blue california

Chương Trình Bảo Hiểm Nhân Thọ
Đơn Đăng Ký Ghi Danh Của Nhân Viên

Chương trình Blue Shield cho 101 nhân viên trở lên

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

Xin lưu ý: Nếu quý vị không điền thông tin đầy đủ và rõ ràng vào đơn đăng ký ghi danh này, quá trình ghi danh có thể sẽ bị chậm trễ.

Lý do đăng ký:

☐ Nhân viên mới	☐ Ngày mất bảo hiểm _____	☐ Đăng ký muộn
☐ Ngày thuê tuyển lại _____	☐ Đăng ký mở	☐ Loại sự kiện đủ điều kiện khác _____
		Ngày xảy ra sự kiện trên _____

Phần 1 – Hướng dẫn đăng ký quan trọng cho bảo hiểm Quyền lợi Chuyên khoa

Đăng ký bảo hiểm nhân thọ phụ thuộc vào các quy tắc sau:

1. Tất cả các khoản tiền Bảo hiểm Nhân thọ với Thời hạn Cơ bản dành cho các nhân viên đăng ký khi lần đầu tiên đủ điều kiện nhận quyền lợi sẽ được Bảo đảm Chi trả đầy đủ (không yêu cầu Bằng chứng về Khả năng có thể bảo hiểm). Yêu cầu phải có Bằng chứng về Khả năng có thể bảo hiểm đối với người đăng ký muộn.
2. Đối với bảo hiểm Nhân thọ Bổ sung, yêu cầu phải có Bằng chứng về Khả năng có thể bảo hiểm đối với tất cả các khoản tiền vượt mức Bảo đảm Chi trả.
3. Nhân viên phải đăng ký bảo hiểm Nhân thọ Bổ sung/AD&D (Bảo hiểm Tử vong và Thương tích do Tai nạn) cho vợ/chồng/bạn đời sống chung hoặc con cái là người phụ thuộc để đủ điều kiện cho bảo hiểm Nhân thọ Bổ sung. Vợ/Chồng/Bạn đời sống chung và/hoặc con cái là người phụ thuộc không cần phải có bảo hiểm Nhân thọ người phụ thuộc Cơ bản để đủ điều kiện nhận bảo hiểm Nhân thọ Bổ sung.

Phần 2 – Chương trình Chọn (các) chương trình thích hợp.

☐ Bảo hiểm nhân thọ/AD&D cho nhân viên có thời hạn cơ bản cho nhóm ☐ Bảo hiểm nhân thọ cơ bản cho người phụ thuộc
☐ Bảo hiểm nhân thọ có thời hạn bổ sung ☐ Bảo hiểm AD&D có thời hạn bổ sung

Lưu hành nội bộ. Không viết vào phần này và chuyển tới Phần 3.

Mã Phòng ban	ID Nhóm	ID Nhóm con	ID Lớp	Ngày có hiệu lực

Phần 3 – Thông tin Nhân viên

Số An Sinh Xã hội	**Tên của (nhóm) chủ lao động**

Họ	**Tên**	**Chữ đầu tên đệm**

Trạng thái việc làm: ☐ Toàn thời gian ☐ Bán thời gian ☐ Hưu trí	**Ngày thuê tuyển:** _____	Chức danh/phân loại công việc

Địa chỉ nhà riêng (đường, thành phố, tiểu bang, mã ZIP)	Mức tiền bảo hiểm nhân thọ/AD&D cho nhóm cơ bản có thời hạn:
	Mức tiền bảo hiểm nhân thọ cơ bản cho người phụ thuộc: (tất cả những người phụ thuộc đủ điều kiện sẽ được bảo hiểm)
Địa chỉ gửi đường bưu điện (nếu khác với địa chỉ nhà)	Mức tiền bảo hiểm Nhân thọ Bổ sung (tùy thuộc vào phê duyệt):
	Mức tiền bảo hiểm AD&D bổ sung (tùy thuộc vào phê duyệt):

Số điện thoại di động	Số điện thoại cố định	**Địa chỉ email (Bắt buộc phải có đối với liên lạc điện tử)**

