

لطفاً توجه داشته باشید: پر نکردن این درخواست ثبت نام به صورت خوانا و کامل، ممکن است منجر به تأخیر در روند ثبت نام شود.

دلیل ارائه درخواست:

<input type="checkbox"/> استخدام جدید	<input type="checkbox"/> تاریخ از دست دادن پوشش	<input type="checkbox"/> ثبت نام دیر هنگام
<input type="checkbox"/> تاریخ استخدام مجدد	<input type="checkbox"/> بیمه	<input type="checkbox"/> نوع دیگری از رویداد که منجر به واجد شرایط شدن می‌شود
	<input type="checkbox"/> ثبت نام آزاد	<input type="checkbox"/> تاریخ وقوع رویداد فوق

بخش 1 - دستورالعمل‌های مهم ثبت نام برای بهره‌مندی از پوشش «مزایای تخصصی»

دندانپزشکی، چشم‌پزشکی - کارمند می‌تواند در طرح بیمه عمر، دندانپزشکی، یا چشم‌پزشکی ثبت نام کند، بدون اینکه در یک طرح سلامت ثبت نام کرده باشد. برای اینکه کارمند بتواند افراد تحت تکفل خود را در یک طرح دندانپزشکی یا چشم‌پزشکی ثبت نام کند، خود او باید در همان طرح دندانپزشکی یا چشم‌پزشکی ثبت نام کرده باشد. ثبت نام در بیمه عمر تابع قوانین زیر است:

1. تمامی مبالغ «بیمه عمر زمانی پایه» برای آن دسته از کارمندانی که پس از اولین بار واجد شرایط شدن برای دریافت مزایای ثبت نام می‌کنند کاملاً به صورت «صدور تضمینی» است (نیازی به «گواهینامه بیمه‌پذیری» نیست). برای ثبت نام‌های با تأخیر، «گواهینامه بیمه‌پذیری» الزامی است.
2. به منظور «بیمه عمر تکمیلی»، «گواهینامه بیمه‌پذیری» برای همه مبالغ بیشتر از مبلغ «صدور تضمینی» ضروری است.
3. کارمند باید در پوشش «بیمه عمر تکمیلی»/پوشش بیمه AD&D (فوت و نقص عضو ناشی از حادثه) ثبت نام کرده باشد تا همسر/هم‌خانه قانونی‌اش یا فرزندان تحت تکفلش واجد شرایط پوشش «بیمه عمر تکمیلی» شوند. همسر/هم‌خانه قانونی و/یا فرزندان تحت تکفل لازم نیست تحت پوشش «بیمه عمر پایه افراد تحت تکفل» باشند تا واجد شرایط پوشش «بیمه عمر تکمیلی» شوند.

بخش 2 - طرح(ها) نام(های) طرح مناسب را انتخاب و قسمت مربوط به آن را پر کنید.

مزایای پزشکی بدون گزینه‌های ABHP (طرح سلامت مبتنی بر حساب):

<input type="checkbox"/> Access+ HMO [®]	<input type="checkbox"/> Active Choice [®] Classic	<input type="checkbox"/> Active Choice [®] Plus
<input type="checkbox"/> Trio HMO	<input type="checkbox"/> Local Access+ HMO [®]	<input type="checkbox"/> Access+ HMO [®] SaveNet SM
<input type="checkbox"/> Full PPO Savings [†]	<input type="checkbox"/> Full PPO	<input type="checkbox"/> Added Advantage POS SM
<input type="checkbox"/> Tandem PPO Savings [†]	<input type="checkbox"/> Virtual Blue SM	<input type="checkbox"/> Tandem PPO
	<input type="checkbox"/> Blue Shield 65 Plus SM (HMO)	<input type="checkbox"/> Full EPO
		<input type="checkbox"/> Tandem EPO

مزایای پزشکی با گزینه‌های ABHP (طرح سلامت مبتنی بر حساب):

