Blue Shield of California
Đơn đăng ký Chuyển đổi Chương trình Bổ trợ Medicare

Thành viên hiện tại tham gia chương trình Bổ trợ Medicare của Blue Shield of California có thể dùng đơn đăng ký này để thực hiện các việc sau:

1. Chuyển sang một chương trình Bổ trợ Medicare có giá trị ngang bằng hoặc ít hơn trong thời gian đăng ký mở – Bảo đảm Chấp nhận.
2. Đăng ký Household Savings Program (Chương trình Tiết kiệm Hộ gia đình).[1] (Cả hai người tham gia phải đang là thành viên chương trình Bổ trợ Medicare của Blue Shield of California).
3. Đăng ký chương trình nha khoa.

Nếu quý vị muốn chuyển sang chương trình Bổ trợ Medicare có giá trị tương đương hoặc thấp hơn ngoài thời gian đăng ký của quý vị hoặc sang một chương trình có quyền lợi phong phú hơn bất kỳ lúc nào, quý vị phải hoàn thành Đơn đăng ký Ghi danh Chương trình Bổ trợ Medicare (Biểu mẫu C12687).

Chuyển đổi rất dễ dàng

1 Cung cấp TẤT CẢ các thông tin theo yêu cầu và ghi rõ ràng bằng chữ cái viết hoa với mực màu đen. Ký tên và ghi rõ ngày tháng ở cuối.

2 Nộp đơn đăng ký trong vòng 30 ngày kể từ ngày quý vị ký tên theo cách:
- Gửi Fax đến số **(844) 266-1850**
- Gửi email: **msinstall@blueshieldca.com**
- Gửi thư: Medicare Supplement Installation, P.O. Box 3008 Lodi, CA 95241-1912

Xin lưu ý: Quý vị phải được giữ một bản đã ký kết của hợp đồng này. Vui lòng in và lưu bản sao của các trang thành viên trong đơn đăng ký này cùng với tất cả các giấy tờ quan trọng khác của Blue Shield of California.

Nếu quý vị có câu hỏi về cách đăng ký, vui lòng liên hệ người môi giới của quý vị hoặc gọi cho chúng tôi theo số **(888) 713-0000 (TTY: 711)**.

Quý vị cũng có thể liên hệ Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP, Chương trình Ủng hộ & Tư vấn Bảo hiểm Sức khoẻ) của California để được hướng dẫn. HICAP cung cấp dịch vụ tư vấn bảo hiểm sức khỏe cho những người già là công dân của California. Hãy gọi tổng đài miễn phí của HICAP theo số (800) 434-0222 để được giới thiệu tới văn phòng HICAP địa phương của quý vị. Các dịch vụ HICAP được tiểu bang California cung cấp miễn phí.

Chương trình F Bổ sung chỉ dành cho những người nộp đơn đủ 65 tuổi trước ngày 1 tháng 1 năm 2020, hoặc lần đầu tiên đủ điều kiện nhận phúc lợi Medicare do khuyết tật trước ngày 1 tháng 1 năm 2020.

Thông tin cá nhân

Họ:	Tên:	Tên đệm viết tắt:
Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM):	Giới tính: ☐ Nam giới ☐ Nữ giới	
Số điện thoại:	Loại điện thoại: ☐ Cố định ☐ Di động	
Địa chỉ nhà riêng:		
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã ZIP:

Bản sao của Blue Shield of California – Gửi thư, email hoặc fax bản này về địa chỉ liên hệ như ở trên.

Ưu tiên ngôn ngữ:
☐ Tiếng Anh ☐ Tiếng Tây Ban Nha ☐ Tiếng Trung ☐ Tiếng Hàn ☐ Tiếng Việt

Chọn một mục nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin cho quý vị ở định dạng có thể truy cập được.
☐ Chữ nổi ☐ Bản in khổ lớn ☐ CD âm thanh ☐ CD dữ liệu

Địa chỉ email:

Việc cung cấp địa chỉ email của quý vị ở trên sẽ tự động đăng ký quý vị vào dịch vụ gửi tài liệu không dùng giấy đối với một số thông tin liên lạc trong chương trình của quý vị.

