa chỉ của người phụ thuộc theo mặc định sẽ là địa chỉ của người đăng ký nếu chọn 'Không' tại đây.)

Nếu có, vui lòng ghi rõ tên của người phụ thuộc và địa chỉ thay đổi:

Sửa số An Sinh Xã Hội của tôi thành: _____
(Bản sao thẻ An Sinh Xã Hội, thẻ căn cước có ảnh, thư xác minh từ văn phòng An Sinh Xã Hội và phải đính kèm văn bản tuyên bố lý do tại sao nhân viên yêu cầu thay đổi.)

Đây là thay đổi thực hiện trong gian đoạn đăng ký mở.

Đây là thay đổi thực hiện trong gian đoạn đăng ký đặc biệt.

Chuyển/thêm bảo hiểm sức khỏe của tôi vào:

Access+ HMO® _____

Trio HMO _____

Active Choice® Plus _____

Full PPO Savings _____

Tandem PPO Savings _____

Virtual BlueSM _____

Local Access+ HMO _____

Full PPO _____

Active Choice® Classic _____

Tandem PPO _____

Added Advantage POSSM _____

Chuyển quyền lợi bảo hiểm Account-Based Health Plan (ABHP) của tôi sang:

Đối với Access+ HMO: HRA HIA FSA

Đối với Local Access+ HMO: HRA HIA FSA

Đối với Trio HMO: HRA HIA FSA

Đối với Full PPO: HRA HIA FSA

Đối với Active Choice® Plus: HRA HIA FSA

Đối với Active Choice® Classic: HRA HIA FSA

Đối với Full PPO Savings: HSA HRA HIA

FSA LPFSA

Đối với Tandem PPO: HRA HIA FSA

Đối với Tandem PPO Savings: HSA HRA HIA

FSA LPFSA

Đối với Added Advantage POSSM: HRA HIA FSA

Đối với Virtual BlueSM: HRA HIA FSA

Chuyển các quyền lợi bảo hiểm nha khoa của tôi sang:

DHMO _____ DPPO _____ DINO _____

Chuyển các quyền lợi bảo hiểm nhãn khoa của tôi từ Tên Chương Trình _____ sang Chương Trình _____

- Thay đổi mức tiền của Bảo Hiểm Nhân Thọ Có Thời Hạn Cho Nhóm Cơ Bản hoặc Bảo Hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và AD&D (Bảo Hiểm Tử Vong Và Thương Tật Do Tai Nạn) Bổ Sung*: (hãy cung cấp mức tiền bảo hiểm trước đây và mức tiền bảo hiểm mới)
Mức tiền trước đây của bảo hiểm Nhân Thọ Có Thời Hạn Cho Nhóm Cơ Bản: \$ _____
Mức tiền bảo hiểm mới: \$ _____
Mức tiền trước đây của bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và/hoặc AD&D Bổ Sung: \$ _____
Mức tiền bảo hiểm mới: \$ _____
Bất kỳ sự gia tăng nào đều phải được phê duyệt thông qua Bảng Chứng Về Khả Năng Bảo Hiểm (EOI)

- Sửa/thay đổi tên thành: _____
 Sửa/thay đổi địa chỉ email thành: _____
 Sửa/thay đổi ngày sinh của tôi từ: _____ thành: _____
 Thay đổi/bình luận bổ sung: _____
 Sự hủy bỏ của người đăng ký: Tôi từ chối chương trình bảo hiểm sức khỏe cho bản thân (và những người phụ thuộc, nếu có), có hiệu lực từ: _____
 Đánh dấu ô này nếu quý vị là người tham gia COBRA
 Sự kiện đủ điều kiện: _____
 Ngày có hiệu lực của sự kiện đủ điều kiện kể trên: _____
 Đây là sự chấm dứt? Nếu đúng, hãy liệt kê (các) tên: _____

Thay đổi bảo hiểm của vợ/chồng/bạn đời sống chung/con cái là người phụ thuộc

Bổ sung vợ/chồng/bạn đời sống chung/con cái là người phụ thuộc – Hoàn thành phần A –
Ngày yêu cầu có hiệu lực đối với việc bổ sung: _____