<input type="checkbox"/> LPFSA [†]	<input type="checkbox"/> HSA	<input type="checkbox"/> FSA	<input type="checkbox"/> HIA	<input type="checkbox"/> HRA	<input type="checkbox"/> Full PPO Savings [†]	<input type="checkbox"/> FSA	<input type="checkbox"/> HIA	<input type="checkbox"/> HRA	<input type="checkbox"/> Active Choice [®] Plus
					<input type="checkbox"/> Full EPO	<input type="checkbox"/> FSA	<input type="checkbox"/> HIA	<input type="checkbox"/> HRA	<input type="checkbox"/> Active Choice [®] Classic
					<input type="checkbox"/> Tandem PPO	<input type="checkbox"/> FSA	<input type="checkbox"/> HIA	<input type="checkbox"/> HRA	<input type="checkbox"/> Access+ HMO [®]
					<input type="checkbox"/> Virtual Blue SM	<input type="checkbox"/> FSA	<input type="checkbox"/> HIA	<input type="checkbox"/> HRA	<input type="checkbox"/> Access+ HMO [®] SaveNet SM
<input type="checkbox"/> LPFSA [†]	<input type="checkbox"/> HSA	<input type="checkbox"/> FSA	<input type="checkbox"/> HIA	<input type="checkbox"/> HRA	<input type="checkbox"/> Tandem PPO Savings [†]	<input type="checkbox"/> FSA	<input type="checkbox"/> HIA	<input type="checkbox"/> HRA	<input type="checkbox"/> Local Access+ HMO [®]
					<input type="checkbox"/> Tandem EPO	<input type="checkbox"/> FSA	<input type="checkbox"/> HIA	<input type="checkbox"/> HRA	<input type="checkbox"/> Trio HMO
					<input type="checkbox"/> Blue Shield 65 Plus SM (HMO)	<input type="checkbox"/> FSA	<input type="checkbox"/> HIA	<input type="checkbox"/> HRA	<input type="checkbox"/> Full PPO

مزایای تخصصی: بیمه عمر گروهی زمانی پایه/بیمه AD&D کارمند* بیمه عمر پایه افراد تحت تکفل* بیمه عمر زمانی تکمیلی* بیمه زمانی AD&D تکمیلی* Dental PPO Dental HMO Dental INO چشم‌پزشکی* سایر

* هزینه‌ها توسط Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life) تأمین می‌شود.
† طرح‌های Full PPO Savings و Tandem PPO Savings طرح‌های سلامت واجد شرایط HSA هستند که هزینه کسرپذیر بالایی دارند.
‡ فقط باید با یک طرح HSA جفت شود.

توجه: Blue Shield مشاوره مالیاتی نمی‌دهد و همچنین طرح‌های HSA، HRA، HIA، FSA یا LPFSA را نیز ارائه نمی‌دهد.

فقط برای استفاده داخلی. در این بخش چیزی ننویسید و به بخش 3 بروید.

کد بخش	شناسه گروه	شناسه زیرگروه	شناسه رده	تاریخ اجرایی شدن
--------	------------	---------------	-----------	------------------

بخش 3 - اطلاعات کارمند

شماره تأمین اجتماعی		نام (گروه) کارفرما	
نام خانوادگی		نام	
وضعیت استخدام:		عنوان/رده شغلی	
<input type="checkbox"/> تمام وقت <input type="checkbox"/> پاره وقت <input type="checkbox"/> بازنشسته نشانی خانه - (خیابان، شهر، ایالت، کد پستی)		تاریخ استخدام: _____	
مبلغ بیمه عمر زمانی گروهی پایه/بیمه AD&D: _____ مبلغ بیمه عمر افراد تحت تکفل: (همه افراد تحت تکفل واجد شرایط تحت پوشش قرار می‌گیرند)		مبلغ بیمه عمر تکمیلی (منوط به تأیید): _____ مبلغ بیمه AD&D تکمیلی (منوط به تأیید): _____	
شماره تلفن همراه		شماره تلفن ثابت	
نشانی ایمیل (برای مکاتبات الکترونیکی لازم است)			