Quý vị sẽ nhận được nhiều thông tin liên lạc bắt buộc về chương trình của mình qua hình thức điện tử. Chúng tôi sẽ gửi email cho quý vị khi có thông tin mới trực tuyến. Quý vị có thể truy cập các thông tin liên lạc này thông qua bất kỳ thiết bị nào chẳng hạn như máy tính, máy tính bảng hoặc điện thoại di động.

☐ Thay vì gửi ở dạng điện tử, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị bản cứng của các tài liệu bắt buộc. Xin lưu ý rằng một số thông tin liên lạc rất lớn và có thể không vừa với tất cả các hộp thư. Quý vị có thể thay đổi tùy chọn giao tài liệu vào bất kỳ lúc nào.

Địa chỉ gửi thư (nếu khác ở trên):

Thành phố gửi thư:	Tiểu bang gửi thư:	Mã ZIP gửi thư:

Địa chỉ gửi hóa đơn (nếu khác ở trên):

Thành phố gửi hóa đơn:	Tiểu bang gửi hóa đơn:	Mã ZIP gửi hóa đơn:

Vui lòng đánh dấu chọn loại chương trình mà quý vị đăng ký: ☐ A ☐ F Bổ sung* ☐ G ☐ G Bổ sung ☐ N Hoặc quý vị chọn tiếp tục dùng chương trình hiện tại? ☐ Có ☐ Không	Ngày có hiệu lực được yêu cầu: Ngày đầu tiên của (THÁNG/NĂM)

* Chương trình F Bổ sung chỉ dành cho những người nộp đơn đủ 65 tuổi trước ngày 1 tháng 1 năm 2020, hoặc lần đầu tiên đủ điều kiện nhận phúc lợi Medicare do khuyết tật trước ngày 1 tháng 1 năm 2020.

Số Nhận dạng Người thụ hưởng Medicare (MBI):

Mã số người đăng ký Blue Shield:

Ngày hiệu lực bệnh viện Medicare (Phần A): (THÁNG/NGÀY/NĂM)	Ngày hiệu lực Medicare (Phần B): (THÁNG/NGÀY/NĂM)

Household Savings Program[1]

Nếu quý vị và thành viên khác trong gia đình đang ở độ tuổi từ 65 trở lên và cả hai thành viên đều đang có hoặc đang nộp đơn đăng ký cùng một chương trình (bao gồm mọi chương trình nha khoa), quý vị có thể đủ điều kiện tiết kiệm được 7% hàng tháng cho lệ phí chương trình y tế kết hợp khi **cả hai thành viên được ghi danh vào cùng một chương trình đủ điều kiện. Cả hai thành viên phải có cùng địa chỉ nhà và địa chỉ gửi thư**. Người sử dụng thuốc lá không đủ điều kiện tham gia Household Savings Program.

Có thành viên nào khác trong gia đình của quý vị đã được đăng ký, hoặc đang nộp đơn đăng ký, chương trình Bổ trợ Medicare của Blue Shield **giống như** chương trình quý vị đang nộp đơn đăng ký và có cùng cả hai loại địa chỉ không? ☐ Có ☐ Không

Nếu "Có", vui lòng cung cấp các thông tin sau của thành viên đó:

Tên:

Số Nhận dạng Người thụ hưởng Medicare (MBI):

ID thành viên chương trình Bổ trợ Medicare của Blue Shield (nếu có):

Vui lòng cung cấp ủy quyền của thành viên khác trong gia đình để hủy hợp đồng Blue Shield riêng của họ và đăng ký theo sự đồng ý của người đăng ký chính cho Household Savings Program bằng cách đề nghị thành viên gia đình ký tên vào cuối đơn đăng ký.

Mỗi người phải tự hoàn thành đơn đăng ký thành viên mới. Nếu cả hai thành viên là người ghi danh hiện có, người đăng ký sẽ được xác định dựa trên đơn đăng ký nào được ghi danh trước. Nếu không, thành viên hiện tại đã được ghi danh vào loại chương trình được yêu cầu sẽ được chỉ định là người đăng ký.