Tôi đồng ý rằng Blue Shield cùng các pháp nhân liên kết và đại lý của họ có thể liên lạc với tôi về tài khoản của tôi và các chương trình sức khỏe và chất lượng cuộc sống khác có sẵn cho tôi cũng như thông tin khuyến mại khác có thể mang lại lợi ích cho tôi và những người phụ thuộc của tôi, bao gồm qua điện thoại hoặc tin nhắn tới các số điện thoại mà tôi đã liệt kê trên biểu mẫu này, sử dụng trình quay số tự động hoặc giọng nói nhân tạo hoặc ghi âm trước; áp dụng cước phí dữ liệu tiêu chuẩn. ☐ Có ☐ Không

Việc tham gia là tự nguyện và quý vị có thể chọn không tham gia bất kỳ lúc nào, để biết thêm thông tin, hãy truy cập **blueshieldca.com/terms**.

Tùy chọn liên lạc: ☐ Điện tử ☐ Giấy

Ngày sinh _____ | **Giới tính** ☐ Nam ☐ Nữ | **Tình trạng hôn nhân** ☐ Độc thân ☐ Đã kết hôn ☐ Bạn đời sống chung

Ngôn ngữ ưu tiên: ☐ Tiếng Anh ☐ Tiếng Tây Ban Nha ☐ Tiếng Trung ☐ Tiếng Việt ☐ Tiếng Ba Tư ☐ Khác _____

Quý vị đang đăng ký cho vợ/chồng/bạn đời sống chung và/hoặc người phụ thuộc là con cái ☐ Có ☐ Không Nếu "có", hãy hoàn thành Phần 4 của đơn đăng ký.

Phần 4 – Thông tin của người phụ thuộc là vợ/chồng/bạn đời sống chung/con cái Nếu quý vị, vợ/chồng/bạn đời sống chung, hoặc người phụ thuộc của quý vị từ chối bảo hiểm, vui lòng điền thông tin và ký vào mẫu Từ chối Bảo hiểm.

Địa chỉ của người phụ thuộc, nếu khác với địa chỉ của nhân viên – Vui lòng ghi rõ (những) người phụ thuộc mà mục này áp dụng:

Thông tin của vợ/chồng/bạn đời sống chung đăng ký

☐ Vợ/chồng ☐ Bạn đời sống chung Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ	Tên:	Chữ đầu tên đệm	Họ:	
	Tùy chọn liên lạc: ☐ Điện tử ☐ Giấy		**Địa chỉ email (Bắt buộc phải có đối với liên lạc điện tử)**	
	Số An Sinh Xã Hội:	Ngày sinh (tháng/ngày/năm)	Mức tiền bảo hiểm Nhân thọ Bổ sung (tùy thuộc vào phê duyệt):	Mức tiền bảo hiểm AD&D bổ sung (tùy thuộc vào phê duyệt):

Thông tin của người phụ thuộc là con cái đăng ký

Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ	Tên:	Chữ đầu tên đệm	Họ:	
	Tùy chọn liên lạc (nếu đủ 12 tuổi): ☐ Điện tử ☐ Giấy		**Địa chỉ email (Bắt buộc phải có đối với liên lạc điện tử)**	
	Số An Sinh Xã Hội:	Ngày sinh (tháng/ngày/năm)	Mức tiền bảo hiểm Nhân thọ Bổ sung (tùy thuộc vào phê duyệt):	Mức tiền bảo hiểm AD&D bổ sung (tùy thuộc vào phê duyệt):
Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ	Tên:	Chữ đầu tên đệm	Họ:	
	Tùy chọn liên lạc (nếu đủ 12 tuổi): ☐ Điện tử ☐ Giấy		**Địa chỉ email (Bắt buộc phải có đối với liên lạc điện tử)**	
	Số An Sinh Xã Hội:	Ngày sinh (tháng/ngày/năm)	Mức tiền bảo hiểm Nhân thọ Bổ sung (tùy thuộc vào phê duyệt):	Mức tiền bảo hiểm AD&D bổ sung (tùy thuộc vào phê duyệt):
Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ	Tên:	Chữ đầu tên đệm	Họ:	
	Tùy chọn liên lạc (nếu đủ 12 tuổi): ☐ Điện tử ☐ Giấy		**Địa chỉ email (Bắt buộc phải có đối với liên lạc điện tử)**	
	Số An Sinh Xã Hội:	Ngày sinh (tháng/ngày/năm)	Mức tiền bảo hiểm Nhân thọ Bổ sung (tùy thuộc vào phê duyệt):	Mức tiền bảo hiểm AD&D bổ sung (tùy thuộc vào phê duyệt):