موافقت می‌کنم که Blue Shield و نهادها و نمایندگان وابسته به آن می‌توانند درباره حساب من و برنامه‌های مختلف سلامتی و تندرستی در دسترس من و سایر اطلاعات تبلیغاتی دیگری که می‌تواند به نفع من و افراد تحت تکفل من باشد با من ارتباط برقرار بکنند، از جمله از طریق تلفن یا پیامک به شماره‌هایی که در این فرم ذکر کرده‌ام، و با استفاده از شماره‌گیر خودکار یا صداهای مصنوعی یا از پیش ضبط‌شده؛ نرخ‌های استاندارد داده ممکن است اعمال شود. بله خیر مشارکت داوطلبانه است و می‌توانید هر زمان که خواستید انصراف دهید؛ برای کسب اطلاعات بیشتر، به blueshieldca.com/terms مراجعه کنید.

راه ارتباطی دلخواه: الکترونیکی کاغذی

تاریخ تولد _____	جنسیت <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث	وضعیت تأهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> هم‌خانه قانونی
زبان دلخواه: <input type="checkbox"/> انگلیسی <input type="checkbox"/> اسپانیایی <input type="checkbox"/> چینی <input type="checkbox"/> ویتنامی <input type="checkbox"/> فارسی <input type="checkbox"/> سایر _____		

آیا همسر/هم‌خانه قانونی و/یا فرزندان تحت تکفل خود را ثبت نام می‌کنید؟ بله خیر اگر پاسخ «بله» است، بخش 4 درخواست را پر کنید.

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.

1. آیا هیسپانیک (اسپانیایی‌تبار) یا لاتین‌تبار هستید؟	2. اگر پاسخ «بله» است، لطفاً یک مورد را انتخاب کنید:	3. با کدام نژاد(ها) شناخته می‌شوید؟ (یک مورد را انتخاب کنید)
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> امتناع از پاسخ	<input type="checkbox"/> کوبایی <input type="checkbox"/> گواتمالایی <input type="checkbox"/> مکزیکی، مکزیکی-آمریکایی، چیکانو (شهروند امریکایی مکزیکی‌تبار) <input type="checkbox"/> پورتوریکویی <input type="checkbox"/> اهل ال سالوادور <input type="checkbox"/> 2 یا چند قومیت <input type="checkbox"/> سایر نژادهای هیسپانیک، لاتین‌تبار، اسپانیایی: _____	<input type="checkbox"/> سرخ‌پوست آمریکایی یا بومی آلاسکا <input type="checkbox"/> آسیایی-هندی <input type="checkbox"/> سیاه‌پوست یا آمریکایی-آفریقایی <input type="checkbox"/> کامبوجی <input type="checkbox"/> چینی <input type="checkbox"/> فیلیپینی <input type="checkbox"/> اهل جزیره گوام یا چامورو <input type="checkbox"/> همونگ <input type="checkbox"/> ژاپنی <input type="checkbox"/> کره‌ای <input type="checkbox"/> لاوسی <input type="checkbox"/> بومی هاوایی <input type="checkbox"/> ساموایی <input type="checkbox"/> ویتنامی <input type="checkbox"/> سفیدپوست <input type="checkbox"/> 2 یا چند نژاد <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> امتناع از پاسخ

اطلاعات ارائه‌دهنده HMO: وب‌سایت فهرست راهنمای Blue Shield of California: blueshieldca.com/fap/app/search.html

نام پزشک مراقبت‌های اولیه (PCP):	شماره ارائه‌دهنده:
IPA (انجمن مستقل پزشکی)/نام تیم پزشکی:	درحال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی:	شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی:
	درحال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر

بخش 4 - اطلاعات همسر/هم‌خانه قانونی/فرزندان تحت تکفل اگر شما، همسر/هم‌خانه قانونی یا فرزندان تحت تکفل شما از پوشش بیمه امتناع می‌کنید، لطفاً فرم «امتناع از پوشش بیمه» را تکمیل و امضا کنید.

