



Đơn Đăng Ký Ghi Danh Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe 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:

<input type="checkbox"/> Nhân viên mới	<input type="checkbox"/> Ngày mất bảo hiểm _____	<input type="checkbox"/> Đăng ký muộn
<input type="checkbox"/> Ngày thuê tuyển lại _____	<input type="checkbox"/> Đăng ký mở	<input type="checkbox"/> 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

Bảo hiểm nha khoa và nhãn khoa – Nhân viên có thể đăng ký chương trình nha khoa và/hoặc nhãn khoa mà không cần đăng ký chương trình bảo hiểm sức khỏe. Để người phụ thuộc được ghi danh vào chương trình nha khoa hoặc nhãn khoa, nhân viên phải được ghi danh vào cùng một chương trình nha khoa hoặc nhãn khoa đó.

Phần 2 – Chương trình Chọn và điền (các) tên chương trình, nếu thích hợp.

Quyền lợi y tế không có các tùy chọn ABHP (chương trình chăm sóc sức khỏe theo tài khoản):

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

Quyền lợi y tế có các tùy chọn ABHP (chương trình chăm sóc sức khỏe theo tài khoản):

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

Quyền lợi Chuyên khoa: Dental PPO _____ Dental HMO _____ Dental INO _____
 Nhãn khoa* _____ Khác _____

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

† Các chương trình Full PPO Savings và Tandem PPO Savings là các chương trình bảo hiểm sức khỏe HSA hợp lệ có khấu trừ cao.

‡ Chỉ có thể kết hợp với một chương trình HSA.

Lưu ý: Blue Shield không cung cấp tư vấn thuế cũng như không cung cấp HSA, HRA, HIA, FSA hoặc LPFSA.

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: <input type="checkbox"/> Toàn thời gian <input type="checkbox"/> Bán thời gian <input type="checkbox"/> Hưu trí	Ngày thuê tuyển: _____	Chức danh/phân loại công việc	

Địa chỉ nhà riêng (đường, thành phố, tiểu bang, mã ZIP)

Địa chỉ gửi đường bưu điện (nếu khác với địa chỉ nhà)

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.**

Hãy cho chúng tôi biết thông tin về quý vị. Vui lòng cho biết chủng tộc hoặc sắc tộc của quý vị? Những câu hỏi này là không bắt buộc và chỉ được sử dụng để giúp đảm bảo tất cả các thành viên đều nhận được chất lượng chăm sóc cao nhất.

1. Quý vị là người gốc Tây Ban Nha hay La-tinh?	2. Nếu có, vui lòng chọn một:	3. Vui lòng cho biết chủng tộc của quý vị? (chọn một)	
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Từ chối	<input type="checkbox"/> Cuba <input type="checkbox"/> Guatemala <input type="checkbox"/> Mexico, Mỹ gốc Mexico, Chicano <input type="checkbox"/> Puerto Rico <input type="checkbox"/> Salvador <input type="checkbox"/> 2 dân tộc trở lên <input type="checkbox"/> Người Mỹ gốc Tây Ban Nha, La-tinh, Tây Ban Nha khác: _____	<input type="checkbox"/> Thổ dân Mỹ da đỏ hoặc Người bản xứ Alaska <input type="checkbox"/> Ấn Độ châu Á <input type="checkbox"/> Người Da đen hoặc Mỹ gốc Phi <input type="checkbox"/> Campuchia <input type="checkbox"/> Trung Quốc <input type="checkbox"/> Philippines <input type="checkbox"/> Guam hoặc Chamorro <input type="checkbox"/> Hmông <input type="checkbox"/> Nhật	<input type="checkbox"/> Hàn Quốc <input type="checkbox"/> Lào <input type="checkbox"/> Hawaii bản địa <input type="checkbox"/> Samoa <input type="checkbox"/> Việt Nam <input type="checkbox"/> Người da trắng <input type="checkbox"/> 2 chủng tộc trở lên <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Từ chối

Thông tin nhà cung cấp HMO: Trang web danh bạ Blue Shield of California: **blueshieldca.com/fap/app/search.html**

Tên của bác sĩ chăm sóc chính (PCP):	Số của nhà cung cấp:
Tên của IPA (Hiệp Hội Hành Nghề Độc Lập)/nhóm y tế:	Mã số của IPA/nhóm y tế:
Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa:	Số của nhà cung cấp dịch vụ nha khoa:
Bệnh nhân hiện tại? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Bệnh nhân hiện tại? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	

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:

Tất cả những người phụ thuộc của quý vị đều cùng chủng tộc và Sắc tộc với người đăng ký không? Có Không

Nếu quý vị đã trả lời "Không", vui lòng ghi rõ chủng tộc và sắc tộc cho từng người phụ thuộc của quý vị.

