Đơn Đăng Ký Chương Trình Bảo Hiểm Nha Khoa, Nhãn Khoa và Gói Bảo Hiểm Nha Khoa + Nhãn Khoa
Blue Shield of California
Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

Mẫu đơn này dành cho người đăng ký chương trình bảo hiểm nha khoa, nhãn khoa hoặc gói bảo hiểm nha khoa + nhãn khoa IFP Specialty Duo℠ của Blue Shield. Vui lòng gửi kèm lệ phí/phí bảo hiểm của tháng đầu tiên để tránh bị trả lại đơn.

Quý vị đủ điều kiện tham gia các chương trình bảo hiểm nha khoa, nhãn khoa hoặc gói nha khoa + nhãn khoa Specialty Duo℠ Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe Cá nhân và Gia đình (IFP, Individual and Family Plan) nếu quý vị là công dân tiểu bang California tại thời điểm ghi danh. Nếu bất kỳ chương trình nha khoa hoặc nhãn khoa Blue Shield IFP nào của quý vị bị huỷ bỏ vì bất kỳ lý do nào (bởi chính quý vị hoặc bởi Blue Shield), quý vị phải đợi sáu tháng kể từ ngày huỷ bỏ trước khi đăng ký lại.

Phần 1 – Thông tin phạm vi bảo hiểm

Lý do đăng ký (chọn một):
☐ Bắt đầu đăng ký mới ☐ Chuyển sang chương trình khác ☐ Thêm thành viên gia đình phụ thuộc vào chương trình bảo hiểm hiện có
Ngày có hiệu lực được yêu cầu: _____

Các lựa chọn bảo hiểm:

Chương trình nha khoa:		**Chương trình nhãn khoa:**	**Gói Nha khoa + Nhãn khoa**
☐ Dental HMO	☐ Enhanced Dental PPO 50/2000	☐ Ultimate Vision 15/25/120*	☐ Specialty Duo℠ gói (nha khoa + nhãn khoa)*
☐ Dental Standard HMO	☐ Enhanced Dental PPO 50/2000 Lifetime Ortho 1500		
☐ Dental PPO			
☐ Dental PPO 1500			

Chỉ dành cho người đăng ký các chương trình Dental HMO – vui lòng chọn một nha sĩ từ *Danh Bạ Nhà Cung Cấp* tại **blueshieldca.com/fad**, hoặc gọi **(888) 256-3650 (TTY: 711)**, từ 7 giờ sáng đến 8 giờ tối theo Giờ Thái Bình Dương, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu và từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, vào Thứ Bảy theo giờ Thái Bình Dương.

Tên của nhà cung cấp dịch vụ Dental HMO: _____ Số điện thoại của nhà cung cấp dịch vụ Dental HMO: _____

Các chương trình Dental HMO và Dental Standard HMO không được cung cấp tại một số mã ZIP nhất định, bao gồm tất cả các quận Alpine, Amador, Butte, Calaveras, Colusa, Del Norte, Glenn, Humboldt, Lake, Lassen, Marin, Mendocino, Modoc, Napa, Nevada, Plumas, San Luis Obispo, Santa Barbara, Shasta, Sierra, Siskiyou, Sonoma, Sutter, Tehama, Trinity, Tuolumne và Yuba.

Lựa chọn bảo hiểm nhân thọ*: Bảo hiểm nhân thọ khả dụng cho người đăng ký từ 1 tuổi đến 64 tuổi. Bảo hiểm được cung cấp với số tiền bắt đầu từ $10,000 đến tối đa $100,000. Một số điều kiện áp dụng cho số tiền quyền lợi từ $50,000 trở lên. Để có thể mua bảo hiểm nhân thọ, phải hoàn tất một đơn đăng ký bảo hiểm nhân thọ riêng. Để biết mức giá bảo hiểm nhân thọ và đăng ký bảo hiểm, vui lòng truy cập vào trang web của chúng tôi tại **blueshieldca.com/term-life**.

