درخواست گروه اصلی
(برای گروههای 101 تایی و بالاتر)

Blue Shield of California و
Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life)

بخش 1 – اطلاعات شرکت			
1	نام کامل کسب و کار قانونی گروه		تاریخ اجرای درخواستی برای پوشش (سال/روز/ماه):
	نام تجاری (DBA)، در صورت وجود:		شهرستان نشانی فیزیکی
2	نشانی خیابان برای صدور صورتحساب (در صورت ارائه صندوق پستی، شماره 3 زیر نیز تکمیل شود)		
	شهر	ایالت	کدپستی
3	نشانی فیزیکی (اگر با مورد فوق متفاوت است)		
	شهر	ایالت	کدپستی
4	نوع شخص حقوقی: ☐ شرکت S ☐ شرکت C ☐ مشارکت ☐ مالکیت انحصاری ☐ شرکت با مسئولیت محدود ☐ غیر انتفاعی ☐ سایر (مشخص کنید) _____ **شماره شناسایی مالیاتی (TID) فدرال کارفرما** _____		
	آیا گروه مشمول ERISA است؟ ☐ بله ☐ خیر		
5	آیا گروه در نظر دارد Blue Shield را در کنار طرح بیمهگر دیگری ارائه دهد؟ ☐ بله ☐ خیر		
	تاریخ اجرای اولیه پوشش بیمهگر دیگر (سال/روز/ماه):		
	آیا گروه شرکت تابعه یا وابستهای دارد؟ ☐ بله ☐ خیر		
	اگر پاسخ مثبت است، لطفاً موارد زیر را ارائه کنید:	شماره شناسایی مالیاتی	شامل پوشش شود؟
	نام قانونی 1		☐ بله ☐ خیر
	نام قانونی 2		☐ بله ☐ خیر
	نام قانونی 3		☐ بله ☐ خیر
	آیا همه کارکنان تا حدی که از نظر قوانین الزامی است، تحت پوشش بیمه جبران خسارت کارکنان هستند؟ ☐ بله نام بیمهگر: _____ ☐ خیر اگر پاسخ منفی است، لطفاً توضیح دهید: _____		

6	**رابط گروه برای:**		
	رابط کلی گروه (اولیه - تماس عمومی روزانه)	A. نام رابط گروه	B. عنوان شغلی
		C. شماره تلفن	D. نشانی ایمیل (الزامی)
	فرد رابط مدیر آنلاین (این در صورتی اعمال می‌شود که شما صلاحیت خود برای Blue Shield را از طریق ابزار اختصاصی Blue Shield ارائه می‌کنید)	A. نام رابط گروه	B. عنوان شغلی
		C. شماره تلفن	D. نشانی ایمیل (الزامی)
	رابط صدور صورتحساب	A. نام رابط گروه	B. عنوان شغلی
		C. شماره تلفن	D. نشانی ایمیل (الزامی)
	رابط *Evidence of Coverage* /گواهی بیمه (EOC، گواهی پوشش/COI)	A. نام رابط گروه	B. عنوان شغلی
		C. شماره تلفن	D. نشانی ایمیل (الزامی)
	رابط قانونی (مسئول تعهدات قانونی الزامآور از طرف گروه کارفرما)	A. نام رابط گروه	B. عنوان شغلی
		C. شماره تلفن	D. نشانی ایمیل (الزامی)
	رابط طرح سلامت مبتنی بر حساب (ABHP)	A. نام رابط گروه	B. عنوان شغلی
		C. شماره تلفن	D. نشانی ایمیل (الزامی)
	رابط سرپرستی COBRA	A. نام رابط گروه	B. عنوان شغلی
		C. شماره تلفن	D. نشانی ایمیل (الزامی)
	رابط «گزارش مغایرت ثبت‌نام» (در صورت استفاده از EDI برای ثبت‌نام الکترونیکی)	A. نام رابط گروه	B. عنوان شغلی
		C. شماره تلفن	D. نشانی ایمیل (الزامی)
	رابط نظرسنجی	A. نام رابط گروه	B. عنوان شغلی
		C. شماره تلفن	D. نشانی ایمیل (الزامی)
	رابط دیگر (لطفاً مشخص کنید)	A. نام رابط گروه	B. عنوان شغلی
		C. شماره تلفن	D. نشانی ایمیل (الزامی)

بخش 2 – واجد شرایط بودن

7 آیا از فایل الکترونیکی EDI برای ثبتنام جاری خود استفاده خواهید کرد؟ ☐ بله ☐ خیر
اگر پاسخ مثبت است، آیا اعضای COBRA شما در آن پرونده درج خواهند شد؟ ☐ بله ☐ خیر

دورههای انتظار و وابستگی مبتنی بر استخدام – کارفرما میتواند یک دوره آزمایشی حسن نیت (وابستگی) مبتنی بر استخدام برای کارمندان جدید اعمال کند که نباید بیشتر از 30 روز طول بکشد. قبل از اجرایی شدن پوشش بیمه، یک دوره انتظار نیز ممکن است اعمال شود که شروع آن از اولین روز پس از هرگونه دوره آزمایشی است و مدت آن در مجموع نباید بیشتر از 90 روز باشد.

