

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

تغییرات

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.

انتقال/اضافه کردن پوشش سلامت من به: _____

Access+ HMO® _____ Access+ HMO® SaveNetSM _____ Local Access+ HMO _____

Trio HMO _____ Full PPO _____ Active Choice** _____ Active Choice® Plus _____

Active Choice® Classic _____ Full PPO Savings _____ Tandem PPO _____ Tandem PPO Savings _____

Added Advantage POSSM _____

انتقال پوشش مزایای ABHP (طرح سلامت مبتنی بر حساب) من به: _____

برای Access+ HMO®: HRA HIA FSA

برای Access+HMO® SaveNetSM: HRA HIA FSA

برای Local Access+ HMO: HRA HIA FSA

برای Trio HMO: HRA HIA FSA

برای Full PPO: HRA HIA FSA

برای Active Choice®: HRA HIA FSA

برای Active Choice® Plus: HRA HIA FSA

برای Active Choice® Classic: HRA HIA FSA

برای Full PPO Savings: HSA HRA HIA FSA LPPSA

برای Tandem PPO: HRA HIA FSA

برای Tandem PPO Savings: HSA HRA HIA FSA LPPSA

برای Added Advantage POSSM: HRA HIA FSA

انتقال پوشش مزایای تخصصی من به: _____ DHMO DPPO DINO

از شماره گروه _____ به شماره گروه _____ در گروه کارفرمای من. توجه: در صورت انتقال پوشش بیمه به HMO، POS یا DHMO، لطفاً بخش A را تکمیل کنید.

تغییر مبلغ پوشش «بیمه عمر زمانی 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 زمانی گروهی پایه»: \$ _____ مبلغ جدید پوشش بیمه: \$ _____

مبلغ قبلی پوشش «بیمه عمر تکمیلی» و/یا «بیمه AD&D تکمیلی»: \$ _____ مبلغ جدید پوشش بیمه: \$ _____

(اگر پوشش «بیمه AD&D تکمیلی» خریداری شود، مبلغ آن همیشه برابر با پوشش «بیمه عمر تکمیلی» 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 تکفلم [اگر فردی تحت تکفلم باشد]) امتناع می‌کنم: _____

شرکت‌کننده تحت پوشش COBRA (قانون توافق کلیات بودجه برای بیکاران)

رویدادی که منجر به واجد شرایط شدن می‌شود: _____

تاریخ اجرای رویداد فوق که منجر به واجد شرایط 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

افزایش کردن همسر/هم‌خانه قانونی/فرزند (فرزندان) تحت تکفل - بخش A را تکمیل کنید - تاریخ اجرای درخواست شده برای موارد اضافه شده: _____

- 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 کنید و نسخه‌ای از اسناد حقوقی مربوط به آن را ضمیمه کنید: _____
- اگر فرزندخوانده دارید، تاریخ فرزندخواندگی یا تاریخ تعیین شده برای فرزندخواندگی را وارد و نسخه‌ای از اسناد حقوقی را ضمیمه کنید: _____
- فرد تحت تکفل دارای معلولیت که بیشتر از 25 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 زمانی 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: \$ _____

لغو پوشش بیمه فرزند (فرزندان) تحت تکفل - بخش A را تکمیل کنید - تاریخ اجرای درخواست شده برای موارد حذف شده: _____

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

طلاق یا فسخ هم‌خانگی قانونی: تاریخ: _____

فوت: تاریخ: _____

دلایل دیگر (لطفاً مشخص کنید): _____

لغو پوشش بیمه فرزند(ان) تحت تکفل: (دلیل لغو را انتخاب کنید و تاریخ رویداد را بنویسید)

فوت: تاریخ: _____

دلایل دیگر (لطفاً مشخص کنید) _____

توجه: برای فرزند(ان) تازه متولد شده/به فرزندخواندگی گرفته شده یا کودکانی که برای فرزندخواندگی در نظر گرفته شده‌اند، باید فرم تکمیل شده «درخواست تغییر مشترک بیمه» را ظرف 31 روز پس از تاریخ تولد/فرزندخواندگی/تاریخ تعیین شده برای فرزندخواندگی ارسال کنید تا به پوشش بیمه شما اضافه شود.