نشانی فرد تحت تکفل، اگر متفاوت از نشانی کارمند است - لطفاً مشخص کنید که این قسمت در مورد کدام فرد (افراد) تحت تکفل صدق می‌کند:

آیا همه افراد تحت تکفل شما نژاد و قومیت یکسانی با فرد مشترک بیمه دارند؟ بله خیر
اگر جواب «خیر» است، لطفاً نژاد و قومیت هر یک از افراد تحت تکفل خود را وارد کنید.

فقط Dental HMO - ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی	فقط HMO و Added Advantage POS - نام پزشک مراقبت‌های اولیه	ثبت نام در (لطفاً تمام موارد موردنظرتان را علامت بزنید)	ثبت اطلاعات همسر/هم‌خانه قانونی
--	--	--	--

این عضو با چه نژاد یا قومیتی شناخته می‌شود:

نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی نام نام خانوادگی شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی در حال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	نام پزشک نام نام خانوادگی شماره ارائه‌دهنده نام/تیم پزشکی شماره تیم پزشکی در حال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> پزشکی <input type="checkbox"/> دندانپزشکی <input type="checkbox"/> چشم‌پزشکی <input type="checkbox"/> عمر تکمیلی (منوط به تأیید) \$ _____ <input type="checkbox"/> AD&D تکمیلی (منوط به تأیید) \$ _____	<input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/> هم‌خانه قانونی <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث نام حرف اول نام میانی نام خانوادگی شماره تأمین اجتماعی تاریخ تولد (سال/روز/ماه)
---	--	--	--

نشانی ایمیل (برای مکاتبات الکترونیکی لازم است)

راه ارتباطی دلخواه
 الکترونیکی کاغذی

فقط Dental HMO - ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی	فقط HMO و Added Advantage POS - نام پزشک مراقبت‌های اولیه	ثبت نام در (لطفاً تمام موارد موردنظرتان را علامت بزنید)	فرد تحت تکفل در حال ثبت نام اطلاعات فرزند(ان)
--	--	--	--

این عضو با چه نژاد یا قومیتی شناخته می‌شود:

نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی نام نام خانوادگی شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی در حال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	نام پزشک نام نام خانوادگی شماره ارائه‌دهنده نام/تیم پزشکی شماره تیم پزشکی در حال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> پزشکی <input type="checkbox"/> دندانپزشکی <input type="checkbox"/> چشم‌پزشکی <input type="checkbox"/> عمر تکمیلی (منوط به تأیید) \$ _____ <input type="checkbox"/> AD&D تکمیلی (منوط به تأیید) \$ _____	<input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث نام حرف اول نام میانی نام خانوادگی شماره تأمین اجتماعی تاریخ تولد (ماه/روز/سال) معلولیتی دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
---	--	--	---

نشانی ایمیل (برای مکاتبات الکترونیکی لازم است)

راه ارتباطی دلخواه
 الکترونیکی کاغذی

بخش 4 - اطلاعات همسر/هم‌خانه قانونی/فرزند ان تحت تکفل (ادامه)

این عضو با چه نژاد یا قومیتی شناخته می‌شود:

نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی	نام پزشک	<input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث
نام	نام	نام حرف اول نام میانی
نام خانوادگی	نام خانوادگی	نام خانوادگی
شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی	شماره ارائه‌دهنده	شماره تأمین اجتماعی
	نام/IPA تیم پزشکی	تاریخ تولد (سال/روز/ماه)
	نام/IPA تیم پزشکی	معلولیتی دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
در حال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	در حال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	راه ارتباطی دلخواه <input type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> کاغذی
نشانی ایمیل (برای مکاتبات الکترونیکی لازم است)		