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

Lưu ý: Các mẫu đơn Tóm Tắt về Quyền Lợi và Bảo Hiểm Nha Khoa (SDBC) sẵn có cho tất cả các chương trình bảo hiểm nha khoa. Các mẫu đơn này tóm tắt bảo hiểm và quyền lợi cho các chương trình. Đăng nhập vào **blueshieldca.com/policies** để tải về các mẫu đơn SDBC cho bất kỳ chương trình nha khoa nào mà quý vị đã đăng ký.

Phần 2 – Thông tin người đăng ký tham gia chính

Số An Sinh Xã Hội/mã số thuế của người đăng ký	Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ	Ngày sinh (tháng/ngày/năm)	Đã kết hôn: ☐ Có ☐ Không Bạn đời sống chung: ☐ Có ☐ Không

Tên	Tên đệm viết tắt	Họ

Quý vị hiện nay có bảo hiểm nha khoa thông qua Blue Shield hay không? ☐ Có ☐ Không	Nếu có, vui lòng cho biết chương trình của quý vị	Số ID của người đăng ký nha khoa (nếu có)
Quý vị hiện nay có bảo hiểm y tế thông qua Blue Shield không? ☐ Có ☐ Không	Nếu có, vui lòng cho biết chương trình của quý vị	Số ID của người đăng ký y tế (nếu có)
Quý vị hiện nay có bảo hiểm nhãn khoa thông qua Blue Shield không? ☐ Có ☐ Không	Nếu có, vui lòng cho biết chương trình của quý vị	Số ID của người đăng ký nhãn khoa (nếu có)

Chủ lao động có cung cấp khoản tiền để hỗ trợ quý vị chi trả cho chương trình bảo hiểm y tế cá nhân (đôi khi được gọi là HRA Bảo Hiểm Cá Nhân hay ICHRA, hoặc HRA Cho Chủ Lao Động Quy Mô Nhỏ Đủ Điều Kiện hay QSEHRA) không? ☐ Có ☐ Không

Tùy chọn liên lạc ☐ Điện tử ☐ Giấy	Số điện thoại di động của người đăng ký	Số điện thoại khác của người đăng ký (không phải di động)	Số điện thoại nơi làm việc của người đăng ký

Tên viết tắt của người đăng ký chính _____

Bằng việc cung cấp thông tin liên lạc của tôi trên biểu mẫu này, tôi đồng ý rằng Blue Shield cùng các pháp nhân liên kết và đại lý của mình có thể liên lạc với tôi về tài khoản của tôi và các chương trình sức khỏe và chất lượng cuộc sống khác nhau được cung cấp miễn phí cho tôi, bao gồm liên lạc qua điện thoại hoặc tin nhắn bằng cách sử dụng trình quay số tự động hoặc giọng nói nhân tạo hoặc ghi âm trước. Có thể áp dụng cước dữ liệu tiêu chuẩn.

Tôi đồng ý rằng Blue Shield cùng các pháp nhân liên kết và đại lý của mình có thể liên lạc với tôi về thông tin khuyến mại có thể mang lại lợi ích cho tôi và những người phụ thuộc của tôi, bao gồm liên lạc qua điện thoại hoặc tin nhắn đến 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. Việc tham gia là hoàn toàn tự nguyện và quý vị có thể chọn không tham gia bất cứ lúc nào. Có thể áp dụng cước dữ liệu tiêu chuẩn. ☐ Có ☐ Không

Địa chỉ email của người đăng ký **(Bắt buộc phải có đối với liên lạc điện tử)**

Địa chỉ nhà (**KHÔNG DÙNG** Hộp thư bưu điện)		Số căn hộ
Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP
Địa chỉ gửi hóa đơn của người đăng ký (nếu khác với địa chỉ nhà)		Số căn hộ
Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP
Địa chỉ gửi đường bưu điện của người đăng ký (nếu khác với địa chỉ nhà)		Số căn hộ
Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP

Phương thức liên lạc ưu tiên (chọn một):
☐ Điện thoại nhà riêng/khác ☐ Điện thoại nơi làm việc ☐ Điện thoại di động ☐ Email ☐ Thư thường