لطفاً توجه داشته باشید: «تاریخ استخدام» کارمند اولین روز شروع استخدام است. اما، چنانچه کارفرما یک دوره آشنایی یا انتظار اعمال کند، «تاریخ اجرایی شدن پوشش» اولین روز پس از اتمام هرگونه دوره آشنایی/انتظار است.

7a. دوره انتظار کارفرما – گروه میتواند یک یا چند مورد از گزینههای زیر را انتخاب کنید.

پوشش بیمه برای کارمندان واجد شرایط پس از اتمام دوره انتظار در روز تعیینشده اجرایی خواهد شد.

اگر بر اساس طبقهبندی استخدام، چند گزینه مختلف برای دوره انتظار وجود دارد، لطفاً در گزینه انتخابشده مشخص کنید:

☐ **فاقد دوره انتظار (تاریخ اجرایی شدن استخدام)**

☐ همه کارمندان

☐ سایر موارد (لطفاً توضیح دهید) _____

☐ **در روز اول ماهِ «بعد از تاریخ استخدام» اجرایی میشود**

a. ☐ اگر استخدام در اول ماه باشد، پوشش بیمه **از اول ماه بعد اجرایی میشود.**
به عنوان مثال: کارمند استخدام شده از 1 ژانویه = تاریخ اجرایی شدن از 1 فوریه

☐ همه کارمندان

☐ سایر موارد (لطفاً توضیح دهید) _____

b. ☐ اگر استخدام در اول ماه باشد، پوشش بیمه **از تاریخ استخدام اجرایی میشود.**
به عنوان مثال: کارمند استخدام شده از 1 ژانویه = تاریخ اجرایی شدن از 1 ژانویه

☐ همه کارمندان

☐ سایر موارد (لطفاً توضیح دهید) _____

☐ **در روز اول ماهِ «بعد از 30 روز پس از تاریخ استخدام» اجرایی میشود**
مثال: کارمند استخدامشده در تاریخ 15 ژانویه، بهعلاوه 30 روز = تاریخ اجرایی شدن 1 مارس

☐ همه کارمندان

☐ سایر موارد (لطفاً توضیح دهید) _____

☐ **در روز اول ماهِ «بعد از 60 روز پس از تاریخ استخدام» اجرایی میشود**
مثال: کارمند استخدامشده در تاریخ 15 ژانویه، بهعلاوه 60 روز = تاریخ اجرایی شدن 1 آوریل

☐ همه کارمندان

☐ سایر موارد (لطفاً توضیح دهید) _____

☐ **در «91 روز پس از تاریخ استخدام» اجرایی میشود**

7b. از دوره انتظار چشمپوشی خواهد شد:

☐ بله ☐ خیر برای کارمندان فعلی که بهطور فعال در حال کار هستند و در حین تغییر بیمه به Blue Shield ثبتنام میکنند.

☐ بله ☐ خیر برای کارمندان پارهوقت پس از تغییر وضعیت آنها به حالت تمامهوقت.

☐ بله ☐ خیر اگر پاسخ مثبت است، باید از دوره انتظار برای کارمندانی که ظرف این مدت مجدداً استخدام میشوند، چشمپوشی شود:

☐ 1 ماه ☐ 90 روز ☐ 3 ماه ☐ 6 ماه ☐ 12 ماه ☐ 13 هفته

☐ هر زمان، با تاریخ اجرایی شدن از تاریخ استخدام مجدد ☐ هر زمان، با تاریخ اجرایی شدن از اول ماه بعد از تاریخ استخدام مجدد

لطفاً توجه داشته باشید: اگر از فایل الکترونیکی EDI برای تعیین واجد شرایط بودن و ثبتنام جاری استفاده کنید، تاریخهای اجرایی شدن برای عضو بر اساس تاریخهای روی فایلهای EDI و دوره(های) انتظار مربوطه محاسبه میشوند.

