Đơn Đăng Ký Nhóm Chính
(Dành cho nhóm từ 101 người trở lên)

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 phố gửi hóa đơn (nếu cung cấp Hộp thư, vui lòng hoàn thành thêm phần số 3 bên dưới)		
	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Bưu Chính
3	Địa chỉ thực (nếu khác ở trên)		
	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Bưu Chính
4	Loại pháp nhân: ☐ Công ty S ☐ Công ty C ☐ Đối tác ☐ Doanh nghiệp tư nhân ☐ Công ty trách nhiệm hữu hạn ☐ Phi lợi nhuận ☐ Khác (nêu rõ) _____ **Mã số thuế doanh nghiệp Liên Bang (TID)** _____		
	Nhóm có tuân theo ERISA không? ☐ Có ☐ Không		
5	Nhóm có dự định sử dụng bảo hiểm Blue Shield cùng với chương trình của hãng bảo hiểm khác không? ☐ Có ☐ 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? ☐ Có ☐ 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		☐ Có ☐ Không
	Tên hợp pháp 2		☐ Có ☐ Không
	Tên hợp pháp 3		☐ Có ☐ 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? ☐ Có Tên hãng bảo hiểm: _____ ☐ Không Nếu không, vui lòng giải thích: _____		

6	**Liên hệ đại diện nhóm:**		
	Liên hệ toàn thể nhóm (Chính - liên hệ chung hàng ngày)	A. Người đại diện nhóm	B. Chức vụ
		C. Số điện thoại	D. Địa chỉ email (cần thiết)
	Liên hệ quản trị viên trực tuyến (Điều này áp dụng nếu bạn đang cung cấp bằng chứng về tính đủ điều kiện của mình cho Blue Shield thông qua công cụ trực tuyến độc quyền của Blue Shield)	A. Người đại diện nhóm	B. Chức vụ
		C. Số điện thoại	D. Địa chỉ email (cần thiết)
	Liên hệ về hoá đơn	A. Người đại diện nhóm	B. Chức vụ
		C. Số điện thoại	D. Địa chỉ email (cần thiết)
	Liên hệ *Evidence of Coverage* / Thẻ Bảo Hiểm (EOC, Chứng Từ Bảo Hiểm/COI)	A. Người đại diện nhóm	B. Chức vụ
		C. Số điện thoại	D. Địa chỉ email (cần thiết)
	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 vụ
		C. Số điện thoại	D. Địa chỉ email (cần thiết)
	Liên hệ Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe theo Tài khoản (ABHP)	A. Người đại diện nhóm	B. Chức vụ
		C. Số điện thoại	D. Địa chỉ email (cần thiết)
	Quản trị viên COBRA	A. Người đại diện nhóm	B. Chức vụ
		C. Số điện thoại	D. Địa chỉ email (cần thiết)
	Liên hệ Báo cáo Sai lệch Đăng ký (nếu sử dụng EDI cho đăng ký điện tử)	A. Người đại diện nhóm	B. Chức vụ
		C. Số điện thoại	D. Địa chỉ email (cần thiết)
	Liên hệ khảo sát	A. Người đại diện nhóm	B. Chức vụ
		C. Số điện thoại	D. Địa chỉ email (cần thiết)
	Liên hệ bổ sung (Xin nêu rõ)	A. Người đại diện nhóm	B. Chức vụ
		C. Số điện thoại	D. Địa chỉ email (cần thiết)

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 hoặc nhiều lựa chọn 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 1 tháng 1 = có hiệu lực vào ngày 1 tháng 2
- ☐ 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 1 tháng 1 = có hiệu lực vào ngày 1 tháng 1
- ☐ 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**
Ví dụ: nhân viên được thuê tuyển vào ngày 15 tháng 1 sẽ cộng thêm 30 ngày = có hiệu lực từ ngày 1 tháng 3
- ☐ 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 tháng 1 sẽ cộng thêm 60 ngày = có hiệu lực từ ngày 1 tháng 4
- ☐ Tất cả nhân viên
- ☐ Khác (vui lòng ghi rõ) _____

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

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 Nếu "Có", thời gian chờ sẽ được miễn cho nhân viên được thuê tuyển lại trong vòng:
☐ 1 tháng ☐ 90 ngày ☐ 3 tháng ☐ 6 tháng ☐ 12 tháng ☐ 13 tuần
☐ Bất cứ lúc nào, có hiệu lực vào ngày được thuê tuyển lại
☐ Bất cứ lúc nào, có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng sau ngày được thuê tuyển lại