لطفاً مطمئن شوید که صفحه سوم این فرم را امضا می‌کنید و آن را به ما برمی‌گردانید، زیرا امضای شما برای انجام دادن فرایند این تغییرات ضروری است.

بخش A

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 دایره مربوط به مزایایی را که تغییر داده می‌شوند پر کنید:

| افزایش کردن | لغو کردن | خود فرد | نام خانوادگی | نام | حرف اول نام میانی | جنسیت |
|---|---|--|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> دندانپزشکی | <input type="checkbox"/> دندانپزشکی | | | | | |
| <input type="checkbox"/> پزشکی | <input type="checkbox"/> پزشکی | | | | | |
| <input type="checkbox"/> چشم‌پزشکی | <input type="checkbox"/> چشم‌پزشکی | | | | | |
| <input type="checkbox"/> بیمه عمر | <input type="checkbox"/> بیمه عمر | | | | | |
| <input type="checkbox"/> پایه/بیمه AD&D | <input type="checkbox"/> پایه/بیمه AD&D | | | | | |
| <input type="checkbox"/> بیمه عمر فرد | <input type="checkbox"/> بیمه عمر فرد | | | | | |
| <input type="checkbox"/> تحت تکفل | <input type="checkbox"/> تحت تکفل | | | | | |
| <input type="checkbox"/> بیمه عمر تکمیلی* | <input type="checkbox"/> بیمه عمر تکمیلی* | | | | | |
| <input type="checkbox"/> بیمه عمر تکمیلی/بیمه AD&D* | <input type="checkbox"/> بیمه عمر تکمیلی/بیمه AD&D* | | | | | |
| <p>لطفاً در مورد خودتان به ما بگویید. نژاد یا قومیت خود را چگونه توصیف می‌کنید؟ پاسخ دادن به این سؤالات اختیاری است و فقط برای این است که مطمئن شویم همه اعضا به‌طور یکسان به خدمات مراقبت با بالاترین کیفیت دسترسی دارند.</p> <p>1. آیا هیسپانیک (اسپانیایی‌تبار) یا لاتین‌تبار هستید؟</p> <p>2. اگر پاسخ «بله» است، لطفاً (یک مورد را انتخاب کنید):</p> <p>3. با کدام نژاد(ها) شناخته می‌شوید؟ (یک مورد را انتخاب کنید)</p> | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> کوپایی | <input type="checkbox"/> سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا | <input type="checkbox"/> کوپایی | <input type="checkbox"/> آسیایی-هندی | <input type="checkbox"/> ژاپنی | <input type="checkbox"/> کره‌ای |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> گواتمالایی | <input type="checkbox"/> آسیایی-هندی | <input type="checkbox"/> مکزیک، مکزیک-آمریکایی، چیکانو (شهروند آمریکایی مکزیک‌تبار) | <input type="checkbox"/> سیاه‌پوست یا آمریکایی-آفریقایی | <input type="checkbox"/> اهل لائوس | <input type="checkbox"/> اهل هاوایی |
| <input type="checkbox"/> نامعلوم | <input type="checkbox"/> پورتوریکویی | <input type="checkbox"/> آسیایی-هندی | <input type="checkbox"/> پورتوریکویی | <input type="checkbox"/> آفریقایی | <input type="checkbox"/> بومی هاوایی | <input type="checkbox"/> اهل ساموآ |
| <input type="checkbox"/> خودداری از بیان | <input type="checkbox"/> اهل ال سالوادور | <input type="checkbox"/> آسیایی-هندی | <input type="checkbox"/> اهل ال سالوادور | <input type="checkbox"/> کامبوجی | <input type="checkbox"/> ویتنامی | <input type="checkbox"/> سفیدپوست |
| | <input type="checkbox"/> 2 یا چند قومیت | <input type="checkbox"/> فیلیپینی | <input type="checkbox"/> 2 یا چند قومیت | <input type="checkbox"/> چینی | <input type="checkbox"/> 2 یا چند نژاد | <input type="checkbox"/> سایر موارد |
| | <input type="checkbox"/> دیگر اقوام هیسپانیک، لاتین، اسپانیایی: | <input type="checkbox"/> اهل جزیره گوام یا جامورو | <input type="checkbox"/> دیگر اقوام هیسپانیک، لاتین، اسپانیایی: | <input type="checkbox"/> اهل جزیره گوام یا جامورو | <input type="checkbox"/> سایر موارد | <input type="checkbox"/> نامعلوم |
| | | <input type="checkbox"/> همونگ | | <input type="checkbox"/> همونگ | <input type="checkbox"/> نامعلوم | <input type="checkbox"/> خودداری از بیان |