8	**تعداد کارمندان**
	Blue Shield از گروه می‌خواهد این تعاریف از «کارمند» را بخواند و با استفاده از تعاریف ارائه‌شده در زیر، اطلاعات درخواست‌شده را ارائه کند. ما در تعیین واجد شرایط بودن گروه و کارمند برای پوشش بیمه، به اطلاعات ارائه‌شده توسط گروه استناد می‌کنیم. **1. تمام کارمندان** – هر فردی که گروه او را استخدام کرده است، شامل کارمندان تمام‌وقت و پاره‌وقت ((6) 1002 USC 29). **2. کارمند تمام‌وقت (FTE) و «هم‌ارز FTE»** – کارمند تمام‌وقت (FTE) و «هم‌ارز FTE» در بخش 4980H(c)(2) «آیین‌نامه درآمد داخلی» تعریف شده است. FTE کارمندی است که به‌طور متوسط حداقل 30 ساعت خدمات در هفته، یا در مجموع حداقل 130 ساعت خدمات در یک ماه تقویمی دارد. برای تعیین تعداد کارمندان «هم‌ارز FTE»، تعداد ساعت‌های خدمات همه کارمندان غیر FTE در ماه، که البته نباید برای هر کارمند بیشتر از 120 ساعت خدمات باشد، با هم جمع و سپس مجموع به‌دست‌آمده تقسیم بر 120 می‌شود. **3. کارمند واجد شرایط** – با استفاده از این تعریف مشخص می‌شود کدام کارمندان جزو واجدین شرایط ثبت‌نام و تداوم عضویت در پوشش هستند. کارمند واجد شرایط کسی است که: • به‌صورت تمام‌وقت برای پیشبرد کسب‌وکار کارفرما مشغول به کار است و هفته کاری عادی او حداقل 30 ساعت است و وظایفش در چنین کاری را در محل‌های معمول کسب‌وکار کارفرما انجام می‌دهد؛ یا • مالک انفرادی یا یکی از شرکا است که به‌صورت تمام‌وقت، حداقل 30 ساعت در هفته در کسب‌وکار کارفرما فعال است و نامش تحت عنوان کارمند در قرارداد طرح مراقبت سلامت کارفرما ذکر شده است. • کارمند واجد شرایط شامل کسانی نمی‌شود که به‌صورت پاره‌وقت، موقت یا نیروی جایگزین کار می‌کنند.
	8a. تعداد کل کارمندان:
	8b. تعداد کل کارمندان تمام‌وقت واجد شرایط:
	8c. تعداد کل کارمندان واجد شرایط ثبت‌نام در پوشش بیمه Blue Shield (این قسمت را تا حدی که می‌دانید تکمیل کنید):
	8d. تعداد کل کارمندان واجد شرایطی که پوشش بیمه Blue Shield را رد می‌کنند (این قسمت را تا حدی که می‌دانید تکمیل کنید):
	8e. تعداد کل کارمندان FTE و «هم‌ارز FTE»:
	8f. آیا قصد دارید بیمه Blue Shield را به کارمندان خارج از ایالت پیشنهاد کنید؟ ☐ بله ☐ خیر اگر پاسخ مثبت است، تعداد کارمندان در خارج از ایالت چقدر است؟ _____
	مسئولیت جمع‌آوری و نگهداری فرم‌های «امتناع از پوشش بیمه» و همچنین ارائه این فرم‌ها در صورت درخواست Blue Shield بر عهده کارفرما است. اگر هیچ‌یک از طرح‌های درمانی Blue Shield (مثلاً خدمات دندان‌پزشکی، چشم‌پزشکی یا فقط بیمه عمر) پیشنهاد نشود، فرم‌های «امتناع از پوشش بیمه» الزامی نیستند.

9	**9a.** آیا پوشش بیمه سلامت به همه کارمندان تمام‌وقت واجد شرایط ارائه می‌شود؟	☐ بله	☐ خیر
	9b. اگر پاسختان به سؤال 9a منفی است، لطفاً توضیح دهید:		
	9c. آیا پوشش بیمه سلامت به همه کارمندان تمام‌وقت واجد شرایطی که به‌طور فعال حداقل 30 ساعت در هفته کار می‌کنند ارائه می‌شود؟	☐ بله	☐ خیر
	9d. اگر پاسختان به سؤال 9c منفی است، لطفا توضیح دهید:		
	9e. آیا بازنشستگان واجد شرایط بهره‌مندی از مزایا هستند؟ توجه: گزینه پوشش بیمه بازنشستگان نیاز به تأییدیه قبلی بیمه‌گر دارد.	☐ بله	☐ خیر
	9f. اگر پاسختان به سؤال 9e مثبت است، لطفاً هر موردی را که صدق می‌کند، علامت بزنید: ☐ بازنشستگان پیش از موعد زیر 65 سال ☐ بازنشستگان 65 سال و بالاتر آیا گروه در پوشش بیمه بازنشستگی مشارکت خواهد داشت؟	☐ بله	☐ خیر
	9g. آیا می‌خواهید صورت‌حساب پوشش بیمه بازنشستگی شما از جمعیت کارمندان فعال شما جدا باشد؟	☐ بله	☐ خیر
	اگر پاسخ مثبت است، اطلاعات تماس و نشانی‌ای را که صورت‌حساب ماهیانه مربوط به پوشش بازنشستگی باید برای آن ارسال شود ارائه کنید.		
	نشانی ارسال صورت‌حساب		
	شهر	ایالت	کدپستی
	نام رابط	نشانی ایمیل	
	9h. اختیاری: انتخاب‌های مزایای پیش‌فرض برای دریافت مزایا در سطح عضو (MLB1) امکان انتخاب برابر یا کمتر از مشترک را، صرف‌نظر از انتخاب‌های پزشکی، برای وابستگان فراهم می‌کند. من با علامت زدن کادر زیر، این گزینه را حذف می‌کنم و تمام وابستگان ثبت‌نام‌شده با فرد مشترک برابر بوده و باید در پزشکی ثبت‌نام شوند.		☐
بخش 3 – اطلاعات پوشش بیمه برای تداوم COBRA/Cal-COBRA			
10	اگر تعداد کارکنان شما در طول حداقل 50% از روزهای کاری در سال تقویمی گذشته 20 نفر یا بیشتر بوده باشد، گروه شما تابع قانون فدرال COBRA است. مسئولیت تمامی جنبه‌های اجرای موضوع X از Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA)، قانون یکپارچه تلفیق کلیات بودجه) منحصراً بر عهده گروه است.		
	10a. تعداد مشارکت‌کنندگان در COBRA شما در حال حاضر چند نفر است؟ _____		
	10b. کارمندان یا مشارکت‌کنندگان در COBRA/Cal-COBRA در صورت معلول یا بستری بودن ملزم هستند «برگه ضمیمه معلولیت» (فرم C11248) را تکمیل کنند. نام مدیر COBRA: _____ صورت‌حساب عضو COBRA باید ارسال شود به: ☐ گروه ☐ مدیر COBRA		
	لطفاً نشانی مدیر COBRA را ارائه دهید:		
	نشانی ارسال صورت‌حساب		
	شهر	ایالت	کدپستی