Người đăng ký có trách nhiệm thanh toán chi phí/phí bảo hiểm cho Blue Shield và chỉ người đăng ký có thể thay đổi hợp đồng/đơn bảo hiểm. Khi đăng ký theo Household Savings Program, Blue Shield cũng sẽ chấp nhận khoản thanh toán chi phí/phí bảo hiểm từ thành viên khác trong gia đình đã được ghi danh vào chương trình. Thông tin thanh toán và số tiền đến hạn có thể/sẽ được chia sẻ với cả hai bên đã ghi danh vào chương trình khi gọi bộ phận Dịch vụ Khách hàng.

Các chương trình Dental PPO

Chương trình nha khoa cho thành viên chương trình Bổ trợ Medicare.
Vui lòng xem trang **blueshieldca.com/MedSuppDental2027** để biết thêm thông tin.

Để đăng ký bảo hiểm nha khoa Blue Shield, hãy chọn một chương trình bên dưới:
Lựa chọn chương trình bảo hiểm nha khoa (chọn một):
☐ Dental PPO 1000 ☐ Dental PPO 1500 ☐ Không có chương trình nha khoa

Điều kiện bảo hiểm

- Quyền lợi nha khoa không phụ thuộc vào các yêu cầu khấu trừ chương trình chăm sóc sức khoẻ.
- Nếu bảo hiểm nha khoa của quý vị bị huỷ bỏ vì bất kỳ lý do gì (bởi quý vị hoặc bởi Blue Shield), quý vị có thể đăng ký để tham gia lại, nhưng quý vị sẽ phải chờ sáu tháng để có thể đăng ký lại.

Thông tin thanh toán

Để xác định chi phí hàng tháng, vui lòng tham khảo bảng giá chi tiết của Blue Shield trong bộ hồ sơ đăng ký hoặc truy cập **blueshieldca.com/MedSupp2027**. Quý vị sẽ nhận được hoá Hàng tháng đơn ghi rõ khoản tiền và ngày tới hạn thanh toán tiếp theo, trừ khi quý vị đang tham gia AutoPay.

Tiết kiệm $3 mỗi tháng bằng cách thanh toán thông qua trừ tiền tự động hàng tháng từ tài khoản séc hoặc tài khoản tiết kiệm của quý vị với chương trình AutoPay của chúng tôi.[1] Để tham gia, sau khi nhận và thanh toán hóa đơn đầu tiên, hãy đăng ký và đăng nhập tài khoản Blue Shield của quý vị tại **blueshieldca.com** và truy cập tab Billing and Payment (Lập hóa đơn và Thanh toán). Quý vị cũng có thể gọi điện cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng theo số **(800) 248-2341 (TTY: 711)**, 8:00 sáng đến 8:00 tối theo Giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần. Yêu cầu đăng ký chương trình AutoPay có thể cần tới hai chu kỳ thanh toán để hoàn thành. Thành viên nên thanh toán tất cả các hóa đơn giấy đã nhận cho đến khi nhận được email xác nhận đăng ký chương trình AutoPay.

Bản sao của Blue Shield of California – Gửi thư, email hoặc fax bản này về địa chỉ liên hệ như ở trên.

Điều kiện thành viên

1 Đơn đăng ký chuyển đổi này sẽ trở thành một phần của *Evidence of Coverage* (EOC, Chứng Từ Bảo Hiểm) của chương trình mà tôi đăng ký, cùng với mọi xác nhận, phụ lục và tài liệu đính kèm theo đó, sẽ cấu thành toàn bộ thoả thuận bảo hiểm.

2 Nếu tôi chọn đăng ký một chương trình có giá trị cao hơn, tôi sẽ không được bảo hiểm bởi chương trình Bổ trợ Medicare của Blue Shield, trừ khi Underwriting Department (Phòng Thẩm định Bảo hiểm) của Blue Shield phê duyệt đơn đăng ký này. Blue Shield không chịu trách nhiệm đối với các hóa đơn phát sinh trước ngày bảo hiểm có hiệu lực.

