

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

<b>Phần 1 – Thông tin Công ty</b>				
<b>1</b>	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	
<b>2</b>	Địa chỉ phố gửi hóa đơn (nếu cung cấp Hộp thư, vui lòng hoàn thành thêm #3 bên dưới)			
	Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP	
<b>3</b>	Địa chỉ thực (nếu khác ở trên)			
	Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP	
<b>4</b>	Loại pháp nhân: <input type="checkbox"/> Công ty S <input type="checkbox"/> Công ty C <input type="checkbox"/> Đối tác <input type="checkbox"/> Quyền sở hữu duy nhất <input type="checkbox"/> Công ty trách nhiệm hữu hạn (LLC) <input type="checkbox"/> Phi lợi nhuận <input type="checkbox"/> Khác (ghi rõ) _____			
	<b>Mã số thuế doanh nghiệp Liên Bang (TID)</b> _____			
	Nhóm có tuân theo ERISA không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
<b>5</b>	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: _____			

<b>6 Liên hệ đại diện nhóm:</b>		
Liên hệ đại diện nhóm tổng thể (chính - Liên hệ chung hàng ngày)	A. Tên người đại diện nhóm	B. Chức danh
	C. Số điện thoại	D. Địa chỉ email (bắt buộc)
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. Tên người đại diện nhóm	B. Chức danh
	C. Số điện thoại	D. Địa chỉ email (bắt buộc)
Liên hệ về hoá đơn	A. Tên người đại diện nhóm	B. Chức danh
	C. Số điện thoại	D. Địa chỉ email (bắt buộc)
Liên hệ về Chứng từ Bảo hiểm/The Bảo hiểm (EOC/COI)	A. Tên 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. Tên 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. Tên người đại diện nhóm	B. Chức danh
	C. Số điện thoại	D. Địa chỉ email (bắt buộc)
Quản trị viên COBRA	A. Tên 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 để đăng ký điện tử)	A. Tên người đại diện nhóm	B. Chức danh
	C. Số điện thoại	D. Địa chỉ email (bắt buộc)
Liên hệ khảo sát	A. Tên người đại diện nhóm	B. Chức danh
	C. Số điện thoại	D. Địa chỉ email (bắt buộc)
Liên hệ bổ sung (Vui lòng ghi rõ)	A. Tên 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 01/12/2022 = có hiệu lực từ ngày 01/01/2023

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 01/12/2022 = có hiệu lực từ ngày 01/12/2022

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 15/12/2022 cộng thêm 60 ngày = có hiệu lực từ ngày 01/03/2023

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 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 tin 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 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.

**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:

- 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 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 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?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	
	9f. Nếu câu trả lời cho 9e là có, xin vui lòng chọn phương án phù hợp: <input type="checkbox"/> Người về hưu sớm dưới 65 tuổi <input type="checkbox"/> Người về hưu từ 65 tuổi 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		
<b>9h. Không bắt buộc:</b> 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 Medical. Bằng cách đánh dấu vào ô sau, 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 Medical.		<input type="checkbox"/>		
<b>Phần 3 – COBRA/Cal-COBRA thông tin bảo hiểm tiếp tục</b>				
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**

<b>11</b>	<b>Các chương trình Trio HMO</b>	
	<b>Các chương trình Access+ HMO®</b>	
	<b>Các chương trình Local Access+ HMO®<sup>1</sup></b>	
	1 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 và Yolo, và các khu vực của quận Contra Costa, Kern, Los Angeles, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Mateo và Ventura.	
	<b>Các chương trình Added Advantage POS<sup>SM</sup></b>	
	<b>Các chương trình Full PPO/EPO</b>	
	<b>Các chương trình PPO Savings</b>	
<b>Các chương trình Virtual Blue<sup>SM</sup> plans</b>		
<b>Các chương trình Tandem PPO/EPO</b>		
<b>Chương trình Active Choice® Plus/Active Choice® Classic</b>		
<b>Các chương trình Blue Shield 65 Plus<sup>SM</sup></b>		
<input type="checkbox"/> Chương trình tùy chỉnh (đính kèm bản Tóm Tắt Quyền Lợi tùy chỉnh)		
<b>12</b>	<b>Yêu cầu doanh nghiệp đóng góp vào chương trình bảo hiểm y tế Blue Shield</b>	
	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.	
	<b>Ghi rõ số tiền doanh nghiệp đóng góp vào bảo hiểm y tế ở đây:</b>	
	Với nhân viên _____% Với người nghỉ hưu (nếu có) _____%	Với người phụ thuộc _____% Với người phụ thuộc của người nghỉ hưu (nếu có) _____%

