

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

Phần 1 – Thông tin Công ty				
1	Tên đăng ký kinh doanh hợp pháp đầy đủ của nhóm		Ngày yêu cầu bảo hiểm có thời hạn (tháng/ngày/năm):	
	Hình thức kinh doanh (DBA), nếu thích hợp:		Quận của địa chỉ thực	
2	Địa chỉ phổ gửi hóa đơn (nếu cung cấp Hộp thư, vui lòng hoàn thành thêm #3 bên dưới)			
	Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP	
3	Địa chỉ thực (nếu khác ở trên)			
	Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP	
4	Loại pháp lý công ty: <input type="checkbox"/> Công ty nội bộ <input type="checkbox"/> Công ty đại chúng <input type="checkbox"/> Đối tác <input type="checkbox"/> Doanh nghiệp tư nhân <input type="checkbox"/> Công ty trách nhiệm hữu hạn <input type="checkbox"/> Phi lợi nhuận <input type="checkbox"/> Khác (xin nêu rõ) _____			
	Mã số thuế doanh nghiệp Liên Bang (TID) _____			
	Nhóm có tuân theo ERISA không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
5	Nhóm có dự định sử dụng bảo hiểm Blue Shield cùng với chương trình của hãng bảo hiểm khác không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
	Ngày bảo hiểm có hiệu lực ban đầu của hãng khác (tháng/ngày/năm):			
	Nhóm có bất kỳ công ty con hay công ty liên kết nào không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
	Nếu có, vui lòng cung cấp các thông tin sau:		Mã số ID thuế	Có bao gồm trong gói bảo hiểm?
	Tên hợp pháp 1			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	Tên hợp pháp 2			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	Tên hợp pháp 3			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Có phải tất cả nhân viên được bảo vệ bởi luật bồi thường lao động trong phạm vi yêu cầu của pháp luật không?				
<input type="checkbox"/> Có Tên hãng bảo hiểm: _____				
<input type="checkbox"/> Không Nếu không, vui lòng giải thích: _____				

6	Liên hệ đại diện nhóm:		
	Liên hệ toàn thể nhóm (chính)	A. Người đại diện nhóm	B. Chức danh
		C. Số điện thoại	D. Địa chỉ email (bắt buộc)
Quản trị viên trực tuyến	A. Người đại diện nhóm	B. Chức danh	
	C. Số điện thoại	D. Địa chỉ email (bắt buộc)	
Liên hệ về hoá đơn	A. Người đại diện nhóm	B. Chức danh	
	C. Số điện thoại	D. Địa chỉ email (bắt buộc)	
<i>Liên hệ về Chứng từ Bảo hiểm/ Thẻ Bảo hiểm (EOC/COI)</i>	A. Người đại diện nhóm	B. Chức danh	
	C. Số điện thoại	D. Địa chỉ email (bắt buộc)	
Liên hệ pháp lý (chịu trách nhiệm về các cam kết pháp lý ràng buộc thay mặt cho nhóm chủ lao động)	A. Người đại diện nhóm	B. Chức danh	
	C. Số điện thoại	D. Địa chỉ email (bắt buộc)	
Liên hệ Chương trình Chăm sóc Sức khỏe theo Tài khoản (ABHP)	A. Người đại diện nhóm	B. Chức danh	
	C. Số điện thoại	D. Địa chỉ email (bắt buộc)	
Quản trị viên COBRA	A. Người đại diện nhóm	B. Chức danh	
	C. Số điện thoại	D. Địa chỉ email (bắt buộc)	
Liên hệ Báo cáo Sai lệch Đăng ký (nếu sử dụng EDI cho đăng ký điện tử)	A. Người đại diện nhóm	B. Chức danh	
	C. Số điện thoại	D. Địa chỉ email (bắt buộc)	
Liên hệ bổ sung	A. Người đại diện nhóm	B. Chức danh	
	C. Số điện thoại	D. Địa chỉ email (bắt buộc)	
Liên hệ bổ sung	A. Người đại diện nhóm	B. Chức danh	
	C. Số điện thoại	D. Địa chỉ email (bắt buộc)	

Phần 2 – Đủ Điều Kiện

7

Quý vị có sử dụng tệp tin điện tử EDI cho những lần đăng ký sau không? Có Không
Nếu có, các thành viên COBRA của quý vị sẽ được bao gồm trong tệp tin đó chứ? Có Không

Thời gian hòa nhập công việc và thời gian chờ – Doanh nghiệp có thể đặt ra khoảng thời gian chính quy về định hướng (hòa nhập) công việc cho nhân viên mới, nhưng không được quá 30 ngày. Thời gian chờ đợi cũng có thể được áp dụng trước khi bảo hiểm có hiệu lực, bắt đầu từ ngày đầu tiên sau thời gian định hướng và không vượt quá tổng cộng 90 ngày.

Xin lưu ý: “Ngày được thuê tuyển” của một nhân viên sẽ được tính là ngày đầu tiên làm cho công ty. Tuy nhiên, nếu doanh nghiệp đặt ra một khoảng thời gian định hướng hoặc khoảng thời gian chờ đợi, thì “ngày bảo hiểm có hiệu lực” là ngày đầu tiên sau khi hoàn thành mọi khoảng thời gian định hướng/chờ đợi.