- Ngày cưới, nếu bổ sung _____ Bạn đời sống chung – ngày trở thành bạn đời sống chung, nếu bổ sung: _____
 Nếu quyền nuôi con/bảo hiểm do tòa án yêu cầu, hãy nhập ngày và đính kèm bản sao các giấy tờ pháp lý: _____
 Nếu nhận con nuôi, hãy ghi ngày nhận con nuôi hoặc ngày đã định để nhận con nuôi và đính kèm bản sao các giấy tờ pháp lý: _____
 Người phụ thuộc bị khuyết tật trên 26 tuổi (Đính kèm 'Tuyên bố tình trạng khuyết tật cho con cái là người phụ thuộc vượt quá tuổi' (C3674) hoặc giấy tờ xác nhận rằng công ty bảo hiểm chăm sóc sức khỏe hiện tại của quý vị đang cung cấp bảo hiểm cho người phụ thuộc bị khuyết tật này.)
 Thay đổi mức tiền bảo hiểm Nhân Thọ Có Thời Hạn Cho Nhóm Bổ Sung và AD&D của vợ/chồng hoặc bạn đời sống chung: (hãy cung cấp mức tiền bảo hiểm trước đây và mức tiền bảo hiểm mới) Mức tiền bảo hiểm trước đây: \$ _____ Mức tiền bảo hiểm mới: \$ _____ (tuân theo EOI)
 Thay đổi mức tiền bảo hiểm Nhân Thọ Có Thời Hạn Cho Nhóm Bổ Sung và AD&D của (các) trẻ: (hãy cung cấp mức tiền bảo hiểm trước đây và mức tiền bảo hiểm mới) Mức tiền bảo hiểm trước đây: \$ _____ Mức tiền bảo hiểm mới: \$ _____ (tuân theo EOI)

Hủy người phụ thuộc – Hoàn thành phần A – Ngày yêu cầu có hiệu lực đối với việc xóa: _____

Đối với việc hủy bỏ cho vợ/chồng hoặc bạn đời sống chung: (hãy chọn lý do hủy bỏ thích hợp và cung cấp ngày của sự kiện)

- Ly hôn hoặc chấm dứt mối quan hệ bạn đời: Ngày: _____
 Tử vong: Ngày: _____
 Lý do khác (xin nêu rõ): _____ Ngày: _____

Đối với việc hủy bỏ cho người phụ thuộc là con cái: (hãy chọn lý do hủy bỏ thích hợp và cung cấp ngày của sự kiện)

- Tử vong: Ngày: _____
 Lý do khác (xin nêu rõ) _____ Ngày: _____

Lưu ý: Ngày có hiệu lực của quyền lợi đối với trẻ sơ sinh hoặc con nuôi là kể từ thời điểm sinh ra hoặc thời điểm đưa trẻ được người được bảo hiểm, vợ/chồng hoặc bạn đời nuôi dưỡng. Bảo hiểm tự động và vô điều kiện này kéo dài trong 31 ngày sau khi sinh, nhận con nuôi hoặc sắp xếp làm con nuôi. Yêu cầu thêm trẻ vào bảo hiểm của quý vị phải được gửi trong vòng 31 ngày kể từ ngày sinh, ngày nhận con nuôi hoặc sắp xếp làm con nuôi để tiếp tục được bảo hiểm sau 31 ngày.

Hãy nhớ ký tên vào trang thứ năm của biểu mẫu này trước khi gửi lại, điều này rất cần thiết để có thể xử lý các thay đổi.

Phần A

Hoàn thành phần này nếu bổ sung/hủy bảo hiểm cho chính quý vị hoặc người phụ thuộc của quý vị. Cung cấp thông tin bác sĩ chăm sóc chính/nhà cung cấp dịch vụ nha khoa nếu thay đổi liên quan đến bảo hiểm HMO/POS/DHMO. Vui lòng điền thông tin vào quyền lợi có áp dụng thay đổi:

Bổ sung	Hủy	Tự bản thân			
<input type="checkbox"/> Nha khoa	<input type="checkbox"/> Nha khoa	Họ	Tên	Chữ đầu tên đệm	Giới tính
<input type="checkbox"/> Y tế	<input type="checkbox"/> Y tế	Số An Sinh Xã Hội hoặc Số nhận dạng người nộp thuế:		Ngày sinh (tháng/ngày/năm)	
<input type="checkbox"/> Nhân khoa	<input type="checkbox"/> Nhân khoa	Ngôn ngữ ưu tiên: <input type="checkbox"/> Tiếng Anh <input type="checkbox"/> Tiếng Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Tiếng Trung <input type="checkbox"/> Tiếng Việt <input type="checkbox"/> Tiếng Ba Tư <input type="checkbox"/> Tiếng khác _____			
<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Cơ Bản/ AD&D	<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Cơ Bản/ AD&D	Chức danh/phân loại công việc	Thu nhập hàng năm (không bao gồm thưởng, tiền làm thêm giờ, v.v.) \$ _____		
<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Người Phụ Thuộc	<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Người Phụ Thuộc	Nếu bổ sung bảo hiểm Nhân Thọ Cơ Bản và AD&D, vui lòng ghi rõ mức tiền yêu cầu: \$ _____ Nếu thêm bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và/hoặc AD&D Bổ Sung, vui lòng ghi rõ mức tiền yêu cầu: \$ _____ Tuân theo sự phê duyệt thông qua Bảng Chứng Về Khả Năng Bảo Hiểm (EOI)			
<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung†	<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung†	Nếu bổ sung Nhân Thọ Cho Người Phụ Thuộc, vui lòng ghi rõ mức tiền yêu cầu: \$ _____ (Lưu ý: Vợ/chồng và toàn bộ con cái sẽ được bảo hiểm với cùng mức tiền quyền lợi đó)			
<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung/ AD&D†	<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung/ AD&D†	Tên bác sĩ chăm sóc chính của HMO/POS Tên của bác sĩ: _____ Mã số Nhà cung cấp: _____ Mã số IPA (Hiệp Hội Hành Nghề Độc Lập)/MG (Nhóm Y tế): _____	Hiện đang là bệnh nhân? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Chỉ dành cho nhà cung cấp nha khoa Dental HMO Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa: _____ Mã số Nhà cung cấp nha khoa: _____	
Bổ sung	Hủy	Vợ/chồng/bạn đời sống chung			
<input type="checkbox"/> Nha khoa	<input type="checkbox"/> Nha khoa	Họ	Tên	Chữ đầu tên đệm	Giới tính
<input type="checkbox"/> Y tế	<input type="checkbox"/> Y tế	Số An Sinh Xã Hội hoặc Số nhận dạng người nộp thuế:		Ngày sinh (tháng/ngày/năm)	
<input type="checkbox"/> Nhân khoa	<input type="checkbox"/> Nhân khoa	Nếu thêm bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và/hoặc AD&D Bổ Sung, vui lòng ghi rõ mức tiền yêu cầu: \$ _____ Tuân theo sự phê duyệt thông qua Bảng Chứng Về Khả Năng Bảo Hiểm (EOI)			
<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung†	<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung†	Nếu bổ sung Nhân Thọ Cho Người Phụ Thuộc, vui lòng ghi rõ mức tiền yêu cầu: \$ _____ (Lưu ý: Vợ/chồng và toàn bộ con cái sẽ được bảo hiểm với cùng mức tiền quyền lợi đó)			
<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung/ AD&D†	<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung/ AD&D†	Tên bác sĩ chăm sóc chính của HMO/POS Tên của bác sĩ: _____ Mã số Nhà cung cấp: _____ Mã số IPA/MG: _____	Hiện đang là bệnh nhân? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Chỉ dành cho nhà cung cấp nha khoa Dental HMO Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa: _____ Mã số Nhà cung cấp nha khoa: _____	

Bổ sung	Hủy	Con			
<input type="checkbox"/> Nha khoa	<input type="checkbox"/> Nha khoa	Họ	Tên	Chữ đầu tên đệm	Giới tính
<input type="checkbox"/> Y tế	<input type="checkbox"/> Y tế	Số An Sinh Xã Hội hoặc Số nhận dạng người nộp thuế:		Ngày sinh (tháng/ngày/năm)	
<input type="checkbox"/> Nhân khoa	<input type="checkbox"/> Nhân khoa	Nếu thêm bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và/hoặc AD&D Bổ Sung, vui lòng ghi rõ mức tiền: \$ _____ Tuân theo sự phê duyệt thông qua Bảng Chứng Về Khả Năng Bảo Hiểm (EOI)			
<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung†	<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung	(Lưu ý: Toàn bộ con cái sẽ được bảo hiểm với cùng mức tiền đối với bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và AD&D Bổ Sung.)			
<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung/AD&D†	<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung/AD&D	Tên bác sĩ chăm sóc chính của HMO/POS Tên của bác sĩ: _____	Hiện đang là bệnh nhân? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Chỉ dành cho nhà cung cấp nha khoa Dental HMO Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa: _____	
		Mã số Nhà cung cấp: _____		Mã số Nhà cung cấp nha khoa: _____	
		Mã số IPA/MG: _____		_____	