این عضو با چه نژاد یا قومیتی شناخته می‌شود:

نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی	نام پزشک	<input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث
نام	نام	نام حرف اول نام میانی
نام خانوادگی	نام خانوادگی	نام خانوادگی
شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی	شماره ارائه‌دهنده	شماره تأمین اجتماعی
	نام/IPA تیم پزشکی	تاریخ تولد (سال/روز/ماه)
	نام/IPA تیم پزشکی	معلولیت دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
در حال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	در حال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	راه ارتباطی دلخواه <input type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> کاغذی
نشانی ایمیل (برای مکاتبات الکترونیکی لازم است)		

بخش 5 - ذینفع بیمه عمر

ذینفع اصلی - Blue Shield Life عایدات را به ذینفع اصلی پرداخت خواهد کرد. اگر ذینفع اصلی بیش از یک نفر باشد، عایدات به طور مساوی میان بازماندگان بیمه‌گذار تقسیم خواهد شد، مگر اینکه به نحو دیگری در قسمت % مزایا ذکر شده باشد.

نام	حرف اول نام میانی	نام خانوادگی
شماره تأمین اجتماعی	نسبت	% مزایا
نشانی	تاریخ تولد	
شهر	ایالت	کد پستی
نام	حرف اول نام میانی	نام خانوادگی
شماره تأمین اجتماعی	نسبت	% مزایا
نشانی	تاریخ تولد	
شهر	ایالت	کد پستی
ذینفع مشروط - عواید تنها در صورتی به ذینفع مشروط پرداخت خواهد شد که هیچ‌یک از بازماندگان بیمه‌گذار، ذینفع اصلی نباشند.		
نام	حرف اول نام میانی	نام خانوادگی
شماره تأمین اجتماعی	نسبت	% مزایا
نشانی	تاریخ تولد	
شهر	ایالت	کد پستی

اگر ذینفع یک امین یا شرکت است، لطفاً نام و تاریخ توافقنامه امانی و نام ایالت محل ثبت شرکت را ارائه کنید.

نام امین/شرکت	تاریخ توافق امانی	ایالت محل ثبت شرکت
---------------	-------------------	--------------------

قوانین تنصیف اموال مشترک – اگر متأهل یا هم‌خانه قانونی ساکن در یکی از ایالت‌های مشمول قانون تنصیف اموال مشترک (Idaho, California, Arizona, Louisiana, Nevada, New Mexico, Texas, Washington یا Wisconsin) باشید و نام شخص دیگری غیر از همسر/هم‌خانه قانونی خود را به عنوان ذینفع معرفی کرده باشید، این احتمال وجود دارد که پرداخت مزایا به تعویق بیفتد یا محل اختلاف قرار گیرد، مگر اینکه همسر/هم‌خانه قانونی شما نیز فرم انتخاب ذینفع را امضا کند.

با انتخاب(های) ذینفع بیان‌شده در بالا موافقم.

نام همسر/هم‌خانه قانونی با حروف درشت: _____
امضای همسر/هم‌خانه قانونی: _____
تاریخ: _____

بخش 6 – اطلاعات Medicare

1. آیا در حال حاضر شما یا یکی از افراد تحت تکفل‌تان تحت پوشش Medicare هستید؟ بله خیر
اگر پاسخ «بله» است، لطفاً یک نسخه چاپی از کارت(های) Medicare خود را ضمیمه کنید و/یا نوع پوشش خود را از بین موارد زیر انتخاب کنید:
بخش A: تاریخ اجرایی شدن: _____ (سال/روز/ماه)
بخش B: تاریخ اجرایی شدن: _____ (سال/روز/ماه)
2. آیا واجد شرایط بودن شما برای Medicare به دلیل ابتلا به بیماری کلیوی در مرحله نهایی (ESRD) است؟ بله خیر
اگر پاسخ «بله» است، لطفاً به پرسش‌های زیر پاسخ دهید:
a) اولین تاریخ درمان دیالیز چه زمانی بوده است و چه نوع دیالیزی دریافت می‌کنید؟
تاریخ _____
نوع: همودیالیز دیالیز توسط بیمار (صفاقی)
b) اگر پیوند کلیه انجام داده‌اید، تاریخ عمل پیوند چه زمانی بوده است: _____ (سال/روز/ماه)