7a. Thời gian chờ của doanh nghiệp – Nhóm có thể chọn một trong số các lựa chọn sau.

Bảo hiểm cho các nhân viên đủ điều kiện sẽ có hiệu lực sau khi hoàn tất thời gian chờ vào ngày chỉ định.

Nếu có nhiều lựa chọn cho các khoảng thời gian chờ khác nhau dựa trên phân loại công việc, vui lòng ghi rõ tùy chọn được chọn:

Không có thời gian chờ (có hiệu lực từ ngày được thuê tuyển)

Tất cả nhân viên

Khác (vui lòng ghi rõ) _____

Có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng SAU NGÀY ĐƯỢC THUÊ TUYỂN

a. Nếu được thuê tuyển vào ngày 1 của tháng, bảo hiểm **sẽ có hiệu lực vào ngày 1 của tháng sau**.
Ví dụ: nhân viên được thuê tuyển vào ngày 01/12/2019 = có hiệu lực từ ngày 01/01/2020

Tất cả nhân viên

Khác (vui lòng ghi rõ) _____

b. Nếu được thuê tuyển vào ngày 1 của tháng, bảo hiểm **sẽ có hiệu lực vào ngày được thuê tuyển**.
Ví dụ: nhân viên được thuê tuyển vào ngày 01/12/2019 = có hiệu lực từ ngày 01/12/2019

Tất cả nhân viên

Khác (vui lòng ghi rõ) _____

Có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng SAU 30 NGÀY KỂ TỪ NGÀY ĐƯỢC THUÊ TUYỂN

Tất cả nhân viên

Khác (vui lòng ghi rõ) _____

Có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng SAU 60 NGÀY KỂ TỪ NGÀY ĐƯỢC THUÊ TUYỂN

Ví dụ: nhân viên được thuê tuyển vào ngày 15/12/2019 cộng thêm 60 ngày = có hiệu lực từ ngày 01/03/2020

Tất cả nhân viên

Khác (vui lòng ghi rõ) _____

Có hiệu lực vào NGÀY THỨ 91 SAU NGÀY ĐƯỢC THUÊ TUYỂN

Khác (vui lòng ghi rõ) _____

7b. Thời gian chờ sẽ được miễn:

Có Không Đối với nhân viên hiện đang làm việc đăng ký trong lần chuyển đổi đầu tiên sang Blue Shield.

Có Không Đối với nhân viên bán thời gian khi chuyển thành nhân viên toàn thời gian.

Có Không Đối với nhân viên được thuê tuyển lại. Nếu “có”, hãy chọn thời gian chờ:
 1 tháng 90 ngày 3 tháng 6 tháng 12 tháng 13 tuần
 Bất kể thời gian nào, có hiệu lực vào ngày thuê tuyển lại
 Bất kể thời gian nào, có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng sau ngày được thuê tuyển lại

Xin lưu ý: Nếu sử dụng các tệp tin điện tử EDI để đăng ký và đủ điều kiện liên tục, ngày hiệu lực của thành viên được tính toán theo ngày trên các tệp EDI và (các) thời gian chờ thích hợp.

