

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 شناسایی مشترک بیمه (مندرج روی کارت شناسایی)	شماره تأمین اجتماعی یا شماره شناسایی مالیات‌دهنده	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	کدپستی
نام گروه/کارفرما (در صورت وجود)	نشانی ایمیل	

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 ثبت نام آزاد انجام شده است. این تغییر در طول ثبت نام ویژه انجام شده است.

انتقال/افزافه کردن پوشش سلامت من به: _____ Access+ HMO® SaveNetSM _____ Access+ HMO® _____ Full PPO _____ Trio HMO _____ Local Access+ HMO
 _____ Active Choice® Classic _____ Active Choice® Plus
 _____ Tandem PPO Savings _____ Tandem PPO _____ Full PPO Savings
 _____ Virtual BlueSM _____ Added Advantage POSSM

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

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

انتقال پوشش مزایای دندانپزشکی من به:

_____ DINO _____ DPPO _____ DHMO

انتقال پوشش مزایای چشم‌پزشکی من از طرح _____ به طرح _____

تغییر مبلغ پوشش «بیمه عمر مدت دار 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 مدت دار 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 تکفلم [اگر فردی تحت تکفلم باشد]) امتناع می‌کنم: _____

اگر شرکت‌کننده تحت پوشش COBRA هستید، اینجا را علامت بزنید

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

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 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 مدت دار 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 مدت دار 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 درخواست شده 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 فرزند(ان) 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 به مدت 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	<input type="checkbox"/> دندانپزشکی	<input type="checkbox"/> دندانپزشکی
حرف اول نام میانی	جنسیت	<input type="checkbox"/> پزشکی	<input type="checkbox"/> پزشکی
تاریخ تولد (سال/روز/ماه)	شماره تأمین اجتماعی یا شماره شناسایی مالیات دهنده:	<input type="checkbox"/> چشم‌پزشکی	<input type="checkbox"/> چشم‌پزشکی
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 _____	عنوان/رده شغلی	<input type="checkbox"/> بیمه عمر پایه/بیمه AD&D	<input type="checkbox"/> بیمه عمر پایه/بیمه AD&D
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: \$ _____	<input type="checkbox"/> فرد تحت تکفل عمر	<input type="checkbox"/> فرد تحت تکفل عمر
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	در صورت اضافه کردن «بیمه عمر پایه افراد تحت تکفل»، لطفاً مبلغ درخواستی را مشخص کنید: \$ _____	<input type="checkbox"/> تکمیلی عمر	<input type="checkbox"/> تکمیلی عمر ⁺
(توجه: همسر و همه فرزندان تحت پوشش مبلغ مشابهی از مزایا قرار می‌گیرند)	نام پزشک مراقبت‌های اولیه HMO/POS بیمار کنونی؟	<input type="checkbox"/> تکمیلی عمر/بیمه AD&D	<input type="checkbox"/> تکمیلی عمر/بیمه AD&D ⁺
نام پزشک	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
شماره ارائه‌دهنده: _____	شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: _____		
شماره IPA (انجمن مستقل پزشکی)/MG (گروه پزشکی): _____	شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: _____		
همسر/هم‌خانه قانونی		لغو کردن	اضافه کردن
نام خانوادگی	نام	<input type="checkbox"/> دندانپزشکی	<input type="checkbox"/> دندانپزشکی
حرف اول نام میانی	جنسیت	<input type="checkbox"/> پزشکی	<input type="checkbox"/> پزشکی
تاریخ تولد (سال/روز/ماه)	شماره تأمین اجتماعی یا شماره شناسایی مالیات دهنده:	<input type="checkbox"/> چشم‌پزشکی	<input type="checkbox"/> چشم‌پزشکی
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	در صورت اضافه کردن «بیمه عمر پایه افراد تحت تکفل»، لطفاً مبلغ درخواستی را مشخص کنید: \$ _____	<input type="checkbox"/> تکمیلی عمر	<input type="checkbox"/> تکمیلی عمر ⁺
نام پزشک مراقبت‌های اولیه HMO/POS بیمار کنونی؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> تکمیلی عمر/بیمه AD&D	<input type="checkbox"/> تکمیلی عمر/بیمه AD&D ⁺
نام پزشک	شماره ارائه‌دهنده: _____		
شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: _____	شماره IPA/MG: _____		
شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: _____	شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: _____		

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

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

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

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 فرایندهای 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.