Cho biết ngôn ngữ ưu tiên:
☐ Tiếng Anh ☐ Tiếng Tây Ban Nha ☐ Tiếng Trung ☐ Tiếng Việt ☐ Tiếng Hàn ☐ Khác _____

Phần 3(a) – Thông tin của đương đơn phụ thuộc là vợ/chồng/người cùng chung sống

☐ Vợ/chồng ☐ Bạn đời sống chung Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ

Tên	Tên đệm viết tắt	Họ (nếu khác với ở trên)
Số An Sinh Xã Hội/Mã số thuế của người đăng ký		Ngày sinh (tháng/ngày/năm)

Nơi cư ngụ của vợ/chồng/bạn đời sống chung có cùng với nơi cư ngụ của người đăng ký chính không? ☐ Có ☐ Không
Nếu không, người đăng ký này sống ở đâu? (địa chỉ, bao gồm mã ZIP và tiểu bang)

Tùy chọn liên lạc: ☐ Điện tử ☐ Giấy	Số điện thoại di động của người đăng ký	Số điện thoại khác của người đăng ký (không phải di động)

Địa chỉ email của người đăng ký **(Bắt buộc phải có đối với liên lạc điện tử)**

Tôi được vợ/chồng/bạn đời của tôi ủy quyền để thay mặt cho họ đồng ý rằng bằng cách cung cấp thông tin liên lạc của họ trên biểu mẫu này, Blue Shield cùng các pháp nhân liên kết và đại lý của mình có thể liên lạc với họ về tài khoản của chúng tôi và các chương trình sức khỏe và chất lượng cuộc sống khác được cung cấp miễn phí cho chúng tôi, bao gồm liên lạc qua điện thoại hoặc tin nhắn, sử dụng trình quay số tự động hoặc giọng nói nhân tạo hoặc ghi âm trước. Có thể áp dụng cước dữ liệu tiêu chuẩn.

Phần 3(b) – Thông tin người đăng ký phụ thuộc là con cái

Con cái phụ thuộc phải dưới 26 tuổi. Nếu có nhiều hơn tám người con phụ thuộc nộp đơn đăng ký bảo hiểm, vui lòng đính kèm trang bổ sung cung cấp tất cả thông tin được liệt kê dưới đây, chữ ký của quý vị và ngày tháng.
Đánh dấu chọn ở đây nếu có đính kèm trang bổ sung. ☐

1. ☐ Nam ☐ Nữ	Mối quan hệ (ví dụ: con trai/con gái)	
Tên	Tên đệm viết tắt	Họ (nếu khác với ở trên)
Số An Sinh Xã Hội/mã số thuế của người đăng ký		Ngày sinh (tháng/ngày/năm)

Nơi cư ngụ của người đăng ký là con cái phụ thuộc có cùng với của người đăng ký chính không? ☐ Có ☐ Không
Nếu không, người đăng ký này sống ở đâu? (địa chỉ, bao gồm mã ZIP và tiểu bang)

Tên viết tắt của người đăng ký chính _____

2. ☐ Nam ☐ Nữ	Mối quan hệ (ví dụ: con trai/con gái)	
Tên	Tên đệm viết tắt	Họ (nếu khác với ở trên)
Số An Sinh Xã Hội/mã số thuế của người đăng ký		Ngày sinh (tháng/ngày/năm)
Nơi cư ngụ của người đăng ký là con cái phụ thuộc có cùng với của người đăng ký chính không? ☐ Có ☐ Không Nếu không, người đăng ký này sống ở đâu? (địa chỉ, bao gồm mã ZIP và tiểu bang)		

3. ☐ Nam ☐ Nữ	Mối quan hệ (ví dụ: con trai/con gái)	
Tên	Tên đệm viết tắt	Họ (nếu khác với ở trên)
Số An Sinh Xã Hội/mã số thuế của người đăng ký		Ngày sinh (tháng/ngày/năm)
Nơi cư ngụ của người đăng ký là con cái phụ thuộc có cùng với của người đăng ký chính không? ☐ Có ☐ Không Nếu không, người đăng ký này sống ở đâu? (địa chỉ, bao gồm mã ZIP và tiểu bang)		