شماره تأمین اجتماعی: _____

اولویت زبانی: انگلیسی اسپانیایی چینی ویتنامی فارسی سایر _____

عنوان/رده شغلی _____

درآمد سالانه (شامل پاداش، اضافه‌کاری و غیره نمی‌شود) \$ _____

در صورت اضافه کردن «بیمه عمر پایه و بیمه AD&D»، لطفاً مبلغ درخواستی را مشخص کنید: \$ _____

در صورت اضافه کردن «بیمه عمر تکمیلی» و/یا «بیمه AD&D تکمیلی»، لطفاً مبلغ درخواستی را مشخص کنید: \$ _____

در صورت اضافه کردن «بیمه عمر افراد تحت تکفل»، لطفاً مبلغ درخواستی را مشخص کنید: \$ _____

(توجه: همسر و همه فرزندان تحت پوشش مبلغ مشابهی از مزایا قرار می‌گیرند)

| نام پزشک مراقبت‌های اولیه HMO/POS | در حال حاضر بیمار هستید؟ | فقط ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی Dental HMO |
|--|------------------------------|---|
| نام پزشک: _____ | <input type="checkbox"/> بله | نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: _____ |
| شماره ارائه‌دهنده: _____ | <input type="checkbox"/> خیر | شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: _____ |
| شماره IPA/MG (گروه پزشکی/انجمن مستقل پزشکی): _____ | | |

همسر/هم‌خانه قانونی

| افزایش کردن | لغو کردن | همسر/هم‌خانه قانونی | نام خانوادگی | نام | حرف اول نام میانی | جنسیت |
|--|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> دندانپزشکی | <input type="checkbox"/> دندانپزشکی | | | | | |
| <input type="checkbox"/> پزشکی | <input type="checkbox"/> پزشکی | | | | | |
| <input type="checkbox"/> چشم‌پزشکی | <input type="checkbox"/> چشم‌پزشکی | | | | | |
| <input type="checkbox"/> بیمه عمر | <input type="checkbox"/> بیمه عمر | | | | | |
| <input type="checkbox"/> تکمیلی* | <input type="checkbox"/> تکمیلی* | | | | | |
| <input type="checkbox"/> بیمه عمر تکمیلی/بیمه AD&D* | <input type="checkbox"/> بیمه عمر تکمیلی/بیمه AD&D* | | | | | |
| <p>این عضو یا چه نژاد یا قومیتی شناخته می‌شود:</p> <p>شماره تأمین اجتماعی: _____</p> <p>در صورت اضافه کردن «بیمه عمر تکمیلی» و/یا «بیمه AD&D تکمیلی»، لطفاً مبلغ درخواستی را مشخص کنید: \$ _____</p> | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> نام پزشک: _____ | <input type="checkbox"/> در حال حاضر بیمار هستید؟ | <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: _____ |
| <input type="checkbox"/> شماره ارائه‌دهنده: _____ | | <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: _____ |
| <input type="checkbox"/> شماره IPA/MG: _____ | | | | | | |