Thông tin của vợ/chồng/bạn đời sống chung đăng ký	Ghi danh vào (vui lòng đánh dấu chọn tất cả các mục thích hợp)	Chỉ dành cho HMO và Added Advantage POS – tên của bác sĩ chăm sóc chính	Chỉ dành cho Dental HMO – nhà cung cấp dịch vụ nha khoa
---	--	---	---

Thành viên này thuộc chủng tộc hoặc sắc tộc nào:

<input type="checkbox"/> Vợ/chồng <input type="checkbox"/> Bạn đời sống chung <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ Tên _____ Tên đệm _____ Họ _____ Số An Sinh Xã hội Ngày sinh (tháng/ngày/năm) _____	<input type="checkbox"/> Y tế <input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Nhân khoa	Tên của bác sĩ _____ Tên _____ _____ Họ _____ _____ Số của nhà cung cấp _____ _____ Tên của IPA/nhóm y tế _____ _____ Mã số của IPA/nhóm y tế _____ Bệnh nhân hiện tại? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa _____ Tên _____ _____ Họ _____ _____ Số của nhà cung cấp dịch vụ nha khoa _____ _____ Bệnh nhân hiện tại? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
---	--	---	--

Tùy chọn liên lạc
 Điện tử Giấy

Địa chỉ email (Bắt buộc phải có đối với liên lạc điện tử)

Thông tin của người phụ thuộc là con cái đăng ký	Ghi danh vào (vui lòng đánh dấu chọn tất cả các mục thích hợp)	Chỉ dành cho HMO và Added Advantage POS – tên của bác sĩ chăm sóc chính	Chỉ dành cho Dental HMO – nhà cung cấp dịch vụ nha khoa
--	--	---	---

Thành viên này thuộc chủng tộc hoặc sắc tộc nào:

<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ Tên _____ Tên đệm _____ Họ _____ Số An Sinh Xã hội Ngày sinh (tháng/ngày/năm) _____ Bị khuyết tật? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Y tế <input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Nhân khoa	Tên của bác sĩ _____ Tên _____ _____ Họ _____ _____ Số của nhà cung cấp _____ _____ Tên của IPA/nhóm y tế _____ _____ Mã số của IPA/nhóm y tế _____ Bệnh nhân hiện tại? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa _____ Tên _____ _____ Họ _____ _____ Số của nhà cung cấp dịch vụ nha khoa _____ _____ Bệnh nhân hiện tại? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
--	--	---	--

Tùy chọn liên lạc
 Điện tử Giấy

Địa chỉ email (Bắt buộc phải có đối với liên lạc điện tử)

Thông tin của người phụ thuộc là con cái đăng ký	Ghi danh vào (vui lòng đánh dấu chọn tất cả các mục thích hợp)	Chỉ dành cho HMO và Added Advantage POS – tên của bác sĩ chăm sóc chính	Chỉ dành cho Dental HMO – nhà cung cấp dịch vụ nha khoa
---	---	--	--

Thành viên này thuộc chủng tộc hoặc sắc tộc nào:

<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ Tên _____ Tên đệm _____ Họ _____ Số An Sinh Xã hội Ngày sinh (tháng/ngày/năm) _____ Bị khuyết tật? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Y tế <input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Nhân khoa	Tên của bác sĩ Tên _____ Họ _____ Số của nhà cung cấp _____ Tên của IPA/nhóm y tế _____ Mã số của IPA/nhóm y tế _____ Bệnh nhân hiện tại? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa Tên _____ Họ _____ Số của nhà cung cấp dịch vụ nha khoa _____ Bệnh nhân hiện tại? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
--	--	--	--

Tùy chọn liên lạc <input type="checkbox"/> Điện tử <input type="checkbox"/> Giấy	Địa chỉ email (Bắt buộc phải có đối với liên lạc điện tử)		
--	--	--	--

Thông tin của người phụ thuộc là con cái đăng ký	Ghi danh vào (vui lòng đánh dấu chọn tất cả các mục thích hợp)	Chỉ dành cho HMO và Added Advantage POS – tên của bác sĩ chăm sóc chính	Chỉ dành cho Dental HMO – nhà cung cấp dịch vụ nha khoa
---	---	--	--