<b>13 Chương trình bảo hiểm sức khỏe dựa trên tài khoản Blue Shield (ABHP)</b>			
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.			
<b>Loại tài khoản</b>	<b>Quản trị viên tài khoản</b>	<b>Số tiền doanh nghiệp đóng góp cho bảo hiểm CÁ NHÂN</b>	<b>Số tiền doanh nghiệp đóng góp cho bảo hiểm GIA ĐÌNH</b>
<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) <b>• Đăng ký y tế bắt buộc:</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Quản trị viên khác (lựa chọn không tích hợp)	\$	\$
<input type="checkbox"/> Health reimbursement arrangement (HRA, Thỏa thuận hoàn trả y tế)	<input type="checkbox"/> HealthEquity (mô hình tích hợp – Blue Shield chia sẻ các điều kiện tiếp nhận và yêu cầu bảo hiểm) <b>• Đăng ký y tế bắt buộc:</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Quản trị viên khác (lựa chọn không tích hợp)	\$	\$
<input type="checkbox"/> Health incentive account (HIA, Tài khoản ưu đãi y tế)	<input type="checkbox"/> HealthEquity (mô hình tích hợp – Blue Shield chia sẻ các điều kiện tiếp nhận và yêu cầu bảo hiểm) <b>• Đăng ký y tế bắt buộc:</b> <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 Nhãn 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) <b>• Đăng ký y tế bắt buộc:</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Quản trị viên khác (lựa chọn không tích hợp)	\$	\$
<input type="checkbox"/> Flexible spending account (FSA, Tài khoản chi tiêu linh hoạt) <input type="checkbox"/> FSA y tế <input type="checkbox"/> FSA FSA chăm sóc người phụ thuộc	<input type="checkbox"/> HealthEquity (mô hình tích hợp – Blue Shield chia sẻ các điều kiện tiếp nhận và yêu cầu bảo hiểm) <b>• Đăng ký y tế bắt buộc:</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <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** • 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.

<b>Điều khoản bổ sung về vô sinh – lựa chọn loại chương trình:</b>	<b>Chọn tùy chọn chương trình:</b>
--	------------------------------------


<b>Điều khoản bổ sung về trị liệu thần kinh cột sống và chăm cứu – chọn loại chương trình:</b>	<b>Điều khoản bổ sung về trợ thính – chọn tùy chọn chương trình:</b>
--	--


**Các tùy chọn chương trình thuốc theo toa ngoại trú của Blue Shield of California (có sẵn cho HMO/POS)**

Chọn gói thuốc Rx (Basic Rx) thích hợp:<sup>1</sup>


Chọn gói thuốc Rx (Enhanced Rx) áp dụng:<sup>1</sup>


Chọn gói thuốc Rx (Rx Spectrum) thích hợp:<sup>1</sup>


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

**Các tùy chọn chương trình 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:<sup>1</sup>


Chọn gói thuốc Rx (Rx Spectrum) thích hợp:<sup>1</sup>


<sup>1</sup> Thuốc cấp 4, bao gồm Thuốc đặc trị, 30% đến tối đa \$250.



**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 Single Dental Plan**

**Lựa chọn Dual Choice Dental Plan**  
 • 1 DPPO + 1 DHMO • 1 DPPO + 1 DINO • 2 DHMO • 2 DPPO

**Các tùy chọn Triple Choice Dental Plan**  
 • 1 DPPO + 1 DHMO + 1 DINO

**Dental HMO**

**Dental PPO**

**Dental INO**

**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:**

<b>Với nhân viên</b> _____%	<b>Với người phụ thuộc</b> _____%
Với người nghỉ hưu (nếu có) _____%	Với người phụ thuộc của người nghỉ hưu (nếu có) _____%