4. ☐ Nam ☐ Nữ	Mối quan hệ (ví dụ: con trai/con gái)	
Tên	Tên đệm viết tắt	Họ (nếu khác với ở trên)
Số An Sinh Xã Hội/mã số thuế của người đăng ký		Ngày sinh (tháng/ngày/năm)
Nơi cư ngụ của người đăng ký là con cái phụ thuộc có cùng với của người đăng ký chính không? ☐ Có ☐ Không Nếu không, người đăng ký này sống ở đâu? (địa chỉ, bao gồm mã ZIP và tiểu bang)		

5. ☐ Nam ☐ Nữ	Mối quan hệ (ví dụ: con trai/con gái)	
Tên	Tên đệm viết tắt	Họ (nếu khác với ở trên)
Số An Sinh Xã Hội/mã số thuế của người đăng ký		Ngày sinh (tháng/ngày/năm)
Nơi cư ngụ của người đăng ký là con cái phụ thuộc có cùng với của người đăng ký chính không? ☐ Có ☐ Không Nếu không, người đăng ký này sống ở đâu? (địa chỉ, bao gồm mã ZIP và tiểu bang)		

6. ☐ Nam ☐ Nữ	Mối quan hệ (ví dụ: con trai/con gái)	
Tên	Tên đệm viết tắt	Họ (nếu khác với ở trên)
Số An Sinh Xã Hội/mã số thuế của người đăng ký		Ngày sinh (tháng/ngày/năm)
Nơi cư ngụ của người đăng ký là con cái phụ thuộc có cùng với của người đăng ký chính không? ☐ Có ☐ Không Nếu không, người đăng ký này sống ở đâu? (địa chỉ, bao gồm mã ZIP và tiểu bang)		

7. ☐ Nam ☐ Nữ	Mối quan hệ (ví dụ: con trai/con gái)	
Tên	Tên đệm viết tắt	Họ (nếu khác với ở trên)
Số An Sinh Xã Hội/mã số thuế của người đăng ký		Ngày sinh (tháng/ngày/năm)
Nơi cư ngụ của người đăng ký là con cái phụ thuộc có cùng với của người đăng ký chính không? ☐ Có ☐ Không Nếu không, người đăng ký này sống ở đâu? (địa chỉ, bao gồm mã ZIP và tiểu bang)		

8. ☐ Nam ☐ Nữ	Mối quan hệ (ví dụ: con trai/con gái)	
Tên	Tên đệm viết tắt	Họ (nếu khác với ở trên)
Số An Sinh Xã Hội/mã số thuế của người đăng ký		Ngày sinh (tháng/ngày/năm)

Tên viết tắt của người đăng ký chính _____

Nơi cư ngụ của người đăng ký là con cái phụ thuộc có cùng với của người đăng ký chính không? ☐ Có ☐ Không
Nếu không, người đăng ký này sống ở đâu? (địa chỉ, bao gồm mã ZIP và tiểu bang)

Phần 4 – Ủy quyền, các điều khoản và điều kiện

Vui lòng đọc kỹ các điều khoản và điều kiện sau đây. Mỗi người đăng ký trên 18 tuổi phải xem lại đơn xin hoàn chỉnh và cung cấp sự ủy quyền của riêng họ cũng như chữ ký riêng của mình. Giữ lại một bản của đơn xin này để lưu hồ sơ của quý vị.