بخش 4a – انتخاب طرح سلامت Blue Shield of California		
11	**طرح‌های Trio HMO**	
	Select first plan	Select second plan
	Select third plan	Select fourth plan
	طرح‌های Access+ HMO®	
	Select first plan	Select second plan
	Select third plan	Select fourth plan
	طرح‌های [1]Local Access+ HMO®	
	Select first plan	Select second plan
	1 محصولات Local Access+ HMO فقط در شهرستان‌های برگزیده موجود هستند: شهرستان‌های Marin، Orange، San Francisco، San Luis Obispo، Santa Clara، Santa Cruz، Sonoma، Stanislaus، Yolo، و بخش‌هایی از شهرستان‌های Contra Costa، Kern، Los Angeles، Riverside، Sacramento، San Bernardino، San Diego، San Mateo و Ventura.	
	طرح‌های Added Advantage POS℠	
	Select first plan	Select second plan
	طرح‌های Full PPO/EPO	
	Select first plan	Select second plan
	Select third plan	Select fourth plan
	طرح‌های PPO Savings	
	Select first plan	Select second plan
	Select third plan	Select fourth plan
	طرح‌های Virtual Blue℠	
	Select first plan	Select second plan
	طرح‌های Tandem PPO/EPO	
	Select first plan	Select second plan
	Select third plan	Select fourth plan
	طرح‌های Active Choice® Plus/Active Choice® Classic	
	Select first plan	Select second plan
	طرح‌های Blue Shield 65 Plus℠	
	☐ طرح سفارشی («خلاصه مزایای» سفارشی ضمیمه شود)	
12	**مشارکت کارفرما برای طرح‌های سلامت Blue Shield الزامی است** درصد بدهی‌ها/حق بیمه‌های پرداخت‌شده توسط گروه برای کارمندان و افراد تحت تکفل را وارد کنید. اگر مشارکت گروه 100% باشد، آنگاه همه کارمندان واجد شرایط باید ثبت‌نام کنند.	
	میزان مشارکت کارفرما در طرح درمانی را اینجا مشخص کنید:	
	برای کارمندان %_____ برای بازنشستگان (در صورت وجود) %_____	**برای افراد تحت تکفل %**_____ برای افراد تحت تکفل بازنشستگان (در صورت وجود) %_____

13	**طرح‌های سلامت مبتنی بر حساب Blue Shield (ABHP)** در صورتی که هریک از گزینه‌های حساب زیر را ارائه می‌کنید، آن را مشخص کنید (همه مواردی را که صدق می‌کنند علامت بزنید) و نام مدیر هر برنامه را ارائه کنید. همچنین، هر میزانی را که باید با مشارکت کارفرما تأمین شود مشخص کنید.			
	نوع حساب	**مدیر حساب**	**میزان مشارکت کارفرما <u>پوشش فردی</u>**	**میزان مشارکت کارفرما <u>پوشش خانوادگی</u>**
	☐ Health savings account (HSA، حساب پس‌انداز سلامت)	☐ HealthEquity (مدل یکپارچه – Blue Shield در تعیین واجدین شرایط و پرداخت مبالغ خسارت سهیم است) • **با ثبت‌نام در طرح درمانی اجباری است:** ☐ بله ☐ خیر ☐ مدیر دیگر (گزینه غیریکپارچه)	$	$
	☐ Health reimbursement arrangement (HRA، برنامه‌ریزی بازپرداخت هزینه‌های سلامت)	☐ HealthEquity (مدل یکپارچه – Blue Shield در تعیین واجدین شرایط و پرداخت مبالغ خسارت سهیم است) • **با ثبت‌نام در طرح درمانی اجباری است:** ☐ بله ☐ خیر ☐ مدیر دیگر (گزینه غیریکپارچه)	$	$
	☐ Health incentive account (HIA، حساب مشوق سلامت)	☐ HealthEquity (مدل یکپارچه – Blue Shield در تعیین واجدین شرایط و پرداخت مبالغ خسارت سهیم است) • **با ثبت‌نام در طرح درمانی اجباری است:** ☐ بله ☐ خیر ☐ مدیر دیگر (گزینه غیریکپارچه)	$	$
	☐ Limited purpose flexible spending account (LPFSA، «حساب پرداخت انعطاف‌پذیر هزینه‌ها با اهداف محدود» – دندان‌پزشکی و چشم‌پزشکی) فقط با HSA	☐ HealthEquity (مدل یکپارچه – Blue Shield در تعیین واجدین شرایط و پرداخت مبالغ خسارت سهیم است) • **با ثبت‌نام در طرح درمانی اجباری است:** ☐ بله ☐ خیر ☐ مدیر دیگر (گزینه غیریکپارچه)	$	$
	☐ Flexible spending account (FSA، حساب پرداخت انعطاف‌پذیر هزینه‌ها) ☐ FSA پزشکی ☐ FSA مراقبت از افراد تحت تکفل	☐ HealthEquity (مدل یکپارچه – Blue Shield در تعیین واجدین شرایط و پرداخت مبالغ خسارت سهیم است) • **با ثبت‌نام در طرح درمانی اجباری است:** ☐ بله ☐ خیر ☐ مدیر دیگر (گزینه غیریکپارچه)	$	$