8	Số nhân viên		
<p>Blue Shield yêu cầu nhóm hãy đọc các định nghĩa về "nhân viên" và cung cấp thông tin yêu cầu dựa vào những định nghĩa được trình bày bên dưới. Chúng tôi dựa vào thông tin được cung cấp từ phía nhóm để xác định tình trạng đủ điều kiện cho nhóm và nhân viên tham gia bảo hiểm.</p> <p>1. Tất cả nhân viên – Mọi cá nhân được nhóm tuyển dụng, bao gồm cả nhân viên toàn thời gian và bán thời gian, (29 USC 1002 (6)).</p> <p>2. Nhân viên toàn thời gian (FTE) và Tương đương FTE – FTE và Tương đương FTE được định nghĩa ở Phần 4980H(c)(2) của Mã Thu nhập Nội bộ. FTE là một nhân viên có trung bình ít nhất 30 giờ làm việc mỗi tuần, hay ít nhất 130 giờ làm việc trong một tháng theo lịch. Số của Tương đương FTE được quyết định bằng cách kết hợp số giờ làm việc của tất cả các nhân viên không phải FTE trong tháng, nhưng không nhiều hơn 120 giờ làm việc đối với mỗi nhân viên, sau đó chia tổng số cho 120.</p> <p>3. Nhân viên đủ điều kiện – Định nghĩa này dùng để xác định các nhân viên đủ điều kiện để tham gia và tiếp tục tham gia bảo hiểm. Một nhân viên đủ điều kiện là cá nhân:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Là cá nhân tham gia trên cơ sở toàn thời gian trong quá trình thực hiện công việc với doanh nghiệp, có ít nhất 30 giờ làm việc mỗi tuần, và nhiệm vụ trong nghề nghiệp đó được thực hiện tại các địa điểm làm việc chính quy của doanh nghiệp; hoặc • Là chủ sở hữu hoặc đối tác duy nhất của một sự hợp tác được thực hiện trên cơ sở toàn thời gian, ít nhất 30 giờ mỗi tuần, trong công việc của doanh nghiệp và người được bao gồm với tư cách nhân viên trong hợp đồng của chương trình chăm sóc sức khỏe của doanh nghiệp. • Nhân viên đủ điều kiện không bao gồm các cá nhân làm việc trên cơ sở bán thời gian, tạm thời hoặc thay thế. 			
8 a. Tổng số nhân viên:			
8 b. Tổng số nhân viên toàn thời gian đủ điều kiện:			
8 c. Tổng số nhân viên đủ điều kiện đăng ký bảo hiểm Blue Shield (hoàn thành theo hiểu biết tốt nhất của quý vị):			
8 d. Tổng số nhân viên đủ điều kiện từ chối bảo hiểm Blue Shield (hoàn thành theo hiểu biết tốt nhất của quý vị):			
8 e. Tổng số FTE và Tương đương FTE:			
8 f. Quý vị có kế hoạch cung cấp bảo hiểm Blue Shield cho các nhân viên từ tiểu bang khác không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, quý vị có bao nhiêu nhân viên từ tiểu bang khác? _____			
Doanh nghiệp có trách nhiệm thu và giữ lại Đơn Từ Chối Bảo Hiểm, cũng như cung cấp đầy đủ các đơn này khi Blue Shield yêu cầu. Nếu không có chương trình y tế nào của Blue Shield được cung cấp (ví dụ: nha khoa, nhân khoa hoặc bảo hiểm nhân thọ duy nhất) thì không cần phải có Đơn Từ Chối Bảo Hiểm.			
9	9a. Tất cả các nhân viên toàn thời gian đủ điều kiện có đang được cung cấp bảo hiểm sức khỏe không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
9b. Nếu câu trả lời cho 9a là không, xin vui lòng giải thích:			
9c. Tất cả các nhân viên toàn thời gian đủ điều kiện được cung cấp bảo hiểm sức khỏe có đang làm việc ít nhất 30 giờ trong một tuần không?			
9d. Nếu câu trả lời cho 9c là không, xin vui lòng giải thích:			
9e. Người về hưu có đủ điều kiện hưởng quyền lợi không? Lưu ý: Bảo hiểm cho hưu trí cần phải có sự đồng ý trước của hãng bảo hiểm.			
9f. Nếu câu trả lời cho 9e là có, vui lòng đánh dấu chọn vào ô thích hợp: <input type="checkbox"/> Nghỉ hưu sớm, dưới 65 tuổi <input type="checkbox"/> Người nghỉ hưu, từ 65 trở lên			
Nhóm có hỗ trợ cho bảo hiểm hưu trí không?		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
9g. Quý vị có yêu cầu bảo hiểm cho hưu trí phải được ghi hóa đơn riêng với các nhân viên đang làm việc không?			
<input type="checkbox"/> Có		<input type="checkbox"/> Không	
Nếu có, vui lòng cung cấp thông tin và địa chỉ liên hệ để gửi hóa đơn hàng tháng bảo hiểm cho hưu trí.			
Địa chỉ gửi hóa đơn			
Thành phố		Tiểu bang	Mã ZIP
Người đại diện		Địa chỉ email	
Phần 3 – COBRA/Cal-COBRA thông tin bảo hiểm tiếp tục			
10	Nhóm của quý vị phải tuân thủ COBRA liên bang nếu quý vị có 20 nhân viên trở lên trong thời gian ít nhất là 50% của các ngày làm việc trong năm dương lịch trước đó. Nhóm này tự chịu trách nhiệm cho tất cả các khía cạnh của việc quản lý Mục X của Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA, Đạo Luật Điều Phối Ngân Sách Tổng Hợp Omnibus).		
10a. Có bao nhiêu người hiện tham gia COBRA? _____			
10b. Nhân viên hoặc người tham gia COBRA/Cal-COBRA phải hoàn thành Phụ Lục Khuyết Tật (mẫu C11248) nếu họ là người khuyết tật hoặc được nhập viện.			
Tên của quản trị viên COBRA: _____			
Hóa đơn thành viên của COBRA cần được gửi tới: <input type="checkbox"/> Nhóm <input type="checkbox"/> Quản trị viên COBRA			
Vui lòng cung cấp địa chỉ của quản trị viên COBRA:			
Địa chỉ gửi hóa đơn			
Thành phố		Tiểu bang	Mã ZIP