بخش 7 – اجازه‌نامه

بخش اجازه‌نامه زیر باید توسط **همه** کارمندان که برای پوشش بیمه Blue Shield of California یا Blue Shield of California Life & Health Insurance Company («Blue Shield Life») درخواست می‌دهند امضا شود.

این ثبت‌نام بدون اجازه‌نامه امضا شده از سوی شما انجام نمی‌شود.

موافقت خود را با این موارد اعلام می‌کنم: تا جایی که می‌دانم و باور دارم، تمام اطلاعات این فرم صحیح و صادقانه است. متوجه هستم که این اطلاعات مبنای صدور پوشش بیمه در این طرح است. متوجه هستم که اگر اقدام به فریب کرده یا هریک از حقایق اساسی مرتبط با این درخواست‌نامه را عمدتاً اشتباه جلوه داده باشم، Blue Shield of California/Blue Shield Life می‌تواند یکی از اقدامات جبرانی زیر را ظرف 24 ماه اول پوشش بیمه انجام دهد: ممکن است پوشش بیمه من لغو یا پس از اطلاعیه 30 روزه فسخ شود. متوجه هستم که ممکن است تا زمانی که این درخواست و درخواست کارفرمای من به تأیید Blue Shield of California/Blue Shield Life نرسیده است، این پوشش بیمه اجرایی نشود.

امضای کارمند _____ تاریخ _____

نام کارمند با حروف بزرگ _____

به علاوه، به کارفرمای خود اجازه می‌دهم هرگونه حق بیمه لازم برای هزینه این طرح را (در صورت لزوم) از حقوق من کسر کند.

امضای کارمند _____ تاریخ _____

نام کارمند با حروف بزرگ _____

قانون کالیفرنیا برای حمایت از شما موارد زیر را در این فرم الزامی می‌کند: هر شخصی که آگاهانه اطلاعات نادرست یا جعلی را برای به دست آوردن یا اصلاح پوشش بیمه‌ای ارائه دهد یا ادعای پرداخت خسارت کند، مرتکب جرم شده و ممکن است مشمول جریمه نقدی و حبس در زندان دولتی شود.

افشای اطلاعات سلامت و اطلاعات شخصی

ما در Blue Shield of California/Blue Shield Life، از اهمیت محرمانه نگه داشتن اطلاعات شخصی شما آگاه هستیم و وظیفه خود می‌دانیم تا این کار را بسیار سخت‌گیرانه انجام دهیم. فارغ از اینکه اطلاعات شخصی شما در قالب کاغذی، الکترونیکی یا شفاهی نگهداری شود، ما به لحاظ قانونی ملزم هستیم حریم خصوصی و امنیت اطلاعات شخصی شما را حفظ کنیم. این بیانیه شامل اطلاعات شخصی مربوط به شما و افراد تحت پوشش تحت تکفل شما است که Blue Shield کسب، ایجاد و/یا نگهداری می‌کند.

ما در طول مدت اداره پوشش Blue Shield شما، اطلاعات مربوط به شما و افراد تحت پوشش تحت تکفل شما را جمع‌آوری و از آن استفاده و آن را افشا می‌کنیم و سوابق مربوط به شما، درمان پزشکی‌تان و خدمات ارائه‌شده به شما را ایجاد می‌کنیم. اطلاعات موجود در این سوابق به عنوان اطلاعات محافظت‌شده مربوط به سلامت («PHI») نامیده می‌شود و شامل اطلاعات شخصی قابل شناسایی فردی مانند نام، نشانی، شماره تلفن و شماره تأمین اجتماعی شما و همچنین اطلاعات سلامت شما، از قبیل تشخیص مراقبت سلامت یا اطلاعات ادعای خسارت است.