| افزافه کردن | | لغو کردن | | فرزند | |
|--|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> دندانپزشکی | <input type="checkbox"/> دندانپزشکی | <input type="checkbox"/> نام خانوادگی | <input type="checkbox"/> نام خانوادگی | <input type="checkbox"/> جنسیت | <input type="checkbox"/> جنسیت |
| <input type="checkbox"/> پزشکی | <input type="checkbox"/> پزشکی | | | | |
| <input type="checkbox"/> چشمپزشکی | <input type="checkbox"/> چشمپزشکی | | | | |
| <input type="checkbox"/> بیمه عمر | <input type="checkbox"/> بیمه عمر | | | | |
| <input type="checkbox"/> تکمیلی* | <input type="checkbox"/> تکمیلی* | | | | |
| <input type="checkbox"/> بیمه عمر تکمیلی/AD&D | <input type="checkbox"/> بیمه عمر تکمیلی/AD&D | | | | |
| این عضو یا چه نژاد یا قومیتی شناخته می‌شود: | | | | | |
| شماره تأمین اجتماعی: _____ | | | | | |
| در صورت اضافه کردن «بیمه عمر تکمیلی» و/یا «بیمه AD&D تکمیلی»، لطفاً مبلغ را مشخص کنید: \$ _____ (یا \$5,000 یا \$10,000) | | | | | |
| (توجه: همه فرزندان تحت پوشش مبلغ مشابهی از «بیمه عمر تکمیلی» و «بیمه AD&D تکمیلی» قرار می‌گیرند.) | | | | | |
| در صورت اضافه کردن «بیمه عمر افراد تحت تکفل»، لطفاً مبلغ درخواستی را مشخص کنید: \$ _____ | | | | | |
| (توجه: همسر و همه فرزندان تحت پوشش مبلغ مشابهی از مزایا قرار می‌گیرند) | | | | | |
| نام پزشک مراقبت‌های اولیه HMO/POS | | در حال حاضر بیمار هستید؟ | | فقط ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی Dental HMO | |
| نام پزشک: _____ | | <input type="checkbox"/> بله | | نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: _____ | |
| شماره ارائه‌دهنده: _____ | | <input type="checkbox"/> خیر | | شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: _____ | |
| شماره IPA/MG: _____ | | | | | |
| افزافه کردن | | لغو کردن | | فرزند | |
| <input type="checkbox"/> دندانپزشکی | <input type="checkbox"/> دندانپزشکی | <input type="checkbox"/> نام خانوادگی | <input type="checkbox"/> نام خانوادگی | <input type="checkbox"/> جنسیت | <input type="checkbox"/> جنسیت |
| <input type="checkbox"/> پزشکی | <input type="checkbox"/> پزشکی | | | | |
| <input type="checkbox"/> چشمپزشکی | <input type="checkbox"/> چشمپزشکی | | | | |
| <input type="checkbox"/> بیمه عمر | <input type="checkbox"/> بیمه عمر | | | | |
| <input type="checkbox"/> تکمیلی* | <input type="checkbox"/> تکمیلی* | | | | |
| <input type="checkbox"/> بیمه عمر تکمیلی/AD&D | <input type="checkbox"/> بیمه عمر تکمیلی/AD&D | | | | |
| این عضو یا چه نژاد یا قومیتی شناخته می‌شود: | | | | | |
| شماره تأمین اجتماعی: _____ | | | | | |
| در صورت اضافه کردن «بیمه عمر تکمیلی» و/یا «بیمه AD&D تکمیلی»، لطفاً مبلغ را مشخص کنید: \$ _____ (یا \$5,000 یا \$10,000) | | | | | |
| (توجه: همه فرزندان تحت پوشش مبلغ مشابهی از «بیمه عمر تکمیلی» و «بیمه AD&D تکمیلی» قرار می‌گیرند.) | | | | | |
| در صورت اضافه کردن «بیمه عمر افراد تحت تکفل»، لطفاً مبلغ درخواستی را مشخص کنید: \$ _____ | | | | | |
| (توجه: همسر و همه فرزندان تحت پوشش مبلغ مشابهی از مزایا قرار می‌گیرند) | | | | | |