Phần 4a – Lựa chọn chương trình bảo hiểm y tế Blue Shield of California

11	Các chương trình Trio HMO	
	Chọn chương trình đầu tiên	Chọn chương trình thứ hai
	Chọn chương trình thứ ba	Chọn chương trình thứ tư
	Các chương trình Access+ HMO®	
	Chọn chương trình đầu tiên	Chọn chương trình thứ hai
	Chọn chương trình thứ ba	Chọn chương trình thứ tư
	Các chương trình Access+ HMO® SaveNet¹	
	Chọn chương trình đầu tiên	Chọn chương trình thứ hai
	<small>1 Các gói Access+ HMO SaveNet chỉ được cung cấp cùng với các gói Access+ HMO tại các quận được chỉ định: Kern, Marin, Orange, Sacramento, San Francisco, San Luis Obispo, San Mateo, Santa Clara, Santa Cruz, Sonoma, Stanislaus, Ventura, Yolo, và những phần của các quận của Contra Costa, Los Angeles, Riverside, San Bernardino và San Diego.</small>	
	Các chương trình Local Access+ HMO²	
	Chọn chương trình đầu tiên	Chọn chương trình thứ hai
	<small>2 Gói Local Access+ HMO chỉ có ở các quận được chỉ định: Marin, Orange, San Francisco, San Luis Obispo, Santa Clara, Santa Cruz, Sonoma, Stanislaus, Yolo, và những phần của các quận của Contra Costa, Kern, Los Angeles, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Mateo và Ventura.</small>	
	Các chương trình Added Advantage POSSM	
	Chọn chương trình đầu tiên	Chọn chương trình thứ hai
	Các chương trình Full PPO/EPO	
Chọn chương trình đầu tiên	Chọn chương trình thứ hai	
Chọn chương trình thứ ba	Chọn chương trình thứ tư	
Các chương trình PPO Savings		
Chọn chương trình đầu tiên	Chọn chương trình thứ hai	
Chọn chương trình thứ ba	Chọn chương trình thứ tư	
Các chương trình Tandem PPO/EPO		
Chọn chương trình đầu tiên	Chọn chương trình thứ hai	
Chọn chương trình thứ ba	Chọn chương trình thứ tư	
Chương trình Active Choice® Plus/Active Choice® Classic		
Chọn chương trình đầu tiên	Chọn chương trình thứ hai	
Các chương trình Blue Shield 65 PlusSM		
<input type="checkbox"/> Chương trình tùy chỉnh (đính kèm bản Tóm Tắt Quyền Lợi tùy chỉnh)		
12	Yêu cầu doanh nghiệp đóng góp vào chương trình bảo hiểm y tế Blue Shield	
	Điền số phần trăm của lệ phí/phí bảo hiểm được chi trả bởi nhóm cho các nhân viên và người phụ thuộc. Nếu nhóm đóng góp 100%, tất cả các nhân viên đủ điều kiện bắt buộc phải đăng ký.	
	Ghi rõ số tiền doanh nghiệp đóng góp vào bảo hiểm y tế ở đây:	
Với nhân viên _____% Với người nghỉ hưu (nếu có) _____%	Với người phụ thuộc _____% Với người phụ thuộc của người nghỉ hưu (nếu có) _____%	

13 Chương trình bảo hiểm sức khỏe dựa trên tài khoản Blue Shield (ABHP)			
<p>Hãy ghi rõ nếu quý vị đang cung cấp bất kỳ tùy chọn tài khoản nào sau đây (chọn tất cả các phương án phù hợp) và cung cấp tên quản trị viên của mỗi chương trình. Ngoài ra, hãy ghi rõ số tiền sẽ được đóng góp bởi doanh nghiệp.</p>			
Loại tài khoản	Quản trị viên tài khoản	Số tiền doanh nghiệp đóng góp cho bảo hiểm CÁ NHÂN	Số tiền doanh nghiệp đóng góp cho bảo hiểm GIA ĐÌNH
<input type="checkbox"/> Health savings account (HSA, Tài khoản tiết kiệm y tế)	<input type="checkbox"/> HealthEquity (mô hình tích hợp – Blue Shield chia sẻ các điều kiện tiếp nhận và yêu cầu bảo hiểm) • Đăng ký y tế bắt buộc: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Quản trị viên khác (lựa chọn không tích hợp)	\$	\$
<input type="checkbox"/> Thỏa thuận hoàn trả y tế (HRA)	<input type="checkbox"/> HealthEquity (mô hình tích hợp – Blue Shield chia sẻ các điều kiện tiếp nhận và yêu cầu bảo hiểm) • Đăng ký y tế bắt buộc: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Quản trị viên khác (lựa chọn không tích hợp)	\$	\$
<input type="checkbox"/> Tài khoản ưu đãi y tế (HIA)	<input type="checkbox"/> HealthEquity (mô hình tích hợp – Blue Shield chia sẻ các điều kiện tiếp nhận và yêu cầu bảo hiểm) • Đăng ký y tế bắt buộc: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Quản trị viên khác (lựa chọn không tích hợp)	\$	\$
<input type="checkbox"/> Tài khoản chi tiêu linh hoạt mục đích hạn chế (LPFSA – Nha khoa và Nhân khoa) chỉ với HSA	<input type="checkbox"/> HealthEquity (mô hình tích hợp – Blue Shield chia sẻ các điều kiện tiếp nhận và yêu cầu bảo hiểm) • Đăng ký y tế bắt buộc: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Quản trị viên khác (lựa chọn không tích hợp)	\$	\$
<input type="checkbox"/> Tài khoản chi tiêu linh hoạt (FSA) <input type="checkbox"/> FSA y tế <input type="checkbox"/> FSA chăm sóc độc lập	<input type="checkbox"/> HealthEquity (mô hình tích hợp – Blue Shield chia sẻ các điều kiện tiếp nhận và yêu cầu bảo hiểm) • Đăng ký y tế bắt buộc: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Ceridian (thêm giấy bằng tay) <input type="checkbox"/> Quản trị viên khác (lựa chọn không tích hợp)	\$	\$