ما PHI مربوط به شما و/یا افراد تحت پوشش تحت تکفل شما را از طریق شما، به دستور شما و/یا با مجوز شما کسب می‌کنیم. همچنین، PHI شما را از سایر منابع قانونی مجاز، از جمله منابعی مانند ارائه‌دهنده مراقبت سلامت، بیمه‌گر، سازمان حمایتی بیمه، تبادل اطلاعات سلامت، طرح سلامت یا نماینده بیمه، کسب می‌کنیم. هدف ما از استفاده از PHI شما و افشای آن اداره پوشش Blue Shield شما و موارد دیگری است که مطابق قانون، مجاز یا الزامی است. به این منظور، ما PHI شما را برای دیگران، از جمله ارائه‌دهنده مراقبت سلامت، بیمه‌گر، سازمان حمایتی بیمه، تبادل بیمه سلامت، طرح سلامت یا نماینده بیمه شما افشا می‌کنیم.

Blue Shield به صورت مداوم یک «اطلاعیه خط مشی‌های حریم خصوصی» («اطلاعیه») را منتشر می‌کند که حقوق حریم خصوصی شما، تعهد ما به محافظت از حریم خصوصی شما و نحوه استفاده ما از PHI شما با و بدون مجوز خاص شما در آن شرح داده می‌شود. ما هنگام استفاده از PHI شما یا افشای آن، تابع مقررات «اطلاعیه» هستیم که روی تمام سوابقی که ما ایجاد، کسب و/یا حفظ می‌کنیم و حاوی PHI شما هستند، اعمال می‌شود. وقتی برای پوشش بیمه Blue Shield ثبت‌نام می‌کنید، «اطلاعیه» ما را دریافت خواهید کرد. همچنین، می‌توانید نسخه‌ای از «اطلاعیه» ما را از طریق تماس با شماره خدمات مشتریان در کارت شناسایی اعضای Blue Shield خود یا مراجعه به وبسایت ما به نشانی زیر، دریافت کنید: blueshieldca.com/bsca/about-blue-shield/privacy/confidentiality.sp. به علاوه، به کارفرمای خود اجازه می‌دهم هرگونه حق بیمه لازم برای هزینه این طرح را (در صورت لزوم) از حقوق من کسر کند.

قانون کالیفرنیا الزام به انجام آزمایش HIV (اچ‌آی‌وی) و استفاده از آن توسط شرکت‌های بیمه سلامت را به‌عنوان یکی از شرایط دریافت پوشش بیمه سلامت ممنوع کرده است.

گواهی نماینده/کارگزار

گواهی نماینده/کارگزار به ارائه این درخواست کمک می‌کند: (1) تا جایی که می‌دانم، اطلاعات این درخواست کامل و دقیق است؛ و (2) به زبانی ساده و قابل فهم، خطر ارائه اطلاعات نادرست را برای متقاضی توضیح داده‌ام و او این توضیحات را متوجه شده است.

امضای نماینده/کارگزار _____ تاریخ _____

اگر نماینده/کارگزار از نادرستی هر نوع حقایق اساسی مطلع باشد و عمدتاً آن را صحیح اعلام کند، آن شخص علاوه بر پرداخت جریمه‌های قابل اجرا یا جبران خسارت تحت قانون فعلی، به پرداخت جریمه مدنی تا ده هزار دلار (\$10,000) نیز محکوم می‌شود. هر دادستان عمومی می‌تواند یک دعوی مدنی را برای اعمال آن جریمه مدنی ارائه دهد. مبلغ این جریمه‌ها باید به «صندوق بیمه» پرداخت شود.



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)**。