1. **Đơn đăng ký tham gia bảo hiểm:** Tôi hiểu rằng Blue Shield có quyền từ chối đơn đăng ký bảo hiểm của tôi. Tôi cũng hiểu rằng tôi phải đang cư trú tại California để đủ điều kiện ghi danh tham gia chương trình/gói bảo hiểm này. Tôi sẽ thông báo cho Blue Shield biết về bất kỳ thay đổi nào đối với điều kiện hội đủ của tôi để tham gia chương trình nha khoa, chương trình nhãn khoa, hoặc gói nha khoa + nhãn khoa Specialty Duo℠. Tôi cũng đồng ý cung cấp thông tin mà Blue Shield yêu cầu để xác minh điều kiện hội đủ của tôi, hoặc tiếp tục điều kiện hội đủ để nhận bảo hiểm, và hiểu rằng việc không hợp tác có thể dẫn đến hủy bảo hiểm. Nếu quý vị sử dụng một người môi giới để hỗ trợ quá trình đăng ký thì khoản thù lao của họ sẽ dựa trên tỷ lệ phần trăm của tổng phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị. Khoản tiền này do Blue Shield chi trả. Phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị sẽ giữ nguyên, cho dù quý vị có chọn sử dụng người môi giới hay không. Ngoài ra, người môi giới của quý vị có thể nhận được khoản tiền thưởng nếu đạt được các ngưỡng bán hàng nhất định.
2. **Lệ phí/phí bảo hiểm tháng đầu tiên:** Blue Shield yêu cầu nộp lệ phí/phí bảo hiểm của tháng đầu tiên tại thời điểm nộp đơn. Tìm hiểu lệ phí/phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị bằng cách truy cập vào địa chỉ **buyblueshieldca.com** hoặc liên lạc với đại lý của quý vị. Tham khảo Phần 6 về các lựa chọn thanh toán. Nếu không nộp đủ phí/phí bảo hiểm thì đơn đăng ký tham gia của quý vị sẽ bị trả lại. Vui lòng lưu ý rằng việc xử lý thanh toán của quý vị không có nghĩa là đơn xin của quý vị với Blue Shield hoặc Blue Shield Life được chấp thuận. Nếu quý vị gửi bằng séc, thì séc sẽ bị hủy.
3. **Phí/phí bảo hiểm:** Phí/phí bảo hiểm phải được thanh toán đầy đủ và đúng hạn. Bảo hiểm sẽ bị hủy bỏ nếu không thanh toán phí/phí bảo hiểm đúng thời hạn như được trình bày trong *Chứng Từ Bảo Hiểm và Thỏa thuận về Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe*/Đơn bảo hiểm mà luật pháp cho phép.
4. **Ngày bảo hiểm có hiệu lực:** Nếu quý vị đủ điều kiện được nhận bảo hiểm, Blue Shield sẽ thông báo cho quý vị biết về ngày có hiệu lực của khoản bao trả. Nếu Blue Shield không thể chấp nhận ngày có hiệu lực theo yêu cầu của quý vị, hoặc không thể bảo hiểm trước ngày có hiệu lực theo yêu cầu, thì bảo hiểm sẽ bắt đầu trong thời gian sớm nhất có thể. Các khoản chi phí/ phí bảo hiểm còn nợ phải được thanh toán trước khi bảo hiểm có hiệu lực. Bất kỳ khoản phí phát sinh nào đối với các dịch vụ nhận được trước ngày có hiệu lực của quý vị hoặc sau khi hủy bỏ hoặc chấm dứt bảo hiểm sẽ không được chi trả.
5. **Chấp nhận đơn:** Quý vị hiểu rằng chỉ Blue Shield có thể chấp nhận đơn xin của quý vị và cấp khoản bao trả đối với chương trình hoặc đơn bảo hiểm theo yêu cầu trong mẫu đơn này. Đại lý hoặc người môi giới của quý vị không thể cấp phát hoặc đăng ký cho quý vị tham gia bảo hiểm hay thay đổi bất kỳ điều khoản hay điều kiện bảo hiểm nào.