3 Chỉ Blue Shield có quyền chấp thuận đơn đăng ký này. Tôi hiểu rằng mọi đại lý, người môi giới hoặc đại diện bán hàng bảo hiểm đều không thể phê duyệt, thay đổi các điều khoản hoặc khước từ các yêu cầu.

4 **Tôi xác nhận đã nhận được:**

- **Tóm tắt Quyền lợi**
- **Bảng giá**
- **Hướng dẫn Bảo hiểm Sức khoẻ cho Người có Medicare**
- **Một bản sao của đơn đăng ký chuyển đổi này**

Bằng chữ ký của tôi bên dưới, tôi đảm bảo rằng thông tin được cung cấp trong đơn đăng ký chuyển đổi 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, Household Savings Program và sự uỷ quyền mà tôi đã cung cấp.

Tôi đã đọc bản Tóm tắt Quyền lợi và các điều khoản, điều kiện và uỷ quyền đặt ra trên đây. Tôi xác nhận rằng tôi đáp ứng được các yêu cầu đặt ra trong bản Tóm tắt Quyền lợi. Tôi chịu toàn bộ trách nhiệm về tính chính xác và đầy đủ của đơn đăng ký này và đã trả lời tất cả các câu hỏi theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng tôi sẽ không đủ điều kiện để được bảo hiểm nếu có bất kỳ thông tin nào sai sự thật hoặc không đầy đủ, và bảo hiểm đó có thể bị thu hồi nếu những điều đó bị phát hiện.

5 Tôi hiểu rằng tôi có thể nhận tài liệu và liên lạc theo cách điện tử so với bản in: Tôi có thể sẽ nhận được kế hoạch phúc lợi theo yêu cầu và tài liệu liên quan đến bảo hiểm và thông tin liên lạc qua email và/hoặc trang web của Blue Shield tại địa chỉ **blueshieldca.com**, nếu thích hợp. Nhận tài liệu bản điện tử sẽ xác nhận tôi đồng ý nhận thư từ liên lạc qua thư điện tử. Tôi cũng có quyền nhận bản tài liệu in qua bưu điện miễn phí vào bất kỳ thời điểm nào. Để nhận các tài liệu in qua thư, để chọn không tham gia vào các liên lạc qua email, tôi có thể gọi tới số **(800) 248-2341 (TTY: 711)**, 8:00 sáng đến 8:00 tối theo Giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần, suốt cả năm.

Chữ ký của Người đăng ký:	**Ngày (THÁNG/NGÀY/NĂM):**
Chữ ký của thành viên gia đình (nếu có):	**Ngày (THÁNG/NGÀY/NĂM):**

Bản sao của Blue Shield of California – Gửi thư, email hoặc fax bản này về địa chỉ liên hệ như ở trên.

Thông tin của đại lý cấp cao/đại lý bảo hiểm

* Cho biết đây là trường bắt buộc

Tên của đại lý được chỉ định: _____
(vui lòng viết in hoa tên đại lý được chỉ định)

Mã số thuế của đại lý được chỉ định*: _____
(vui lòng viết in hoa mã số thuế của đại lý được chỉ định)

Tên của đại lý cấp cao/đại lý bảo hiểm*: _____
(vui lòng viết in hoa tên của đại lý cấp cao/đại lý bảo hiểm)

NPN cá nhân của đại lý cấp cao/đại lý bảo hiểm*: _____

Địa chỉ email của đại lý cấp cao/đại lý bảo hiểm: _____

Số fax của đại lý cấp cao/đại lý bảo hiểm: _____

Số điện thoại của đại lý cấp cao/đại lý bảo hiểm: _____

Ngày hôm nay (bắt buộc) (THÁNG/NGÀY/NĂM):

Chữ ký của đại lý cấp cao/đại lý bảo hiểm (bắt buộc):

Tên viết in hoa:

[1] Các khoản tiết kiệm nhờ tăng hiệu quả trong việc quản lý các chương trình Bổ trợ Medicare thuộc chương trình/dịch vụ này được chuyển sang cho người đăng ký.