Tùy chọn trong việc lựa chọn quyền lợi của Blue Shield of California

14	<ul style="list-style-type: none"> Không thể mua được nếu không có bảo hiểm y tế. Đối với các gói Dual Choice, các tùy chọn quyền lợi này cũng phải được mua cho tất cả các chương trình lựa chọn. Các loại sản phẩm đi theo phải phù hợp với gói bảo hiểm y tế – chỉ HMO đến HMO, v.v.
Điều khoản bổ sung về vô sinh – chọn loại chương trình:	
Chọn loại chương trình	Chọn tùy chọn chương trình
Chọn loại chương trình	Chọn tùy chọn chương trình
Chọn loại chương trình	Chọn tùy chọn chương trình
Điều khoản bổ sung về trị liệu thần kinh cột sống và châm cứu – chọn loại chương trình:	
Chọn tùy chọn chương trình	
Điều khoản bổ sung về trợ thính – chọn loại chương trình:	
Chọn tùy chọn chương trình	
Chọn tùy chọn chương trình	
Chọn tùy chọn chương trình	
Tùy chọn gói thuốc theo toa ngoại trú của Blue Shield of California (có sẵn cho HMO/POS)	
Chọn gói thuốc Rx (Basic Rx) thích hợp: ¹	
Chọn tùy chọn 1	Chọn tùy chọn 2
Chọn tùy chọn 3	Chọn tùy chọn 4
Chọn gói thuốc Rx (Enhanced Rx hoặc Premier Rx) áp dụng: ¹	
Chọn tùy chọn 1	Chọn tùy chọn 2
Chọn tùy chọn 3	Chọn tùy chọn 4
Chọn gói thuốc Rx (Rx Spectrum) thích hợp: ¹	
Chọn tùy chọn 1	Chọn tùy chọn 2
Chọn tùy chọn 3	Chọn tùy chọn 4

¹ Thuốc cấp 4, bao gồm Thuốc đặc trị, 20% đến tối đa \$250.

14 tiếp tục	Tùy chọn gói thuốc theo toa ngoại trú của Blue Shield of California (có sẵn cho các chương trình PPO, EPO và Active Choice® Classic và Active Choice® Plus)	
	Chọn gói thuốc Rx (Enhanced Rx hoặc Premier Rx) áp dụng: ¹	
	Chọn tùy chọn 1	Chọn tùy chọn 2
	Chọn tùy chọn 3	Chọn tùy chọn 4
	Chọn gói thuốc Rx (Rx Spectrum) thích hợp: ¹	
	Chọn tùy chọn 1	Chọn tùy chọn 2
Chọn tùy chọn 3	Chọn tùy chọn 4	
1 Thuốc cấp 4, bao gồm Thuốc đặc trị, 30% đến tối đa \$250.		

Phần 4b – Tùy chọn chương trình bảo hiểm sức khỏe Blue Shield Life* và gói thuốc theo toa ngoại trú*

Chọn tất cả các mục phù hợp:	
Chương trình Active Choice*	
Chọn chương trình thứ nhất [DANH SÁCH CHƯƠNG TRÌNH]	Chọn chương trình thứ hai [DANH SÁCH CHƯƠNG TRÌNH]
Chọn một khoản khấu trừ được phẩm dùng trong một năm dương lịch bên dưới:	
<input type="checkbox"/> \$0 mỗi người <input type="checkbox"/> \$150 mỗi người <input type="checkbox"/> \$250 mỗi người	
Chọn một tùy chọn gói thuốc Rx bên dưới:	
Chọn chương trình thứ nhất [DANH SÁCH CHƯƠNG TRÌNH]	Chọn chương trình thứ hai [DANH SÁCH CHƯƠNG TRÌNH]
1 Thuốc cấp 4, bao gồm Thuốc đặc trị, 30% đến tối đa \$250. C17607-ML-MED-VI	
Điều khoản bổ sung không bắt buộc của chương trình Bảo hiểm sức khỏe Blue Shield Life*	
Thiết bị trợ thính:	
Nhóm có muốn thêm điều khoản bổ sung về thiết bị trợ thính không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Vô sinh	
Chọn một trong những điều khoản bổ sung về vô sinh:	Chọn lựa chọn [DANH SÁCH CÁC LỰA CHỌN]
* Được bảo hiểm bởi Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life).	

Phần SB1 – Tùy chọn chương trình bảo hiểm nha khoa Blue Shield of California

15	Nhóm có thể lựa chọn một trong số các lựa chọn sau:	
	<input type="checkbox"/> Lựa chọn Single Dental Plan <input type="checkbox"/> Lựa chọn Dual Choice Dental Plan • 1 DPPO + 1 DHMO • 2 DHMO • 2 DPPO	
	Dental HMO	
	Chọn chương trình đầu tiên	Chọn chương trình thứ hai
	Dental PPO	
	Chọn chương trình đầu tiên	Chọn chương trình thứ hai
16	Yêu cầu doanh nghiệp đóng góp vào chương trình nha khoa	
	Điền số phần trăm của lệ phí/phí bảo hiểm được chi trả bởi nhóm cho các nhân viên và người phụ thuộc. Đối với bảo hiểm nha khoa, doanh nghiệp phải đóng góp ít nhất 50% trên tổng số tiền phí bảo hiểm của nhân viên (trừ trường hợp tự nguyện). Nếu 100% được chi trả, tất cả các nhân viên đủ điều kiện phải đăng ký.	
	Ghi rõ số tiền chủ lao động đóng góp vào chương trình nha khoa ở đây:	
Với nhân viên _____%	Với người phụ thuộc _____%	
Với người nghỉ hưu (nếu có) _____%	Với người phụ thuộc của người nghỉ hưu (nếu có) _____%	