انتخاب مزایای اختیاری Blue Shield of California		
14	• بدون طرح درمانی قابل خرید نیست. • برای بسته‌های «Dual Choice»، مزایای اختیاری یکسانی باید برای همه طرح‌های انتخاب‌شده خریداری شوند. • نوع محصول الحاقیه باید مطابق با نوع محصول طرح درمانی باشد - فقط HMO به HMO و غیره.	
	الحاقیه‌های ماساژدرمانی و طب سوزنی – نوع طرح را انتخاب کنید:	**الحاقیه سمعک – گزینه طرح را انتخاب کنید:**
	Select plan type 1	Select plan option 1
	Select plan type 2	Select plan option 2
	Select plan type 3	Select plan option 3
	گزینه‌های طرح داروهای نسخه‌ای سرپایی Blue Shield of California (برای HMO/POS موجود است)	
	طرح دارویی Rx (Basic Rx) مناسب را انتخاب کنید:[1]	
	Select option 1	Select option 2
	Select option 3	Select option 4
	طرح دارویی Rx (Enhanced Rx) مناسب را انتخاب کنید:[1]	
	Select option 1	Select option 2
	Select option 3	Select option 4
	طرح دارویی Rx (Rx Spectrum) مناسب را انتخاب کنید:[1]	
	Select option 1	Select option 2
	Select option 3	Select option 4
	1 داروهای ردیف 4، شامل داروهای تخصصی، 20% تا سقف $250.	
	گزینه‌های طرح داروهای نسخه‌ای سرپایی Blue Shield of California (برای طرح‌های PPO، EPO و Active Choice® Classic و Active Choice® Plus موجود است)	
	طرح دارویی Rx (Enhanced Rx یا Premier Rx) مناسب را انتخاب کنید:[1]	
	Select option 1	Select option 2
	Select option 3	Select option 4
	طرح دارویی Rx (Rx Spectrum) مناسب را انتخاب کنید:[1]	
	Select option 1	Select option 2
	Select option 3	Select option 4
	1 داروهای ردیف 4، شامل داروهای تخصصی، 30% حداکثر تا سقف $250.	

بخش 4b - مزایای تخصصی - انتخاب طرح بیمه دندانپزشکی، بینایی و عمر	
بخش SB1 – گزینه‌های طرح دندان‌پزشکی Blue Shield of California:	
گروه می‌تواند یکی از گزینه‌های طرح زیر را انتخاب کند:	**15**
☐ **گزینه طرح Single Dental** ☐ **گزینه طرح Dual Choice Dental** • 2 DPPOs • 2 DHMOs • 1 DPPO + 1 DINO • 1 DPPO + 1 DHMO ☐ **گزینه طرح 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	
مشارکت کارفرما برای طرح‌های دندان‌پزشکی الزامی است درصد بدهی‌ها/حق بیمه‌های پرداخت‌شده توسط گروه برای کارمندان و افراد تحت تکفل را وارد کنید. برای پوشش خدمات دندان‌پزشکی، کارفرما باید به میزان حداقل 50% در حق بیمه کارمند مشارکت داشته باشد (به‌جز حالت داوطلبانه). اگر 100% پرداخت شود، تمام کارمندان واجد شرایط باید ثبت‌نام شوند.	**16**
میزان مشارکت کارفرما در طرح دندان‌پزشکی را اینجا مشخص کنید:	
برای کارمندان %_____ برای بازنشستگان (در صورت وجود) %_____	**برای افراد تحت تکفل** %_____ برای افراد تحت تکفل بازنشستگان (در صورت وجود) %_____
بخش SB2 – پوشش خدمات چشم‌پزشکی*	
Select option 1 / Select option 2	**17**
†Vision Voluntary	
Select option 1 / Select option 2	
* هزینه‌ها توسط Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life) تأمین می‌شود. † طرح چشم‌پزشکی داوطلبانه نیازمند ثبت‌نام حداقل 10 کارمند با پوشش بیمه درمانی Blue Shield Life یا 25% از کارمندان واجد شرایط است که فاقد پوشش بیمه درمانی Blue Shield Life هستند. C17607-ML-SB-FA	
مشارکت کارفرما برای طرح‌های چشم‌پزشکی الزامی است درصد حق بیمه پرداخت‌شده توسط گروه برای کارمندان و افراد تحت تکفل را وارد کنید. برای پوشش خدمات چشم‌پزشکی، کارفرما باید در حداقل 25% از کل حق بیمه کارمند مشارکت داشته باشد (به‌جز حالت داوطلبانه). اگر 100% پرداخت شود، همه کارمندان واجد شرایط باید ثبت‌نام کنند.	**18**
میزان مشارکت کارفرما در طرح چشم‌پزشکی را اینجا مشخص کنید:	
برای کارمندان %_____ برای بازنشستگان (در صورت وجود) %_____	**برای افراد تحت تکفل** %_____ برای افراد تحت تکفل بازنشستگان (در صورت وجود) %_____