Blue Shield of California
Đơn đăng ký Chuyển đổi Chương trình Bổ trợ Medicare

Thành viên hiện tại tham gia chương trình Bổ trợ Medicare của Blue Shield of California có thể dùng đơn đăng ký này để thực hiện các việc sau:

1. Chuyển sang một chương trình Bổ trợ Medicare có giá trị ngang bằng hoặc ít hơn trong thời gian đăng ký mở – Bảo đảm Chấp nhận.
2. Đăng ký Household Savings Program (Chương trình Tiết kiệm Hộ gia đình).[1] (Cả hai người tham gia phải đang là thành viên chương trình Bổ trợ Medicare của Blue Shield of California).
3. Đăng ký chương trình nha khoa.

Nếu quý vị muốn chuyển sang chương trình Bổ trợ Medicare có giá trị tương đương hoặc thấp hơn ngoài thời gian đăng ký của quý vị hoặc sang một chương trình có quyền lợi phong phú hơn bất kỳ lúc nào, quý vị phải hoàn thành Đơn đăng ký Ghi danh Chương trình Bổ trợ Medicare (Biểu mẫu C12687).

Chuyển đổi rất dễ dàng!

1 Cung cấp TẤT CẢ các thông tin theo yêu cầu và ghi rõ ràng bằng chữ cái viết hoa với mực màu đen. Ký tên và ghi rõ ngày tháng ở cuối.

2 Nộp đơn đăng ký trong vòng 30 ngày kể từ ngày quý vị ký tên theo cách:
- Gửi Fax đến số **(844) 266-1850**
- Gửi email: **msinstall@blueshieldca.com**
- Gửi thư: Medicare Supplement Installation, P.O. Box 3008 Lodi, CA 95241-1912

Xin lưu ý: Quý vị phải được giữ một bản đã ký kết của hợp đồng này. Vui lòng in và lưu bản sao của các trang thành viên trong đơn đăng ký này cùng với tất cả các giấy tờ quan trọng khác của Blue Shield of California.

Nếu quý vị có câu hỏi về cách đăng ký, vui lòng liên hệ người môi giới của quý vị hoặc gọi cho chúng tôi theo số **(888) 713-0000 (TTY: 711)**.

Quý vị cũng có thể liên hệ Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP, Chương trình Ủng hộ & Tư vấn Bảo hiểm Sức khoẻ) của California để được hướng dẫn. HICAP cung cấp dịch vụ tư vấn bảo hiểm sức khỏe cho những người già là công dân của California. Hãy gọi tổng đài miễn phí của HICAP theo số (800) 434-0222 để được giới thiệu tới văn phòng HICAP địa phương của quý vị. Các dịch vụ HICAP được tiểu bang California cung cấp miễn phí.

Chương trình F Bổ sung chỉ dành cho những người nộp đơn đủ 65 tuổi trước ngày 1 tháng 1 năm 2020, hoặc lần đầu tiên đủ điều kiện nhận phúc lợi Medicare do khuyết tật trước ngày 1 tháng 1 năm 2020.

Thông tin cá nhân

Họ:	Tên:	Tên đệm viết tắt:
Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM):	Giới tính: ☐ Nam giới ☐ Nữ giới	
Số điện thoại:	Loại điện thoại: ☐ Cố định ☐ Di động	
Địa chỉ nhà riêng:		
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã ZIP:

Ưu tiên ngôn ngữ:
☐ Tiếng Anh ☐ Tiếng Tây Ban Nha ☐ Tiếng Trung ☐ Tiếng Hàn ☐ Tiếng Việt

Chọn một mục nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin cho quý vị ở định dạng có thể truy cập được.
☐ Chữ nổi ☐ Bản in khổ lớn ☐ CD âm thanh ☐ CD dữ liệu

Địa chỉ email:

Việc cung cấp địa chỉ email của quý vị ở trên sẽ tự động đăng ký quý vị vào dịch vụ gửi tài liệu không dùng giấy đối với một số thông tin liên lạc trong chương trình của quý vị.