6. **Cha mẹ/người giám hộ:** Nếu quý vị là cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của người đăng ký là trẻ vị thành niên, vui lòng ký tên thay cho người đăng ký ở cuối Phần 4 này. Là cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp, quý vị được xác nhận là người có thể tìm hiểu và hành động thay mặt người đăng ký về bảo hiểm này (như pháp luật đã cho phép). Ngoài ra, quý vị đồng ý đảm đương tất cả trách nhiệm thanh toán phí/phí bảo hiểm và tuân theo những điều khoản và điều kiện bảo hiểm. Nếu quý vị không phải là cha mẹ của người đăng ký, vui lòng đính kèm giấy tờ của tòa chỉ định quý vị làm người giám hộ của trẻ vị thành niên này. Đánh dấu một trong các ô sau đây và xác minh người được phép thay mặt trẻ vị thành niên này (người đăng ký):
   ☐ Chỉ có Phụ huynh _____
   (bao gồm tên và mối quan hệ); hoặc
   ☐ Chỉ có Người giám hộ hợp pháp _____
   (bao gồm tên và mối quan hệ); hoặc
   ☐ Người chỉ định theo lệnh hỗ trợ trẻ em đủ tiêu chuẩn y khoa _____
   (bao gồm tên và mối quan hệ).
   ☐ Đánh dấu ô này nếu Blue Shield chỉ được thay đổi hợp đồng khi có văn bản yêu cầu của người được xác nhận ở trên.
7. **Ủy quyền vợ/chồng/bạn đời sống chung thực hiện thay đổi:** Nếu quý vị là một người đăng ký có vợ/chồng/người cùng chung sống cũng đang nộp đơn đăng ký bảo hiểm, vui lòng nêu rõ liệu quý vị có ủy quyền cho vợ/chồng/người cùng chung sống của quý vị thực hiện thay đổi hợp đồng/đơn bảo hiểm thay mặt quý vị không. Quý vị có thể ngừng sự ủy quyền này bất kỳ lúc nào bằng cách gửi văn bản yêu cầu tới Blue Shield. ☐ **Có** ☐ **Không**
8. **Ủy quyền cho đại lý của quý vị cung cấp/nhận thông tin:** Bằng cách để trống ô này, quý vị ủy quyền cho đại lý bảo hiểm, người môi giới hoặc đại lý cấp cao (gọi là "đại lý của quý vị") tiếp cận tất cả thông tin trên đơn đăng ký tham gia này. Đánh dấu vào ô này nếu quý vị **không muốn** cung cấp cho đại lý của quý vị ủy quyền này. ☐
9. **Quy trình ủy quyền cho Blue Shield tiết lộ thông tin cá nhân và sức khỏe cho bên thứ ba:** Nếu quý vị muốn ủy quyền cho vợ/chồng, bạn đời sống chung hoặc bên thứ ba truy cập thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị, vui lòng hoàn tất mẫu đơn có tiêu đề Authorization for the Use or Disclosure of Health Information (Cho phép Sử dụng hoặc Tiết lộ Thông tin Sức khỏe). Để có được mẫu đơn này, hãy truy cập **blueshieldca.com/privacy** hoặc gọi **(888) 256-3650**.
10. **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.**
11. **Trả lời thông tin được yêu cầu:** Quý vị đồng ý hợp tác với Blue Shield (hoặc Blue Shield Life, khi phù hợp) bằng cách cung cấp, hoặc cho phép truy cập, tài liệu và những thông tin khác được yêu cầu (như lệnh của tòa án để cung cấp bảo hiểm cho người phụ thuộc, v.v.) để chứng minh thông tin được cung cấp trong đơn đăng ký tham gia bảo hiểm này. Quý vị xác nhận và đồng ý rằng việc không cung cấp hoặc từ chối cung cấp những tài liệu hoặc thông tin được yêu cầu này có thể dẫn đến việc từ chối đơn đăng ký này hoặc thu hồi hay hủy bảo hiểm của quý vị.