بخش SB3 – بیمه عمر/بیمه «فوت و نقص عضو ناشی از حادثه» (AD&D)*

19

واجد شرایط بودن – همه کارمندان تماموقت که به طور فعال مشغول به کار هستند

بیمه عمر زمانی گروهی پایه/بیمه AD&D برای کارمندان:

☐ **مبلغ ثابت** _____$

☐ **چند برابر حقوق** _____ برابر حقوق، حداکثر _____$

مبلغ مزایای تعیین‌شده توسط حقوق به مبلغ بالای بعدی از مرتبه $1,000 گرد می‌شود.

☐ **درجه‌بندی شده:** 1. توضیح درجه _____ مبلغ برحسب _____$

2. توضیح درجه _____ مبلغ برحسب _____$

3. توضیح درجه _____ مبلغ برحسب _____$

4. توضیح درجه _____ مبلغ برحسب _____$

☐ **بیمه عمر پایه افراد تحت تکفل:** Select amount

مبلغ ذکر شده پوشش افراد تحت تکفل به ازای هر فرد تحت تکفل (همسر/شریک خانگی و/یا هر فرزند) برای یک نرخ ثابت است. ثبت نام کارمند در «بیمه عمر زمانی گروهی پایه» الزامی است. مزایای فرد تحت تکفل نباید از 50% مبلغ مزایای کارمند تجاوز کند. مزایای کودکان 14 روزه تا 6 ماهه به اندازه 10% بیمه عمر پایه فرد تحت تکفل مورد نظر است.

20

مشارکت کارفرما برای بیمه عمر زمانی گروهی پایه/AD&D الزامی است

درصد حق بیمه پرداخت‌شده توسط گروه برای کارمندان و افراد تحت تکفل را وارد کنید. برای پوشش کارمند، گروه باید در حداقل 25% از کل حق بیمه کارمند مشارکت داشته باشد. اگر گروه 100% حق بیمه کارمند را بپردازد (غیر مشارکتی در نظر گرفته می‌شود)، در این صورت همه کارمندان تمام وقت (که فعالانه مشغول به کار هستند) باید ثبت‌نام کنند.

میزان مشارکت بیمه عمر زمانی گروهی پایه/AD&D را اینجا مشخص کنید:

برای کارمندان %_____	**برای افراد تحت تکفل** %_____
برای بازنشستگان (در صورت وجود) %_____	برای افراد تحت تکفل بازنشستگان (در صورت وجود) %_____

21

بیمه عمر تکمیلی گروهی و بیمه تکمیلی AD&D:*

پوشش مشروط به سطوح مشارکت و شواهد بیمه‌پذیری است.

بیمه عمر تکمیلی و بیمه AD&D تکمیلی کارمند (تمام مواردی را که صدق می‌کنند علامت بزنید):

☐ بیمه تکمیلی عمر ☐ بیمه تکمیلی AD&D

درجه(های) واجد شرایط ☐ تمام کارمندان واجد شرایط یا ☐ درجات _____

☐ افزایش به مبلغ _____$ یا ☐ چند برابر حقوق:_____برابر حقوق

حداکثر _____$ یا _____برابر حقوق، هر کدام کمتر باشد

دریافتی تضمینی _____$ محدوده سنی _____

دریافتی تضمینی _____$ محدوده سنی _____

دریافتی تضمینی _____$ محدوده سنی _____

همسر/شریک خانگی بیمه تکمیلی عمر و بیمه تکمیلی AD&D

فقط در صورتی در دسترس است که کارمند بیمه عمر تکمیلی را نیز انتخاب کند و نمی‌تواند از ☐ 50% یا ☐ 100% مبلغ مزایای کارمند تجاوز کند (همه مواردی را که صدق می‌کند، علامت بزنید):

☐ بیمه تکمیلی عمر ☐ بیمه تکمیلی AD&D

افزایش به اندازه _____$ تا سقف _____$

دریافتی تضمینی _____$ محدوده سنی _____

دریافتی تضمینی _____$ محدوده سنی _____

دریافتی تضمینی _____$ محدوده سنی _____

21 **کودک(های) بیمه تکمیلی عمر و بیمه تکمیلی AD&D**

فقط در صورتی در دسترس است که کارمند بیمه عمر تکمیلی و بیمه AD&D تکمیلی را نیز خریداری کند و نمی‌تواند از ☐ 50% یا ☐ 100% مبلغ مزایای کارمند تجاوز کند (همه مواردی را که صدق می‌کند، علامت بزنید):