Phần 5 – Người thụ hưởng bảo hiểm nhân thọ

Người thụ hưởng chính – Blue Shield Life sẽ chi trả tiền cho người thụ hưởng chính. Nếu có nhiều hơn một người được chọn là người thụ hưởng chính, số tiền sẽ được chia đều cho những người được bảo hiểm còn sống, trừ khi có quy định khác về mức % quyền lợi.

Tên	Chữ đầu tên đệm	Họ	
Số An Sinh Xã hội	Mối quan hệ	% quyền lợi	Ngày sinh
Địa chỉ			
Thành phố		Tiểu bang	Mã ZIP
Tên	Chữ đầu tên đệm	Họ	
Số An Sinh Xã hội	Mối quan hệ	% quyền lợi	Ngày sinh
Địa chỉ			
Thành phố		Tiểu bang	Mã ZIP

Người thụ hưởng phụ – Số tiền sẽ chỉ được chi trả cho người thụ hưởng phụ khi không có người thụ hưởng chính nào còn sống sau sự kiện được bảo hiểm.

Tên	Chữ đầu tên đệm	Họ	
Số An Sinh Xã hội	Mối quan hệ	% quyền lợi	Ngày sinh
Địa chỉ			
Thành phố		Tiểu bang	Mã ZIP

Nếu người thụ hưởng là quỹ tín thác hoặc công ty, vui lòng cung cấp tên và ngày của thỏa thuận tín thác và tuyên bố thành lập công ty.

Tên của quỹ tín thác/công ty	Ngày tín thác	Tuyên bố thành lập công ty

LUẬT TÀI SẢN CỘNG ĐỒNG – Nếu quý vị đã kết hôn hoặc có bạn đời sống chung, và sống tại tiểu bang có quy định về tài sản sở hữu cộng đồng (Arizona, California, Idaho, Louisiana, Nevada, New Mexico, Texas, Washington hoặc Wisconsin), và chỉ định người thụ hưởng không phải vợ/chồng/bạn đời sống chung của quý vị thì khoản tiền chi trả quyền lợi có thể sẽ bị hoãn lại hoặc tranh chấp, trừ khi vợ/chồng/bạn đời sống chung của quý vị cũng ký vào phần chỉ định người thụ hưởng.

Tôi đồng ý với (các) chỉ định người thụ hưởng đã ghi ở trên.

Tên viết in của vợ/chồng/bạn đời sống chung: _____

Chữ ký của vợ/chồng/bạn đời sống chung: _____ Ngày:_____

Phần 6 – Ủy quyền

Phần ủy quyền sau đây phải được ký tên bởi **tất cả** các nhân viên đăng ký bảo hiểm với Blue Shield of California Life & Health Insurance Company ("Blue Shield Life").

Quá trình ghi danh này sẽ không được xử lý nếu thiếu giấy ủy quyền đã ký kết của quý vị.

Tôi đồng ý: Tất cả thông tin trên biểu mẫu này là chính xác và đúng với sự hiểu biết và niềm tin tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng đó là cơ sở để bảo hiểm có thể được cung cấp theo chương trình. Tôi hiểu rằng nếu tôi phạm tội lừa đảo hoặc cố ý xuyên tạc bất kỳ sự thật quan trọng nào liên quan đến đơn đăng ký này, Blue Shield of California/Blue Shield Life có thể thực hiện một trong những biện pháp sau trong vòng 24 tháng bảo hiểm đầu tiên: bảo hiểm của tôi có thể bị hủy hoặc bị xóa bỏ. Tôi hiểu rằng bảo hiểm sẽ không có hiệu lực cho đến khi tài liệu này và đơn đăng ký của chủ lao động của tôi được Blue Shield of California/Blue Shield Life phê duyệt.

Chữ ký của nhân viên_____ Ngày _____

Tên viết in hoa của nhân viên _____

Tôi cũng ủy quyền cho chủ lao động trích tiền lương của tôi để thanh toán các khoản đóng góp bắt buộc (nếu có) cho chi phí của chương trình này.