Quý vị sẽ nhận được nhiều thông tin liên lạc bắt buộc về chương trình của mình qua hình thức điện tử. Chúng tôi sẽ gửi email cho quý vị khi có thông tin mới trực tuyến. Quý vị có thể truy cập các thông tin liên lạc này thông qua bất kỳ thiết bị nào chẳng hạn như máy tính, máy tính bảng hoặc điện thoại di động.

☐Thay vì gửi ở dạng điện tử, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị bản cứng của các tài liệu bắt buộc. Xin lưu ý rằng một số thông tin liên lạc rất lớn và có thể không vừa với tất cả các hộp thư. Quý vị có thể thay đổi tùy chọn giao tài liệu vào bất kỳ lúc nào.

Địa chỉ gửi thư (nếu khác ở trên):

Thành phố gửi thư:	Tiểu bang gửi thư:	Mã ZIP gửi thư:

Địa chỉ gửi hóa đơn (nếu khác ở trên):

Thành phố gửi hóa đơn:	Tiểu bang gửi hóa đơn:	Mã ZIP gửi hóa đơn:

Vui lòng đánh dấu chọn loại chương trình mà quý vị đăng ký: ☐ A ☐ F Bổ sung* ☐ G ☐ G Bổ sung ☐ N Hoặc quý vị chọn tiếp tục dùng chương trình hiện tại? ☐ Có ☐ Không	Ngày có hiệu lực được yêu cầu: Ngày đầu tiên của (THÁNG/NĂM)

* Chương trình F Bổ sung chỉ dành cho những người nộp đơn đủ 65 tuổi trước ngày 1 tháng 1 năm 2020, hoặc lần đầu tiên đủ điều kiện nhận phúc lợi Medicare do khuyết tật trước ngày 1 tháng 1 năm 2020.

Số Nhận dạng Người thụ hưởng Medicare (MBI):

Mã số người đăng ký Blue Shield:

Ngày hiệu lực bệnh viện Medicare (Phần A): (THÁNG/NGÀY/NĂM)	Ngày hiệu lực Medicare (Phần B): (THÁNG/NGÀY/NĂM)

Household Savings Program[1]

Nếu quý vị và thành viên khác trong gia đình đang ở độ tuổi từ 65 trở lên và cả hai thành viên đều đang có hoặc đang nộp đơn đăng ký cùng một chương trình (bao gồm mọi chương trình nha khoa), quý vị có thể đủ điều kiện tiết kiệm được 7% hàng tháng cho lệ phí chương trình y tế kết hợp khi **cả hai thành viên được ghi danh vào cùng một chương trình đủ điều kiện. Cả hai thành viên phải có cùng địa chỉ nhà và địa chỉ gửi thư**. Người sử dụng thuốc lá không đủ điều kiện tham gia Household Savings Program.

Có thành viên nào khác trong gia đình của quý vị đã được đăng ký, hoặc đang nộp đơn đăng ký, chương trình Bổ trợ Medicare của Blue Shield **giống như** chương trình quý vị đang nộp đơn đăng ký và có cùng cả hai loại địa chỉ không? ☐ Có ☐ Không

Nếu "Có", vui lòng cung cấp các thông tin sau của thành viên đó:

Tên:

Số Nhận dạng Người thụ hưởng Medicare (MBI):

ID thành viên chương trình Bổ trợ Medicare của Blue Shield (nếu có):

Vui lòng cung cấp ủy quyền của thành viên khác trong gia đình để hủy hợp đồng Blue Shield riêng của họ và đăng ký theo sự đồng ý của người đăng ký chính cho Household Savings Program bằng cách đề nghị thành viên gia đình ký tên vào cuối đơn đăng ký.