☐ بیمه تکمیلی عمر ☐ بیمه تکمیلی AD&D

افزایش به اندازه _____$ تا سقف _____$

دریافتی تضمینی _____$ محدوده سنی _____

دریافتی تضمینی _____$ محدوده سنی _____

دریافتی تضمینی _____$ محدوده سنی _____

*هزینه‌ها توسط Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life) تأمین می‌شود. C17607-ML-SB-FA

بخش 5 – توزیع *Evidence of Coverage*/«گواهینامه بیمه» (EOC/COI) در بین اعضا توسط کارفرما

22 مسئولیت توزیع کتابچه‌های EOC/COI در بین کارمندان تحت پوشش شما بر عهده خودتان است.

نسخه‌های الکترونیکی از طریق وب‌سایت کارفرمای Blue Shield توزیع می‌شوند. وقتی EOC/COI آماده توزیع شد، Blue Shield از طریق ایمیل به اشخاص مسئول توزیع EOC/COI، که در بخش 1 و 6 فوق مشخص شده‌اند، اطلاع می‌دهد. کارفرما مسئول توزیع این اسناد با استفاده از یکی از روش‌های زیر است: (1) پست کردن در اینترانت شرکت برای دسترسی کارمندان، (2) ایمیل کردن این اسناد به کارمندان به‌صورت مستقیم، یا (3) ارائه دستورالعمل‌های Blue Shield درباره نحوه بازیابی الکترونیکی اسناد از وب‌سایت Blue Shield به کارمندان.

توجه: می‌توانید وارد **blueshieldca.com/policies** شوید و نسخه‌ای از خلاصه مزایا و پوشش بیمه (SBC) را برای هرکدام از طرح‌های مدنظرتان دانلود کنید. پس از خرید طرح(ها)، از شما خواسته می‌شود شهادت‌نامه‌ای را تکمیل کنید که تصدیق می‌کند شما SBC(ها) را برای آن طرح‌ها دانلود کرده‌اید و آنها را مطابق با قانون، بین ثبت‌نام‌کنندگان فعلی و ثبت‌نام‌کنندگان آتی پخش خواهید کرد.

توافقنامه

23 بدین‌وسیله درخواست این گروه برای بهره‌مندی از محصولات گروهی انتخاب‌شده در این درخواست‌نامه، مانند طرح‌های مزیتی مندرج در چکیده(های) مزایا با آگاهی نسبت به موارد زیر و موافقت با آنها است:

1. مزایای گروه اجرایی نخواهد شد، مگر اینکه:
   a. Blue Shield درخواست را دریافت و تأیید کند؛ و
   b. گروه واجد الزامات بیمه‌گری Blue Shield، شامل الزامات حداقلی مربوط به مشارکت و سهم مشارکت (حق بیمه گروه) باشد. (الزامات مربوط به مشارکت و سهم مشارکت (حق بیمه گروه) فقط هنگام تمدید الزامی هستند.)
2. گروه موافقت می‌کند که حق بیمه/بدهی‌های ماهیانه را به‌موقع به Blue Shield پرداخت کند.
3. گروه موافقت می‌کند که:
   a. اگر «بیمه‌نامه گروه/قرارداد خدمات سلامت» بر مبنای غیرمشارکتی صادر شده باشد؛ تمام کارمندان را به محض واجد شرایط شدن ثبت‌نام کند؛ یا
   b. اگر «بیمه‌نامه گروه/قرارداد خدمات سلامت» بر مبنای مشارکتی صادر شده باشد، فرصتی در اختیار تمام کارمندان واجد شرایط قرار دهد تا برای این مزایای گروه درخواست کنند.
4. جز با موافقت و امضای متصدی Blue Shield، هیچ مورد چشم‌پوشی یا تغییر درخواستی در پوشش بیمه اجرایی نخواهد شد.
5. فقط برای محصولات بیمه عمر/ AD&D: کارمندان ثبت‌نام‌شده باید قبل از اجرایی شدن پوشش بیمه برای آنها به‌طور فعال در حال کار باشند یا شرایط آنها مطابق با شروط اشتغال فعال برای پوشش بیمه باشد. پوشش بیمه برای هر شخصی که شرایطش در روز اجرایی شدن «بیمه‌نامه گروه» مطابق با این شروط نیست، یا هرگونه افزایش در پوشش بیمه برای هر شخصی که شرایطش در روز اجرایی شدن این افزایش در پوشش مطابق با این شروط نیست، به زمان بازگشت شخص به محل کار یا اشتغال فعال او موکول خواهد شد.
6. گروه موافقت می‌کند و به Blue Shield اجازه می‌دهد که همه مکاتبات تجاری را از طریق ارتباطات الکترونیکی ارسال کند. Blue Shield از طریق ایمیل به رابط گروه، که در بخش 1 و 6 فوق مشخص شده است، اطلاع خواهد داد. شکل‌های دیگر ارتباط فقط پس از درخواست مستقیم انجام خواهد شد. کارفرمایانی که درخواست مکاتبات پستی دارند ممکن است متحمل هزینه‌های اضافی شوند.