Phần SB2 – Bảo hiểm nhãn khoa*

17	Chọn chương trình đầu tiên	Chọn chương trình thứ hai
Vision Voluntary†		
	Chọn chương trình đầu tiên	Chọn chương trình thứ hai
<small>* Được bảo hiểm bởi Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life). † Bảo hiểm nhãn khoa tự nguyện yêu cầu phải có ít nhất 10 nhân viên đăng ký đang có bảo hiểm y tế Blue Shield Life, hoặc 25% của số nhân viên đủ điều kiện nếu không có bảo hiểm y tế Blue Shield Life. C17607-ML-SB-VI</small>		

18 Yêu cầu doanh nghiệp đóng góp vào chương trình nhãn khoa
 Điền số phần trăm của phí bảo hiểm được chi trả bởi nhóm cho các nhân viên và người phụ thuộc. Đối với bảo hiểm nhãn khoa, doanh nghiệp phải đóng góp ít nhất 25% trên tổng số tiền phí bảo hiểm của nhân viên (trừ trường hợp tự nguyện). Nếu 100% được chi trả, tất cả các nhân viên đủ điều kiện phải đăng ký.

Ghi rõ số tiền doanh nghiệp đóng góp vào bảo hiểm nhãn khoa ở đây:

Với nhân viên _____%	Với người phụ thuộc _____%
Với người nghỉ hưu (nếu có) _____%	Với người phụ thuộc của người nghỉ hưu (nếu có) _____%

Phần SB3 - Bảo hiểm Nhân thọ/Bảo hiểm AD&D (Bảo hiểm Thương tật Toàn bộ Vĩnh viễn và Tử vong do Tai nạn)*

19 Khả năng đủ điều kiện –Tất cả nhân viên toàn thời gian

Bảo hiểm nhân thọ/Bảo hiểm AD&D cho nhân viên:

Số tiền cố định \$ _____

Cấp số nhân của tiền lương _____ nhân tiền lương, tối đa \$ _____

Số tiền trợ cấp được thiết lập theo mức lương được làm tròn đến cao nhất \$1,000 tiếp theo.

Phân loại:

1. Mô tả hạng _____ số tiền \$ _____
2. Mô tả hạng _____ số tiền \$ _____
3. Mô tả hạng _____ số tiền \$ _____
4. Mô tả hạng _____ số tiền \$ _____

Bảo hiểm nhân thọ cho người phụ thuộc: **Chọn số tiền**

Số tiền bảo hiểm cho người phụ thuộc được liệt kê là của mỗi người phụ thuộc, và bảo hiểm chỉ có sẵn cho các nhân viên cũng chọn bảo hiểm nhân thọ. Lợi ích của người phụ thuộc không được nhiều hơn 50% quyền lợi của nhân viên. Lợi ích cho trẻ em từ 14 ngày tuổi đến 6 tháng là 10% của quyền lợi người phụ thuộc.

20 Yêu cầu doanh nghiệp đóng góp vào bảo hiểm nhân thọ
 Điền số phần trăm của phí bảo hiểm được chi trả bởi nhóm cho các nhân viên và người phụ thuộc. Đối với bảo hiểm nhân thọ, doanh nghiệp phải đóng góp ít nhất 25% trên tổng số tiền phí bảo hiểm của nhân viên. Nếu 100% được chi trả bởi doanh nghiệp (không đóng góp), tất cả các nhân viên đủ điều kiện phải đăng ký.

Ghi rõ số tiền doanh nghiệp đóng góp vào bảo hiểm nhân thọ ở đây:

Với nhân viên _____%	Với người phụ thuộc _____%
Với người nghỉ hưu (nếu có) _____%	Với người phụ thuộc của người nghỉ hưu (nếu có) _____%

21 Bảo hiểm Nhân thọ Bổ sung và Bảo hiểm AD&D Bổ sung cho nhóm*: Bảo hiểm tùy thuộc vào các mức độ tham gia và Bằng chứng có bảo hiểm.

Bảo hiểm Nhân thọ Bổ sung và Bảo hiểm AD&D Bổ sung cho nhân viên (chọn tất cả các lựa chọn thích hợp):

Bảo hiểm Nhân thọ Bổ sung Bảo hiểm AD&D Bổ sung

(Các) Hạng đủ điều kiện _____ "Tất cả các nhân viên đủ điều kiện" hoặc Loại khác _____

Lượng tăng \$ _____ Số nhân của tiền lương: _____ nhân tiền lương

Tối đa \$ _____ Bảo đảm cấp phát \$ _____

Bảo hiểm Nhân thọ Bổ sung và Bảo hiểm AD&D Bổ sung cho vợ, chồng/bạn đời sống chung. Chỉ có sẵn nếu nhân viên cũng chọn bảo hiểm Nhân thọ Bổ sung và không thể vượt quá 50% mức quyền lợi của người lao động (chọn tất cả các lựa chọn thích hợp):