Thành viên này thuộc chủng tộc hoặc sắc tộc nào:

<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ Tên _____ Tên đệm _____ Họ _____ Số An Sinh Xã hội Ngày sinh (tháng/ngày/năm) _____ Bị khuyết tật? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Y tế <input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Nhân khoa	Tên của bác sĩ Tên _____ Họ _____ Số của nhà cung cấp _____ Tên của IPA/nhóm y tế _____ Mã số của IPA/nhóm y tế _____ Bệnh nhân hiện tại? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa Tên _____ Họ _____ Số của nhà cung cấp dịch vụ nha khoa _____ Bệnh nhân hiện tại? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
--	--	--	--

Tùy chọn liên lạc <input type="checkbox"/> Điện tử <input type="checkbox"/> Giấy	Địa chỉ email (Bắt buộc phải có đối với liên lạc điện tử)		
--	--	--	--

Phần 5 – Thông tin Medicare

- Quý vị hoặc bất kỳ người phụ thuộc nào của quý vị hiện đang được hưởng bảo hiểm Medicare không? Có Không
 Nếu "có", vui lòng đính kèm bản sao (các) thẻ Medicare của quý vị và/hoặc chọn loại bảo hiểm bên dưới:
 Phần A: Ngày có hiệu lực: _____ (tháng/ngày/năm)
 Phần B: Ngày có hiệu lực: _____ (tháng/ngày/năm)
- Đủ điều kiện nhận Medicare do mắc bệnh về thận ở giai đoạn cuối (ESRD)? Có Không
 Nếu "có", vui lòng trả lời các câu hỏi sau:
 - Ngày điều trị lọc máu đầu tiên và loại lọc máu quý vị nhận được?
 Ngày _____
 Loại: Lọc cầu tay Tự thẩm tách (lọc ổ bụng)
 - Nếu quý vị đã ghép thận, vui lòng cho biết ngày ghép: _____ (tháng/ngày/năm)

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 hoặc 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 sau 30 ngày thông báo. 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 of California/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. Luật pháp yêu cầu 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 mà Blue Shield có được, tạo ra và/hoặc duy trì về quý vị và những người phụ thuộc được bảo hiểm của quý vị.

Trong quá trình quản lý bảo hiểm Blue Shield 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, điều trị y tế của quý vị và các dịch vụ chúng tôi cung cấp cho quý vị. Thông tin trong các hồ sơ này được gọi là thông tin sức khỏe bảo mật (“PHI”) và 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 khiếu nại.

Chúng tôi có được PHI 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 PHI của quý vị 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, trung tâm trao đổi thông tin sức khỏe, chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc đại lý bảo hiểm của quý vị. Chúng tôi sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị để quản lý bảo hiểm Blue Shield của quý vị và các mục đích khác được cho phép hoặc yêu cầu bởi pháp luật. Khi thực hiện điều này, chúng tôi cũng có thể sẽ tiết lộ PHI 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, trung tâm trao đổi thông tin sức khỏe, chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc đại lý bảo hiểm của quý vị.

Blue Shield duy trì Thông báo về Thông lệ Quyền riêng tư (“Thông báo”) 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 PHI của quý vị khi có và không có sự cho phép cụ thể của quý vị. Khi chúng tôi sử dụng hoặc tiết lộ PHI của quý vị, chúng tôi bị ràng buộc bởi các điều khoản của Thông báo, điều này áp dụng cho tất cả các hồ sơ mà chúng tôi tạo ra, thu được và/hoặc duy trì và có chứa PHI của quý vị. Quý vị sẽ nhận được Thông báo của chúng tôi khi quý vị đăng ký bảo hiểm Blue Shield. Quý vị cũng có thể nhận được bản sao Thông báo 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/bzca/about-blue-shield/privacy/confidentiality.sp.

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.

Chứng thực của Đại lý/Người môi giới

Chứng thực của Đại lý/Người môi giới hỗ trợ việc nộp đơn đăng ký này: (1) theo hiểu biết tốt nhất của tôi, thông tin trong đơn đăng ký này là đầy đủ và chính xác; và (2) 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.

Chữ ký của Đại lý/Người môi giới _____ Ngày _____

Nếu Đại lý/Người môi giới 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). Mọi công tố viên đều có thể đưa ra vụ kiện dân sự để áp dụng khoản phạt dân sự này. Những khoản tiền phạt này sẽ được trả cho Quỹ bảo hiểm.



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)**。