Xin lưu ý: Nếu sử dụng các tệp 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**
	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. **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)). **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 Bộ luật Thuế vụ Nội địa. 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. **3. Nhân viên đủ điều kiện** – Định nghĩa này dùng để xác định các nhân viện đủ điều kiện tham gia và tiếp tục tham gia bảo hiểm. Một nhân viên đủ điều kiện là cá nhân: • Là cá nhân tham gia làm việc 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 Công ty hợp danh làm việc trên cơ sở toàn thời gian, ít nhất 30 giờ mỗi tuần, trong công việc của doanh nghiệp và là người được tính là nhân viên trong hợp đồng của chương trình chăm sóc sức khoẻ 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.
	8a. Tổng số nhân viên:
	8b. Tổng số nhân viên toàn thời gian đủ điều kiện:
	8c. Tổng số nhân viên đủ điều kiện đăng ký bảo hiểm Blue Shield (hoàn thành theo hiểu biết tốt nhất của quý vị):
	8d. Tổng số nhân viên đủ điều kiện từ chối bảo hiểm Blue Shield (hoàn thành theo hiểu biết tốt nhất của quý vị):
	8e. Tổng số FTE và tương đương FTE:
	8f. Quý vị có kế hoạch cung cấp bảo hiểm Blue Shield cho các nhân viên từ tiểu bang khác không? ☐ Có ☐ 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, nhãn 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 khoẻ không?	☐ Có	☐ 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 khoẻ có đang làm việc ít nhất 30 giờ trong một tuần không?	☐ Có	☐ 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.	☐ Có	☐ Không
	9f. Nếu câu trả lời cho 9e là có, xin vui lòng chọn phương án phù hợp: ☐ Về hưu sớm, dưới 65 tuổi ☐Về hưu ở tuổi 65 trở đi Nhóm có hỗ trợ cho bảo hiểm hưu trí không?	☐ Có	☐ 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?	☐ Có	☐ 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 Bưu Chính		
	Người đại diện / Địa chỉ email		
	9h. Không bắt buộc: Các lựa chọn quyền lợi mặc định đối với các quyền lợi cấp thành viên (MLB1) cho phép người phụ thuộc lựa chọn bằng hoặc ít hơn người đăng ký bất kể lựa chọn y tế. Bằng cách đánh dấu vào ô sau đây, tôi sẽ xóa tùy chọn này và tất cả những người phụ thuộc đã đăng ký sẽ bằng với người đăng ký và phải đăng ký lựa chọn y tế.	☐	

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 cho thành viên COBRA phải được gửi đến: ☐ Nhóm ☐ 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 Bưu Chính

Phần 4a – Lựa chọn chương trình bảo hiểm y tế Blue Shield of California		
11	**Chương trình Trio HMO**	
	Select first plan	Select second plan
	Select third plan	Select fourth plan
	Các chương trình Access+ HMO®	
	Select first plan	Select second plan
	Select third plan	Select fourth plan
	Các chương trình Local Access+ HMO®[1]	
	Select first plan	Select second plan
	1 Gói Local Access+ HMO chỉ được cung cấp ở các quận được chỉ định: Các quận Marin, Orange, San Francisco, San Luis Obispo, Santa Clara, Santa Cruz, Sonoma, Stanislaus, Yolo, và các khu vực của quận Contra Costa, Kern, Los Angeles, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Mateo và Ventura.	
	Các chương trình Added Advantage POS℠	
	Select first plan	Select second plan
	Các chương trình Full PPO/EPO	
	Select first plan	Select second plan
	Select third plan	Select fourth plan
	Các chương trình PPO Savings	
	Select first plan	Select second plan
	Select third plan	Select fourth plan
	Các chương trình Virtual Blue℠	
	Select first plan	Select second plan
	Các chương trình Tandem PPO/EPO	
	Select first plan	Select second plan
	Select third plan	Select fourth plan
	Các chương trình Active Choice® Plus/Active Choice® Classic	
	Select first plan	Select second plan
	Các chương trình Blue Shield 65 Plus℠	
	☐ 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 khoẻ theo tài khoản (ABHP) của Blue Shield

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.