Tên viết tắt của người đăng ký chính _____

12. **Nhận tài liệu và liên lạc qua phương tiện điện tử thay vì bản in:** Quý vị sẽ nhận được chương trình phúc lợi theo yêu cầu và tài liệu liên quan đến bảo hiểm và thư từ liên lạc qua email, tại **blueshieldca.com/policies**, và/hoặc bằng cách đăng nhập trang web Blue Shield **blueshieldca.com**, nếu áp dụng. Các tài liệu được cung cấp cho quý vị dưới dạng điện tử bao gồm:
    - Thẻ nhận dạng (ID) người đăng ký Blue Shield
    - Tuyên bố Quyền lợi (SOB)
    - *Chứng từ Bảo hiểm và Thỏa thuận về Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe* (EOC)/Đơn bảo hiểm
    - Tóm tắt Quyền lợi Nha khoa và Phạm vi Bao trả (SDBC)

    Quý vị có quyền nhận bản tài liệu in qua bưu điện miễn phí vào bất kỳ thời điểm nào.

    Để nhận các tài liệu in bằng thư, để chọn không tham gia vào các liên lạc qua email, hoặc nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi **(888) 256-3650**.

Tôi đã xem xét mọi câu trả lời có liên quan đến tôi trong đơn xin này. Tôi đã đọc bản Tóm tắt Quyền lợi Nha khoa và Bảo hiểm, nếu thích hợp, Tóm Tắt Quyền Lợi cùng các điều khoản và điều kiện bảo hiểm và ủy quyền đã nêu ở trên. Bằng chữ ký của tôi bên dưới, tôi đảm bảo rằng thông tin được cung cấp trong đơn đăng ký này là hoàn chỉnh và chính xác theo sự hiểu biết chính xác nhất của tôi, và tôi hiểu và đồng ý với các điều khoản và điều kiện bảo hiểm và sự uỷ quyền mà tôi đã cung cấp. (Quan trọng: Mỗi người đăng ký là người lớn phải tự ký tên.) Tôi hiểu rằng tôi phải thông báo cho Blue Shield biết nếu có bất kỳ điều gì thay đổi hoặc khác với những gì tôi đã ghi trong đơn đăng ký này trước khi tôi bắt đầu đăng ký với Blue Shield.

Chữ ký của người đăng ký (cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp, nếu người đăng ký là trẻ nhỏ)	Hôm nay ngày	Tên viết in (và mối quan hệ của quý vị nếu người đăng ký là trẻ vị thành niên)
Chữ ký của người đăng ký (cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp, nếu người đăng ký là trẻ nhỏ)	Hôm nay ngày	Tên viết in (và mối quan hệ của quý vị nếu người đăng ký là trẻ vị thành niên)
Chữ ký của vợ/chồng/bạn đời sống chung của người đăng ký (nếu đang nộp đơn)	Hôm nay ngày	Tên viết in
Chữ ký của thành viên gia đình 18 tuổi trở lên (nếu đang nộp đơn)	Hôm nay ngày	Tên viết in
Chữ ký của thành viên gia đình 18 tuổi trở lên (nếu đang nộp đơn)	Hôm nay ngày	Tên viết in
Chữ ký của thành viên gia đình 18 tuổi trở lên (nếu đang nộp đơn)	Hôm nay ngày	Tên viết in
Chữ ký của thành viên gia đình 18 tuổi trở lên (nếu đang nộp đơn)	Hôm nay ngày	Tên viết in
Chữ ký của thành viên gia đình 18 tuổi trở lên (nếu đang nộp đơn)	Hôm nay ngày	Tên viết in
Chữ ký của thành viên gia đình 18 tuổi trở lên (nếu đang nộp đơn)	Hôm nay ngày	Tên viết in
Chữ ký của thành viên gia đình 18 tuổi trở lên (nếu đang nộp đơn)	Hôm nay ngày	Tên viết in

Quan trọng: Gửi lại đơn đăng ký này trong vòng 30 ngày kể từ ngày ký.

Tên viết tắt của người đăng ký chính _____

Phần 5 – Thông tin đại lý cấp cao: Được điền hoàn tất bởi đại lý ủy quyền của Blue Shield

1. Quý vị đã hoàn tất đơn đăng ký này? ☐ Có ☐ Không
2. Nếu có, quý vị có hỏi chính xác từng câu hỏi trong đơn đăng ký này như được trình bày không? ☐ Có ☐ Không
3. Các câu trả lời có được ghi nhận lại chính xác như đã được cung cấp cho quý vị không? ☐ Có ☐ Không, kèm theo giải thích.
4. Quý vị có muốn chúng tôi gửi *Chứng Từ Bảo Hiểm và Thỏa Thuận*/Chính Sách Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe trực tiếp cho người đăng ký hay không? ☐ Có ☐ Không