| نام پزشک مراقبت‌های اولیه HMO/POS | | در حال حاضر بیمار هستید؟ | | فقط ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی Dental HMO | |
| نام پزشک: _____ | | <input type="checkbox"/> بله | | نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: _____ | |
| شماره ارائه‌دهنده: _____ | | <input type="checkbox"/> خیر | | شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: _____ | |
| شماره IPA/MG: _____ | | | | | |
| افزافه کردن | | لغو کردن | | فرزند | |
| <input type="checkbox"/> دندانپزشکی | <input type="checkbox"/> دندانپزشکی | <input type="checkbox"/> نام خانوادگی | <input type="checkbox"/> نام خانوادگی | <input type="checkbox"/> جنسیت | <input type="checkbox"/> جنسیت |
| <input type="checkbox"/> پزشکی | <input type="checkbox"/> پزشکی | | | | |
| <input type="checkbox"/> چشمپزشکی | <input type="checkbox"/> چشمپزشکی | | | | |
| <input type="checkbox"/> بیمه عمر | <input type="checkbox"/> بیمه عمر | | | | |
| <input type="checkbox"/> تکمیلی* | <input type="checkbox"/> تکمیلی* | | | | |
| <input type="checkbox"/> بیمه عمر تکمیلی/AD&D | <input type="checkbox"/> بیمه عمر تکمیلی/AD&D | | | | |
| این عضو یا چه نژاد یا قومیتی شناخته می‌شود: | | | | | |
| شماره تأمین اجتماعی: _____ | | | | | |
| در صورت اضافه کردن «بیمه عمر تکمیلی» و/یا «بیمه AD&D تکمیلی»، لطفاً مبلغ را مشخص کنید: \$ _____ (یا \$5,000 یا \$10,000) | | | | | |
| (توجه: همه فرزندان تحت پوشش مبلغ مشابهی از «بیمه عمر تکمیلی» و «بیمه AD&D تکمیلی» قرار می‌گیرند.) | | | | | |
| در صورت اضافه کردن «بیمه عمر افراد تحت تکفل»، لطفاً مبلغ درخواستی را مشخص کنید: \$ _____ | | | | | |
| (توجه: همسر و همه فرزندان تحت پوشش مبلغ مشابهی از مزایا قرار می‌گیرند) | | | | | |
| نام پزشک مراقبت‌های اولیه HMO/POS | | در حال حاضر بیمار هستید؟ | | فقط ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی Dental HMO | |
| نام پزشک: _____ | | <input type="checkbox"/> بله | | نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: _____ | |
| شماره ارائه‌دهنده: _____ | | <input type="checkbox"/> خیر | | شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: _____ | |
| شماره IPA/MG: _____ | | | | | |

تمام اطلاعاتی که در این فرم ارائه داده‌ام، دقیق و کامل است. متوجه هستم که این فرم، به همراه همه فرم‌های قبلی ثبت‌نام، «مدیر 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 _____

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

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 سوم این فرم را امضا می‌کنید و آن را به ما برمی‌گردانید، زیرا امضای شما برای انجام دادن فرایند 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.

افشاسازی: سند ترجمه‌شده

لطفاً توجه داشته باشید که نسخه انگلیسی نسخه رسمی این سند است و برای ارجاع شما پیوست شده است. این نسخه زبان خارجی تنها برای اطلاع‌رسانی است.

Disclosure: Translated Document

Please note the English language version is the official version of the document, and is attached for reference. This foreign language version is for informational purposes only.



NOTICES AVAILABLE ONLINE

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)**。