گروه آگاهانه با دریافت مکاتبات الکترونیک از Blue Shield موافقت می‌کند.

مجوز و امضا	
24	بخش مجوز زیر باید توسط نماینده/رابط اصلی گروه امضا شود. **این درخواستی برای پوشش بیمه است. گروه آگاه است که تا زمانی‌که Blue Shield بررسی‌اش را به پایان نرسانده و پذیرش درخواست را به اطلاع متقاضی یا واسطه بیمه متقاضی نرسانده و قرارداد خدمات سلامت گروه صادر نشده است، هیچ قراردادی برای پوشش بیمه وجود ندارد. نماینده گروه، تا حدی که می‌داند و باور دارد درست است، شهادت می‌دهد تمام پاسخ‌های ارائه‌شده در این درخواست‌نامه صادقانه، صحیح و کامل هستند. گروه آگاه هست که اگر مرتکب کلاهبرداری شده باشد یا هریک از حقایق مادی مرتبط با این درخواست‌نامه را عمدا اشتباه جلوه داده باشد، Blue Shield of California می‌تواند یکی از اقدامات جبرانی زیر را ظرف 24 ماه اول پوشش بیمه انجام دهد: ممکن است پوشش بیمه گروه لغو شود، یا حق بیمه/بدهی مربوطه تعدیل شود، یا «بیمه‌نامه گروه/قرارداد خدمات سلامت» با اطلاع قبلی فسخ شود.**
	تا حدی که می‌دانم و باور دارم، گواهی می‌دهم که تمام پاسخ‌های ارائه‌شده فوق صادقانه، صحیح و کامل هستند. امضای نماینده مجاز گروه ____ نام و عنوان (با حروف درشت لطفا) ____ تاریخ ____
	برای محافظت از شما، قانون کالیفرنیا ملزم می‌کند که موارد زیر در این فرم درج شود: هر شخصی که آگاهانه اطلاعات نادرست یا متقلبانه را برای به دست آوردن یا اصلاح پوشش بیمه یا طرح ادعای پرداخت خسارت ارائه دهد، مرتکب جرم شده است و ممکن است مشمول جریمه نقدی و حبس در زندان ایالتی شود.
	قانون کالیفرنیا الزام به انجام آزمایش HIV (اچ‌آی‌وی) و استفاده از آن توسط شرکت‌های بیمه سلامت به‌عنوان یکی از شرایط دریافت پوشش بیمه سلامت را ممنوع کرده است.

اطلاعات واسطه بیمه (باید توسط واسطه بیمه یا نماینده عمومی تکمیل شود. تمام اطلاعات الزامی است.)			
25 نام شرکت واسطه بیمه اصلی			
نام واسطه بیمه اصلی		شماره تلفن واسطه بیمه اصلی	
نشانی دفتر واسطه بیمه اصلی			
شهر		ایالت	کدپستی
ایمیل واسطه بیمه اصلی			
شماره شناسایی مالیاتی واسطه بیمه اصلی			
شماره جواز Department of Insurance (اداره بیمه) واسطه بیمه اصلی			
نام شرکت واسطه بیمه ثانویه			
نام واسطه بیمه ثانویه		شماره تلفن واسطه بیمه ثانویه	
نشانی دفتر واسطه بیمه ثانویه			
شهر		ایالت	کدپستی
ایمیل واسطه بیمه ثانویه			
شماره شناسایی مالیاتی واسطه بیمه ثانویه			
شماره جواز Department of Insurance واسطه بیمه ثانویه			
تاییدیه واسط بیمه/نماینده عمومی گواهی نماینده/کارگزاری که به ارائه این درخواست کمک می‌کند: (1) تا جایی که می‌دانم، اطلاعات این درخواست کامل و دقیق است؛ و (2) به زبانی ساده و قابل فهم است، خطر ارائه اطلاعات نادرست را برای متقاضی توضیح داده‌ام و او این توضیحات را متوجه شده است. اگر یک واسط یا کارگزارعمداً هر موضوع یا واقعیت مهمی را که می داند نادرست است، به عنوان حقیقت بیان کند، آن شخص علاوه بر هرگونه مجازات یا راهکار قانونی قابل اعمال طبق قوانین جاری مشمول جریمهٔ مدنی تا سقف ده هزار دلار ($10,000) خواهد بود. هر دادستان عمومی می تواند برای اعمال این جریمهٔ مدنی، دعوای حقوقی مطرح کند. این جریمه ها باید به صندوق بیمه پرداخت شوند.			
تاریخ امروز (الزامی)	امضای واسطه بیمه اصلی (الزامی)	نام واسطه بیمه با حروف درشت	
تاریخ امروز (الزامی)	امضای واسطه بیمه ثانویه (در صورت وجود)	نام واسطه بیمه با حروف درشت	
شماره شناسایی مالیاتی نمایندگی عمومی			
نام نمایندگی عمومی			
تاریخ امروز (الزامی)	امضای نماینده عمومی مجاز (الزامی)	نام نماینده عمومی با حروف درشت	