Bảo hiểm Nhân thọ Bổ sung Bảo hiểm AD&D Bổ sung

Lượng tăng \$ _____ lên tới tối đa \$ _____ Bảo đảm cấp phát \$ _____

Bảo hiểm Nhân thọ Bổ sung và Bảo hiểm AD&D Bổ sung cho Trẻ nhỏ. Chỉ có sẵn nếu nhân viên cũng mua bảo hiểm Nhân thọ Bổ sung và Bảo hiểm AD&D Bổ sung, và không thể vượt quá 50% mức quyền lợi của nhân viên (chọn tất cả các lựa chọn thích hợp):

Bảo hiểm Nhân thọ Bổ sung Bảo hiểm AD&D Bổ sung

Lượng tăng \$ _____ lên tới tối đa \$ _____

* Được bảo hiểm bởi Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life). C17607-ML-SB-VI

Phần 5 – Doanh nghiệp cung cấp **Chứng Từ Bảo Hiểm/Thẻ Bảo Hiểm (EOC/COI)** cho thành viên

- 22** Quý vị chịu trách nhiệm phân phát tập tài liệu của EOC/COI cho các nhân viên được bảo hiểm của quý vị.
- Phiên bản điện tử sẽ được phân phát thông qua trang web doanh nghiệp của Blue Shield. Blue Shield sẽ thông báo cho các cá nhân chịu trách nhiệm phân phát EOC/COI được quy định tại Phần 1, mục số 6 trên đây, qua email khi EOC/COI đã sẵn sàng để phân phát. Doanh nghiệp có trách nhiệm phân phát tài liệu bằng cách sử dụng một trong các phương pháp sau đây: (1) đăng trên mạng nội bộ của công ty cho nhân viên truy cập, (2) gửi email các tài liệu trực tiếp cho nhân viên của họ, hoặc (3) cung cấp cho nhân viên các hướng dẫn từ Blue Shield về việc làm thế nào để truy xuất trực tuyến các tài liệu từ trang web của Blue Shield.
- Lưu ý:** Quý vị có thể đăng nhập blueshieldca.com/policies và tải về bản *Tóm Tắt Quyền Lợi & Bảo Hiểm (SBC)* cho từng chương trình mà quý vị đang cân nhắc. Khi quý vị mua (các) chương trình bảo hiểm, quý vị sẽ được yêu cầu hoàn thành một giấy xác nhận rằng quý vị đã tải về SBC cho các chương trình bảo hiểm đó và sẽ phân phát chúng cho những người đăng ký và những người đăng ký trong tương lai theo đúng yêu cầu của pháp luật.

Thanh toán (tiền đặt cọc – số tiền này sẽ được áp dụng cho phí bảo hiểm của tháng đầu tiên)

- 23** Theo đây, nhóm đồng ý nộp khoản tiền đóng ban đầu dựa trên việc đăng ký Blue Shield dự kiến và, khi xem xét phê duyệt đơn đăng ký và trong trường hợp phê duyệt, nhóm hứa sẽ trả cho công ty này mọi khoản tiền cần thiết còn lại để tạo thành khoản thanh toán ban đầu cho toàn bộ các quyền lợi của nhóm được xác định trong mẫu này. Nhóm hiểu rằng bảo hiểm sẽ không bắt đầu cho đến khi đơn đăng ký được phê duyệt và các điều kiện bảo hiểm được chấp nhận bởi doanh nghiệp.
- Xin lưu ý rằng việc gửi tiền séc của nhóm không cấu thành sự chấp thuận đơn đăng ký của nhóm. Blue Shield of California sẽ hoàn trả lại tiền đặt cọc đầy đủ cho nhóm nếu các đơn đăng ký nhóm bị từ chối.