Mỗi người phải tự hoàn thành đơn đăng ký thành viên mới. Nếu cả hai thành viên là người ghi danh hiện có, người đăng ký sẽ được xác định dựa trên đơn đăng ký nào được ghi danh trước. Nếu không, thành viên hiện tại đã được ghi danh vào loại chương trình được yêu cầu sẽ được chỉ định là người đăng ký.

Người đăng ký có trách nhiệm thanh toán chi phí/phí bảo hiểm cho Blue Shield và chỉ người đăng ký có thể thay đổi hợp đồng/đơn bảo hiểm. Khi đăng ký theo Household Savings Program, Blue Shield cũng sẽ chấp nhận khoản thanh toán chi phí/phí bảo hiểm từ thành viên khác trong gia đình đã được ghi danh vào chương trình. Thông tin thanh toán và số tiền đến hạn có thể/sẽ được chia sẻ với cả hai bên đã ghi danh vào chương trình khi gọi bộ phận Dịch vụ Khách hàng.

Các chương trình Dental PPO

Chương trình nha khoa cho thành viên chương trình Bổ trợ Medicare.
Vui lòng xem trang **blueshieldca.com/MedSuppDental2027** để biết thêm thông tin.

Để đăng ký bảo hiểm nha khoa Blue Shield, hãy chọn một chương trình bên dưới:
Lựa chọn chương trình bảo hiểm nha khoa (chọn một):
☐ Dental PPO 1000 ☐ Dental PPO 1500 ☐ Không có chương trình nha khoa

Điều kiện bảo hiểm

- Quyền lợi nha khoa không phụ thuộc vào các yêu cầu khấu trừ chương trình chăm sóc sức khoẻ.
- Nếu bảo hiểm nha khoa của quý vị bị huỷ bỏ vì bất kỳ lý do gì (bởi quý vị hoặc bởi Blue Shield), quý vị có thể đăng ký để tham gia lại, nhưng quý vị sẽ phải chờ sáu tháng để có thể đăng ký lại.

Thông tin thanh toán

Để xác định chi phí hàng tháng, vui lòng tham khảo bảng giá chi tiết của Blue Shield trong bộ hồ sơ đăng ký hoặc truy cập **blueshieldca.com/MedSupp2027**. Quý vị sẽ nhận được hoá Hàng tháng đơn ghi rõ khoản tiền và ngày tới hạn thanh toán tiếp theo, trừ khi quý vị đang tham gia AutoPay.

Tiết kiệm $3 mỗi tháng bằng cách thanh toán thông qua trừ tiền tự động hàng tháng từ tài khoản séc hoặc tài khoản tiết kiệm của quý vị với chương trình AutoPay của chúng tôi.[1] Để tham gia, sau khi nhận và thanh toán hóa đơn đầu tiên, hãy đăng ký và đăng nhập tài khoản Blue Shield của quý vị tại **blueshieldca.com** và truy cập tab Billing and Payment (Lập hóa đơn và Thanh toán). Quý vị cũng có thể gọi điện cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng theo số **(800) 248-2341 (TTY: 711)**, 8:00 sáng đến 8:00 tối theo Giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần. Yêu cầu đăng ký chương trình AutoPay có thể cần tới hai chu kỳ thanh toán để hoàn thành. Thành viên nên thanh toán tất cả các hóa đơn giấy đã nhận cho đến khi nhận được email xác nhận đăng ký chương trình AutoPay.

Điều kiện thành viên

1 Đơn đăng ký chuyển đổi này sẽ trở thành một phần của *Evidence of Coverage* (EOC, Chứng Từ Bảo Hiểm) của chương trình mà tôi đăng ký, cùng với mọi xác nhận, phụ lục và tài liệu đính kèm theo đó, sẽ cấu thành toàn bộ thoả thuận bảo hiểm.

2 Nếu tôi chọn đăng ký một chương trình có giá trị cao hơn, tôi sẽ không được bảo hiểm bởi chương trình Bổ trợ Medicare của Blue Shield, trừ khi Underwriting Department (Phòng Thẩm định Bảo hiểm) của Blue Shield phê duyệt đơn đăng ký này. Blue Shield không chịu trách nhiệm đối với các hóa đơn phát sinh trước ngày bảo hiểm có hiệu lực.