Chữ ký của nhân viên _____ Ngày _____

Tên viết in hoa của nhân viên _____

Để bảo vệ quý vị, luật pháp California yêu cầu điều sau phải xuất hiện trên mẫu đơn này: Bất kỳ người nào cố ý cung cấp thông tin sai lệch hoặc gian lận để có được bảo hiểm hoặc sửa đổi bảo hiểm hoặc để yêu cầu thanh toán tổn thất đều là hành vi phạm tội và có thể phải chịu bị phạt tiền và giam giữ trong nhà tù tiểu bang.

Tiết lộ thông tin cá nhân và sức khỏe

Tại Blue Shield Life, chúng tôi thấu hiểu tầm quan trọng của việc giữ bí mật thông tin cá nhân và chúng tôi rất nghiêm túc thực hiện nghĩa vụ này. Chúng tôi phải duy trì sự riêng tư và bảo mật thông tin cá nhân của quý vị ở bất kỳ định dạng lưu trữ nào – giấy, điện tử hoặc bằng miệng. Tuyên bố này áp dụng cho thông tin cá nhân về quý vị và những người phụ thuộc được bảo hiểm của quý vị mà Blue Shield có được, tạo ra và/hoặc duy trì.

Trong quá trình quản lý bảo hiểm Blue Shield Life của quý vị, chúng tôi thu thập, sử dụng và tiết lộ thông tin về quý vị và những người phụ thuộc được bảo hiểm của quý vị, chúng tôi cũng tạo hồ sơ về quý vị và các dịch vụ chúng tôi cung cấp cho quý vị. Thông tin trong các hồ sơ này bao gồm thông tin có khả năng nhận diện cá nhân, ví dụ như tên, địa chỉ, số điện thoại và số An Sinh Xã Hội, cũng như các thông tin về sức khỏe của quý vị, chẳng hạn như chẩn đoán y tế hoặc thông tin về yêu cầu bảo hiểm.

Chúng tôi có được thông tin cá nhân về quý vị và/hoặc người phụ thuộc được bảo hiểm của quý vị, theo hướng dẫn của quý vị và/hoặc với sự cho phép của quý vị. Chúng tôi cũng có được thông tin này từ các nguồn khác theo sự cho phép của pháp luật, ví dụ như từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, công ty bảo hiểm, tổ chức hỗ trợ bảo hiểm, chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc đại lý bảo hiểm của quý vị. Chúng tôi sử dụng và tiết lộ thông tin cá nhân của quý vị để quản lý bảo hiểm Blue Shield Life của quý vị và các mục đích khác theo quy định của pháp luật. Khi thực hiện điều này, chúng tôi cũng có thể sẽ tiết lộ thông tin cá nhân của quý vị cho những người khác, ví dụ như nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, công ty bảo hiểm, tổ chức hỗ trợ bảo hiểm, chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc đại lý bảo hiểm của quý vị.

Blue Shield Life duy trì Thông báo về Thông lệ Quyền riêng tư GLBA ("Thông báo GLBA") mô tả các quyền riêng tư của quý vị, nghĩa vụ của chúng tôi về bảo vệ quyền riêng tư của quý vị và cách chúng tôi sử dụng thông tin cá nhân của quý vị khi có và không có sự cho phép cụ thể của quý vị. Khi chúng tôi sử dụng hoặc tiết lộ thông tin cá nhân của quý vị, chúng tôi bị ràng buộc bởi các điều khoản của Thông báo GLBA, điều này áp dụng cho tất cả các hồ sơ mà chúng tôi tạo ra, thu được và/hoặc duy trì và có chứa thông tin cá nhân của quý vị. Quý vị sẽ nhận được Thông báo GLBA của chúng tôi khi quý vị đăng ký bảo hiểm Blue Shield Life. Quý vị cũng có thể nhận được bản sao Thông báo GLBA của chúng tôi bằng cách gọi đến số dịch vụ khách hàng trên thẻ ID thành viên Blue Shield của quý vị hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại: **blueshieldca.com/bsca/about-blue-shield/privacy/GLBA_Notice_of_privacy_practices.sp**.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association C15390-L-REV-FF-VI_0124

blue california

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)**。