Tên đại lý (đơn vị/cá nhân được hưởng hoa hồng)

Địa chỉ email ☐ Cập nhật email	Số của đại lý
Số điện thoại ☐ Cập nhật điện thoại	Số Fax ☐ Cập nhật số Fax
Địa chỉ của đại lý ☐ Cập nhật địa chỉ	
Thành phố / Tiểu bang / Mã ZIP	
Tên đại lý cấp cao	Số của đại lý cấp cao

Bằng cách ký tên bên dưới, tôi, với tư cách là đại lý, người môi giới, luật sư, công ty luật sư hoặc người đại diện hỗ trợ người nộp đơn này trong việc gửi đơn đăng ký này, xác minh rằng theo hiểu biết tốt nhất của tôi, thông tin trong đơn đăng ký là đầy đủ và chính xác. Tôi đã sử dụng những từ ngữ dễ hiểu để giải thích cho người nộp đơn về các rủi ro đối với người nộp đơn khi cung cấp thông tin không chính xác và người nộp đơn đã hiểu phần giải thích của tôi.
Nếu người khai cố tình tuyên bố bất kỳ thông tin quan trọng nào là đúng sự thật mặc dù biết đó là thông tin sai lệch, thì ngoài các khoản tiền phạt hoặc bồi thường theo luật pháp hiện hành, họ sẽ phải chịu khoản tiền phạt dân sự lên tới mười ngàn đô la ($10,000).

Chữ ký của đại lý (bắt buộc)	Ngày hôm nay (bắt buộc)	Tên viết in

Các đại lý: Vui lòng bảo đảm điền đầy đủ từng phần của đơn đăng ký. Trong trường hợp thiếu hoặc không đủ thông tin, Blue Shield có thể liên lạc trực tiếp với người đăng ký để lấy thông tin hoàn chỉnh.

Vui lòng gửi email, fax hoặc gửi đơn đăng ký đã điền và ký tên đến:

Installation and Billing
Blue Shield of California
P.O. Box 3008
Lodi, CA 95241-1912
Fax: **(888) 386-3420**
Email: **IFPapplications@blueshieldca.com**

Lưu hành nội bộ
Tên DSA: _____
Số DSA: _____
Số của đại lý: _____

Phần 6 – Hóa đơn và thông tin thanh toán

Tính toán phí/phí bảo hiểm ước tính hàng tháng

- Truy cập **buyblueshieldca.com** để xem lệ phí/phí bảo hiểm ước tính hoặc trao đổi với đại lý của quý vị để biết lệ phí/phí bảo hiểm ước tính.
- Yêu cầu nộp phí/phí bảo hiểm tháng đầu tiên vào lúc nộp đơn đăng ký tham gia.
- Blue Shield sẽ cung cấp mức phí/phí bảo hiểm cuối cùng trước ngày bảo hiểm có hiệu lực. Nếu tổng số tiền cuối cùng khác với mức lệ phí/phí bảo hiểm ước tính và các số tiền bổ sung được nợ lại thì các khoản tiền đó phải được thanh toán trước khi bảo hiểm có hiệu lực.

Các lựa chọn thanh toán

Lệ phí/phí bảo hiểm tháng đầu tiên của quý vị có thể được trả bằng cách gửi séc* hoặc phiếu chuyển tiền.

* Khi quý vị cung cấp séc để thanh toán, quý vị đã ủy quyền cho Blue Shield sử dụng thông tin từ séc của quý vị để thực hiện chuyển tiền điện tử một lần từ tài khoản của quý vị hoặc để xử lý thanh toán như một giao dịch séc. Khi chúng tôi sử dụng thông tin này từ séc của quý vị để thực hiện chuyển khoản điện tử, các quỹ sẽ được rút ra từ tài khoản của quý vị ngay khi chúng tôi chấp nhận đơn đăng ký của quý vị và quý vị sẽ không nhận được séc của mình trở lại từ tổ chức tài chính của quý vị.