3 Chỉ Blue Shield có quyền chấp thuận đơn đăng ký này. Tôi hiểu rằng mọi đại lý, người môi giới hoặc đại diện bán hàng bảo hiểm đều không thể phê duyệt, thay đổi các điều khoản hoặc khước từ các yêu cầu.

4 Tôi xác nhận đã nhận được:

- **Tóm tắt Quyền lợi**
- **Bảng giá**
- **Hướng dẫn Bảo hiểm Sức khoẻ cho Người có Medicare**
- **Một bản sao của đơn đăng ký chuyển đổi này**

Bằng chữ ký của tôi bên dưới, tôi đảm bảo rằng thông tin được cung cấp trong đơn đăng ký chuyển đổi 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, Household Savings Program và sự uỷ quyền mà tôi đã cung cấp.

Tôi đã đọc bản Tóm tắt Quyền lợi và các điều khoản, điều kiện và uỷ quyền đặt ra trên đây. Tôi xác nhận rằng tôi đáp ứng được các yêu cầu đặt ra trong bản Tóm tắt Quyền lợi. Tôi chịu toàn bộ trách nhiệm về tính chính xác và đầy đủ của đơn đăng ký này và đã trả lời tất cả các câu hỏi theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng tôi sẽ không đủ điều kiện để được bảo hiểm nếu có bất kỳ thông tin nào sai sự thật hoặc không đầy đủ, và bảo hiểm đó có thể bị thu hồi nếu những điều đó bị phát hiện.

5 Tôi hiểu rằng tôi có thể nhận tài liệu và liên lạc theo cách điện tử so với bản in: Tôi có thể sẽ nhận được kế hoạch phúc lợi theo yêu cầu và tài liệu liên quan đến bảo hiểm và thông tin liên lạc qua email và/hoặc trang web của Blue Shield tại địa chỉ **blueshieldca.com**, nếu thích hợp. Nhận tài liệu bản điện tử sẽ xác nhận tôi đồng ý nhận thư từ liên lạc qua thư điện tử. Tôi cũng có quyền nhận bản tài liệu in qua bưu điện miễn phí vào bất kỳ thời điểm nào. Để nhận các tài liệu in qua thư, để chọn không tham gia vào các liên lạc qua email, tôi có thể gọi tới số **(800) 248-2341 (TTY: 711)**, 8:00 sáng đến 8:00 tối theo Giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần, suốt cả năm.

Chữ ký của Người đăng ký:	**Ngày (THÁNG/NGÀY/NĂM):**
Chữ ký của thành viên gia đình (nếu có):	**Ngày (THÁNG/NGÀY/NĂM):**

Thông tin của đại lý cấp cao/đại lý bảo hiểm

* Cho biết đây là trường bắt buộc

Tên của đại lý được chỉ định: _____

(vui lòng viết in hoa tên đại lý được chỉ định)

Mã số thuế của đại lý được chỉ định*: _____

(vui lòng viết in hoa mã số thuế của đại lý được chỉ định)

Tên của đại lý cấp cao/đại lý bảo hiểm*: _____

(vui lòng viết in hoa tên của đại lý cấp cao/đại lý bảo hiểm)

NPN cá nhân của đại lý cấp cao/đại lý bảo hiểm*: _____

Địa chỉ email của đại lý cấp cao/đại lý bảo hiểm: _____

Số fax của đại lý cấp cao/đại lý bảo hiểm: _____

Số điện thoại của đại lý cấp cao/đại lý bảo hiểm: _____

Ngày hôm nay (bắt buộc) (THÁNG/NGÀY/NĂM):

Chữ ký của đại lý cấp cao/đại lý bảo hiểm (bắt buộc):

Tên viết in hoa:

[1]Các khoản tiết kiệm nhờ tăng hiệu quả trong việc quản lý các chương trình Bổ trợ Medicare thuộc chương trình/dịch vụ này được chuyển sang cho người đăng ký.