Bổ sung	Hủy	Con			
<input type="checkbox"/> Nha khoa	<input type="checkbox"/> Nha khoa	Họ	Tên	Chữ đầu tên đệm	Giới tính
<input type="checkbox"/> Y tế	<input type="checkbox"/> Y tế	Số An Sinh Xã Hội hoặc Số nhận dạng người nộp thuế:		Ngày sinh (tháng/ngày/năm)	
<input type="checkbox"/> Nhân khoa	<input type="checkbox"/> Nhân khoa	Nếu thêm bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và/hoặc AD&D Bổ Sung, vui lòng ghi rõ mức tiền: \$ _____ Tuân theo sự phê duyệt thông qua Bảng Chứng Về Khả Năng Bảo Hiểm (EOI)			
<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung†	<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung	(Lưu ý: Toàn bộ con cái sẽ được bảo hiểm với cùng mức tiền đối với bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và AD&D Bổ Sung.)			
<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung/AD&D†	<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung/AD&D	Tên bác sĩ chăm sóc chính của HMO/POS Tên của bác sĩ: _____	Hiện đang là bệnh nhân? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Chỉ dành cho nhà cung cấp nha khoa Dental HMO Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa: _____	
		Mã số Nhà cung cấp: _____		Mã số Nhà cung cấp nha khoa: _____	
		Mã số IPA/MG: _____		_____	

Bổ sung	Hủy	Con			
<input type="checkbox"/> Nha khoa	<input type="checkbox"/> Nha khoa	Họ	Tên	Chữ đầu tên đệm	Giới tính
<input type="checkbox"/> Y tế	<input type="checkbox"/> Y tế	Số An Sinh Xã Hội hoặc Số nhận dạng người nộp thuế:		Ngày sinh (tháng/ngày/năm)	
<input type="checkbox"/> Nhân khoa	<input type="checkbox"/> Nhân khoa	Nếu thêm bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và/hoặc AD&D Bổ Sung, vui lòng ghi rõ mức tiền: \$ _____ Tuân theo sự phê duyệt thông qua Bảng Chứng Về Khả Năng Bảo Hiểm (EOI)			
<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung†	<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung	(Lưu ý: Toàn bộ con cái sẽ được bảo hiểm với cùng mức tiền đối với bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và AD&D Bổ Sung.)			
<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung/AD&D†	<input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung/AD&D	Tên bác sĩ chăm sóc chính của HMO/POS Tên của bác sĩ: _____	Hiện đang là bệnh nhân? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Chỉ dành cho nhà cung cấp nha khoa Dental HMO Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa: _____	
		Mã số Nhà cung cấp: _____		Mã số Nhà cung cấp nha khoa: _____	
		Mã số IPA/MG: _____		_____	

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.

Tất cả thông tin tôi đã cung cấp trong mẫu đơn này là chính xác và đầy đủ. Tôi hiểu rằng mẫu đơn này cùng với mọi mẫu ghi danh trước đây, *Evidence of Coverage* (Chứng Từ Bảo Hiểm)/ *Thẻ Bảo Hiểm* và Thỏa Thuận Về Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe/đơn bảo hiểm, cùng với mọi chứng thực và tài liệu đính kèm, tất cả tạo thành toàn bộ thỏa thuận bảo hiểm.

Chữ ký của nhân viên _____ Ngày _____

Nếu quý vị gửi mẫu đơn này qua fax, hãy lưu lại tài liệu này.

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.

Blue Shield of California/Blue Shield Life bảo vệ tính bí mật và quyền riêng tư cho thông tin cá nhân của quý vị. Thông tin cá nhân và thông tin sức khỏe là các thông tin có thể nhận dạng cá nhân, ví dụ như tên, địa chỉ, số điện thoại hoặc số An Sinh Xã Hội và thông tin sức khỏe. Chúng tôi sẽ không tiết lộ các thông tin này, trừ khi được pháp luật cho phép.

Hãy nhớ ký tên vào trang thứ năm của biểu mẫu này trước khi gửi lại, điều này rất cần thiết để có thể xử lý các thay đổi.

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

† Phải có biểu mẫu Bằng chứng về Khả năng có thể bảo hiểm cho bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung. Phải nhận được phê duyệt cho bất kỳ bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung nào được thêm vào. Ngày bảo hiểm có hiệu lực sẽ là ngày đầu tiên của tháng sau khi được phê duyệt.