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
☐ Health savings account (HSA, Tài khoản tiết kiệm y tế)	☐ 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:** ☐ Có ☐ Không ☐ Quản trị viên khác (lựa chọn không tích hợp)	$	$
☐ Health reimbursement arrangement (HRA, Thỏa thuận hoàn trả y tế)	☐ 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:** ☐ Có ☐ Không ☐ Quản trị viên khác (lựa chọn không tích hợp)	$	$
☐ Health incentive account (HIA, Tài khoản ưu đãi y tế)	☐ 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:** ☐ Có ☐ Không ☐ Quản trị viên khác (lựa chọn không tích hợp)	$	$
☐ Limited purpose flexible spending account (LPFSA, Tài khoản chi tiêu linh hoạt có mục đích hạn chế – nha khoa và nhãn khoa) chỉ với HSA	☐ 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:** ☐ Có ☐ Không ☐ Quản trị viên khác (lựa chọn không tích hợp)	$	$
☐ Flexible spending account (FSA, Tài khoản chi tiêu linh hoạt) ☐ FSA y tế ☐ FSA Chăm Sóc Người Phụ Thuộc	☐ 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:** ☐ Có ☐ Không ☐ Quản trị viên khác (lựa chọn không tích hợp)	$	$

	Tùy chọn trong việc lựa chọn quyền lợi của Blue Shield of California	
14	• 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 trị liệu thần kinh cột sống và châm cứu – chọn loại chương trình:	**Điều khoản bổ sung về trợ thính – chọn tùy chọn chương trình:**
	Select plan type 1	Select plan option 1
	Select plan type 2	Select plan option 2
	Select plan type 3	Select plan option 3
	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]	
	Select option 1	Select option 2
	Select option 3	Select option 4
	Chọn gói thuốc Rx (Enhanced Rx) áp dụng:[1]	
	Select option 1	Select option 2
	Select option 3	Select option 4
	Chọn gói thuốc Rx (Rx Spectrum) thích hợp:[1]	
	Select option 1	Select option 2
	Select option 3	Select option 4
	1 Thuốc cấp 4, bao gồm thuốc đặc trị, 20% lên đến tối đa $250.	
	Tùy chọn gói thuốc theo toa ngoại trú của Blue Shield of California (có sẵn cho các chương trình PPO, EPO, Active Choice® Classic, và Active Choice® Plus)	
	Chọn gói thuốc Rx (Enhanced Rx hoặc Premier Rx) áp dụng:[1]	
	Select option 1	Select option 2
	Select option 3	Select option 4
	Chọn gói thuốc Rx (Rx Spectrum) thích hợp:[1]	
	Select option 1	Select option 2
	Select option 3	Select option 4
	1 Thuốc cấp 4, bao gồm thuốc đặc trị, 30% lên đến tối đa $250.	

Phần 4b – Quyền lợi chuyên khoa - lựa chọn chương trình nha khoa, nhãn khoa, và bảo hiểm nhân thọ

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:**

☐ **Lựa chọn chương trình Single Dental**

☐ **Lựa chọn chương trình Dual Choice Dental**

• 1 DPPO + 1 DHMO • 1 DPPO + 1 DINO • 2 DHMO • 2 DPPO

☐ **Lựa chọn chương trình Triple Choice Dental**

• 1 DPPO + 1 DHMO + 1 DINO

Dental HMO

Select option 1	Select option 2

Dental PPO

Select option 1	Select option 2

Dental INO

Select option

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 doanh nghiệp 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