Thỏa thuận

- 24** Theo đây, nhóm đăng ký các sản phẩm nhóm được lựa chọn trong đơn đăng ký này, theo như những chương trình quyền lợi được nêu trong bản tóm tắt quyền lợi, với sự hiểu biết và đồng ý rằng:
- Các quyền lợi nhóm sẽ không có hiệu lực trừ trường hợp:
 - Blue Shield tiếp nhận và chấp thuận đơn đăng ký; và
 - Nhóm đáp ứng yêu cầu bảo hiểm của Blue Shield, bao gồm yêu cầu về tham gia và đóng góp tối thiểu. (Các yêu cầu về tham gia và đóng góp chỉ được yêu cầu khi gia hạn.)
 - Nhóm đồng ý thanh toán các lệ phí/phí bảo hiểm bắt buộc hàng tháng cho Blue Shield đúng hạn.
 - Nhóm đồng ý:
 - Đăng ký tất cả nhân viên khi họ đủ điều kiện, nếu Hợp Đồng Dịch Vụ Sức Khỏe/Điều Khoản Nhóm đã được ban hành trên cơ sở không đóng góp; hoặc
 - Cung cấp cho tất cả các nhân viên đủ điều kiện cơ hội đăng ký các quyền lợi nhóm như vậy, nếu Hợp Đồng Dịch Vụ Sức Khỏe/Đơn Bảo Hiểm Nhóm được ban hành trên cơ sở đóng góp.
 - Việc từ bỏ hoặc yêu cầu thay đổi trong phạm vi bảo hiểm sẽ có hiệu lực trừ khi được đồng ý và ký kết bởi nhân viên của Blue Shield.
 - Riêng đối với các sản phẩm bảo hiểm nhân thọ/AD&D: nhân viên đăng ký phải là nhân viên hiện tại đang làm việc hoặc đáp ứng các điều khoản về việc làm hiện tại trước khi bảo hiểm có thể có hiệu lực. Bảo hiểm cho bất kỳ người nào không đáp ứng các điều khoản về ngày có hiệu lực của Đơn Bảo Hiểm Nhóm, hoặc mọi sự gia tăng phạm vi bảo hiểm cho bất kỳ người nào không đáp ứng các quy định về ngày có hiệu lực của sự gia tăng bảo hiểm đó, sẽ được hoãn lại cho đến khi người đó trở lại làm việc hoặc làm việc tích cực.
 - Nhóm chấp thuận và ủy quyền cho Blue Shield gửi tất cả các thư từ kinh doanh thông qua thông tin liên lạc điện tử. Blue Shield sẽ thông báo bằng email cho những người đại diện liên hệ của nhóm, được quy định tại Phần 1, mục số 6 trên đây. Các hình thức liên lạc khác sẽ chỉ được thực hiện khi có yêu cầu trực tiếp. Doanh nghiệp yêu cầu liên lạc qua thư sẽ phải trả một khoản phí bổ sung.
- Điều này được hiểu rằng nhóm đồng ý nhận thông tin liên lạc dạng điện tử từ Blue Shield.

Ủy quyền và chữ ký

- 25** Phần ủy quyền sau đây phải có chữ ký của đại diện nhóm/liên hệ chính.
- Đây là đơn đăng ký bảo hiểm. Nhóm hiểu rằng không có hợp đồng bảo hiểm nào tồn tại cho đến khi Blue Shield đã hoàn thành việc rà soát và thông báo cho người nộp đơn hoặc đại diện của người nộp đơn rằng đơn đăng ký đã được chấp thuận và hợp đồng dịch vụ y tế theo nhóm đã được ban hành. Bằng tất cả sự hiểu biết và uy tín của mình, đại diện nhóm xác nhận tất cả những chi tiết cung cấp trong đơn này là đúng sự thật, chính xác và đầy đủ. Nhóm hiểu rằng nếu gian lận hoặc cố tình làm sai lệch bất kỳ thông tin quan trọng nào liên quan đến đơn đăng ký này, Blue Shield of California có thể thực hiện một trong những biện pháp sau đây trong vòng 24 tháng đầu tiên của bảo hiểm: hủy bỏ bảo hiểm cho nhóm, hoặc điều chỉnh chi phí/phí bảo hiểm, hoặc sau khi thông báo, Hợp Đồng Dịch Vụ Sức Khỏe/Đơn Bảo Hiểm Nhóm có thể bị hủy bỏ.**
- Bằng sự hiểu biết và uy tín của mình, tôi xác nhận rằng tất cả các câu trả lời trên là đúng sự thật, chính xác và đầy đủ.**

Chữ ký đại diện nhóm được ủy quyền

Họ tên và chức vụ (chữ in hoa)

Ngày

Thông tin đại lý cấp cao (Phải được hoàn thành bởi nhà đại lý cấp cao hoặc tổng đại lý. Phải có tất cả các thông tin.)

26	Tên công ty đại lý cấp cao		
	Tên liên hệ của đại lý cấp cao		Số điện thoại liên hệ của đại lý cấp cao
	Địa chỉ văn phòng của đại lý cấp cao		
	Thành phố		Tiểu bang
	Mã ZIP		
	Email liên hệ của đại lý cấp cao		
	Mã số thuế của đại lý cấp cao		
	Số giấy phép của Department of Insurance (Phòng Bảo Hiểm) của liên hệ đại lý cấp cao		
	Tên công ty đại lý cấp cao thứ hai		
	Tên liên hệ của đại lý cấp cao thứ hai		Số điện thoại liên hệ của đại lý cấp cao thứ hai
	Địa chỉ văn phòng của đại lý cấp cao thứ hai		
	Thành phố		Tiểu bang
	Mã ZIP		
	Email liên hệ của đại lý cấp cao thứ hai		
Mã số thuế của đại lý cấp cao thứ hai			
Số giấy phép của Department of Insurance (Phòng Bảo Hiểm) của liên hệ đại lý cấp cao thứ hai			
_____ Ngày hôm nay (bắt buộc)	_____ Chữ ký của đại lý cấp cao chính (bắt buộc)	_____ Tên in hoa của đại lý cấp cao	
_____ Ngày hôm nay (bắt buộc)	_____ Chữ ký của đại lý cấp cao thứ hai (khi thích hợp)	_____ Tên in hoa của đại lý cấp cao	
27	Mã số thuế của tổng đại lý		
	Tên của tổng đại lý		
	_____ Ngày hôm nay (bắt buộc)	_____ Chữ ký được ủy quyền của tổng đại lý (bắt buộc)	_____ Tên in hoa của người đại diện tổng đại lý



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)**。