Select option 1	Select option 2

Vision Voluntary†

Select option 1	Select option 2

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

† 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

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 Thương tật Toàn bộ Vĩnh viễn và Tử vong do Tai nạn (AD&D)*	
19	**Đủ điều kiện** –Tất cả nhân viên toàn thời gian đang làm việc **Bảo hiểm Nhân Thọ/AD&D Của Nhóm Cơ Bản Có Thời Hạn dành cho nhân viên:** ☐ **Số tiền cố định** $ _____ ☐ **Hệ số lương** _____ nhân với 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 cơ bản cho người phụ thuộc:** Select amount Số tiền bảo hiểm dành cho người phụ thuộc được liệt kê là cho mỗi người phụ thuộc (vợ/chồng/bạn đời sống chung và/hoặc mỗi người con) với một mức giá cố định. Nhân viên bắt buộc phải đăng ký bảo hiểm Nhân Thọ Có Thời Hạn Cho Nhóm Cơ Bản; phúc lợi cho người phụ thuộc không được vượt quá 50% số tiền phúc lợi của nhân viên. Phúc lợi dành cho con cái từ 14 ngày tuổi đến 6 tháng tuổi là 10% số tiền Bảo Hiểm Nhân Thọ Cơ Bản Cho Người Phụ Thuộc.
20	**Yêu cầu chủ lao động đóng góp vào bảo hiểm Nhân Thọ Có Thời Hạn Cho Nhóm Cơ Bản/bảo hiểm AD&D** 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 nhóm thanh toán 100% phí bảo hiểm của nhân viên (được coi là không đóng góp), thì tất cả nhân viên toàn thời gian (những người hiện đang làm việc) phải được đăng ký.
	Cho biết mức tiền đóng góp cho chương trình bảo hiểm Nhân Thọ Có Thời Hạn Cho Nhóm Cơ Bản/bảo hiểm AD&D:
	Với nhân viên _____% Với người nghỉ hưu (nếu có) _____%
	Với người phụ thuộc _____% Với người phụ thuộc của người nghỉ hưu (nếu có) _____%
21	**Bảo hiểm Nhân thọ Bổ sung Nhóm và Bảo hiểm AD&D Bổ sung:*** Phạm vi bảo hiểm tùy thuộc vào mức độ tham gia và Bằng chứng về khả năng bảo hiểm.
	Bảo hiểm Nhân thọ Bổ sung và Bảo hiểm AD&D Bổ sung cho nhân viên (đánh dấu vào 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 nhân viên đủ điều kiện hoặc ☐ Các hạng _____ ☐ Lượng tăng $ _____ hoặc ☐ Hệ số lương:_____ nhân với tiền lương Tối đa $ _____ hoặc _____ x tiền lương, tùy theo số nào ít hơn Bảo đảm cấp phát $ _____ Độ tuổi _____ Bảo đảm cấp phát $ _____ Độ tuổi _____ Bảo đảm cấp phát $ _____ Độ tuổi _____
	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% hoặc ☐ 100% 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 $ _____ Bảo đảm cấp phát $ _____ Độ tuổi _____ Bảo đảm cấp phát $ _____ Độ tuổi _____ Bảo đảm cấp phát $ _____ Độ tuổi _____

21 **Bảo hiểm Nhân thọ Bổ sung và Bảo hiểm AD&D Bổ sung cho Con cái**

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% hoặc ☐ 100% mức quyền lợi của nhân viên (chọn tất cả các lựa chọn phù hợp):

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

Lượng tăng $ _____ lên tới tối đa $ _____

Bảo đảm cấp phát $ _____ Độ tuổi _____

Bảo đảm cấp phát $ _____ Độ tuổi _____

Bảo đảm cấp phát $ _____ Độ tuổi _____

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

Phần 5 – Sự Phân Phối của Doanh Nghiệp cho *Evidence of Coverage/Thẻ bảo hiểm* (EOC/COI) của hội 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.

Thỏa thuận

23 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:

1. Các quyền lợi nhóm sẽ không có hiệu lực trừ trường hợp:
   a. Blue Shield tiếp nhận và chấp thuận đơn đăng ký; và
   b. 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.)
2. Nhóm đồng ý thanh toán các lệ phí/phí bảo hiểm bắt buộc hàng tháng cho Blue Shield đúng hạn.
3. Nhóm đồng ý:
   a. Đăng ký tất cả nhân viên khi họ đủ điều kiện nếu Hợp Đồng Dịch Vụ Sức Khỏe/Đơn Bảo Hiểm Nhóm đã được ban hành trên cơ sở không đóng góp; hoặc
   b. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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	
24	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: huỷ 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 niềm tin tốt nhất 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 _____
	Để bảo vệ quý vị, luật pháp California yêu cầu những thông tin 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 hoặc sửa đổi phạm vi bảo hiểm hoặc để yêu cầu thanh toán tổn thất đều phạm tội và có thể bị phạt tiền và bị giam giữ tại nhà tù của tiểu bang.
	Luật pháp California cấm các công ty bảo hiểm y tế yêu cầu hoặc sử dụng xét nghiệm HIV làm điều kiện để được bảo hiểm y tế.

Thông tin đại lý cấp cao (Phải được hoàn thành bởi nhà đại lý cấp cao hoặc tổng đại lý. Tất cả các thông tin cần phải được điền.)

25 Tên công ty đại lý cấp cao

Tên liên hệ của đại lý cấp cao chính	Số điện thoại liên hệ của đại lý cấp cao chính

Địa chỉ văn phòng của đại lý cấp cao

Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Bưu Chính

Email liên hệ của đại lý cấp cao chính

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 chính

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 Bưu Chính

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 của liên hệ đại lý cấp cao thứ hai

Chứng thực của Đại lý cấp cao/Tổng đại lý

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. 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.

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

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