**Phần SB2 – Bảo hiểm nhãn khoa\***

**17**

**Vision Voluntary<sup>†</sup>**

\* 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

**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:**

<b>Với nhân viên</b> _____%	<b>Với người phụ thuộc</b> _____%
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 Đủ điều kiện** –Tất cả nhân viên toàn thời gian đang làm việc

**Bảo hiểm nhân thọ/AD&D cho nhóm cơ bản có thời hạn:**

**Số tiền cố định** \$ \_\_\_\_\_

**Cấp số nhân của tiền lương** \_\_\_\_\_ lần 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:**

- Mô tả hạng \_\_\_\_\_ số tiền \$ \_\_\_\_\_
- Mô tả hạng \_\_\_\_\_ số tiền \$ \_\_\_\_\_
- Mô tả hạng \_\_\_\_\_ số tiền \$ \_\_\_\_\_
- Mô tả hạng \_\_\_\_\_ số tiền \$ \_\_\_\_\_

**Bảo hiểm nhân thọ cho người phụ thuộc cơ bản:**  
 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 trẻ em từ 14 ngày tuổi đến 6 tháng tuổi là 10% số tiền Bảo Hiểm Nhân Thọ Cơ Bản Cho Người Phụ Thuộc.

20	<p><b>Yêu cầu chủ lao động đóng góp vào bảo hiểm Nhân Thọ Có Thời Hạn Cho Nhóm Cơ Bản/bảo hiểm AD&amp;D</b></p> <p>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.</p>			
	<p><b>Cho biết mức tiền đóng góp cho chương trình bảo hiểm Nhân Thọ Có Thời Hạn Cho Nhóm Cơ Bản/bảo hiểm AD&amp;D:</b></p> <table border="1"> <tr> <td><b>Với nhân viên</b> _____ %</td> <td><b>Với người phụ thuộc</b> _____ %</td> </tr> <tr> <td>Với người nghỉ hưu (nếu có) _____ %</td> <td>Với người phụ thuộc của người nghỉ hưu (nếu có) _____ %</td> </tr> </table>	<b>Với nhân viên</b> _____ %	<b>Với người phụ thuộc</b> _____ %	Với người nghỉ hưu (nếu có) _____ %
<b>Với nhân viên</b> _____ %	<b>Với người phụ thuộc</b> _____ %			
Với người nghỉ hưu (nếu có) _____ %	Với người phụ thuộc của người nghỉ hưu (nếu có) _____ %			
21	<p><b>Bảo hiểm Nhân thọ Bổ sung và Bảo hiểm AD&amp;D Bổ sung cho nhóm*:</b></p> <p>Bảo hiểm tùy thuộc vào các mức độ tham gia và Bằng chứng có bảo hiểm.</p>			
	<p><b>Bảo Hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và Bảo Hiểm AD&amp;D Bổ Sung cho nhân viên</b> (chọn tất cả các lựa chọn thích hợp):</p> <p><input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Nhân Thọ Bổ Sung    <input type="checkbox"/> Bảo hiểm AD&amp;D Bổ Sung</p> <p>(Các) Hạn đủ điều kiện    <input type="checkbox"/> Tất cả các nhân viên đủ điều kiện hoặc    <input type="checkbox"/> Các hạng _____</p> <p><input type="checkbox"/> Lượng tăng \$ _____ hoặc <input type="checkbox"/> Cấp số nhân của tiền lương: _____ lần tiền lương</p> <p>Tối đa \$ _____ hoặc _____ x tiền lương, tùy theo số nào ít hơn</p> <p>Bảo đảm cấp phát \$ _____</p>			
	<p><b>Bảo hiểm Nhân thọ Bổ sung và Bảo hiểm AD&amp;D Bổ sung cho vợ, chồng/bạn đời sống chung.</b></p> <p>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):</p> <p><input type="checkbox"/> Bảo hiểm Nhân thọ Bổ sung    <input type="checkbox"/> Bảo hiểm AD&amp;D Bổ sung</p> <p>Lượng tăng \$ _____ lên tới tối đa \$ _____ Bảo đảm cấp phát \$ _____</p>			
	<p><b>Bảo hiểm Nhân thọ Bổ sung và Bảo hiểm AD&amp;D Bổ sung cho Trẻ nhỏ.</b></p> <p>Chỉ có sẵn nếu nhân viên cũng mua bảo hiểm Nhân thọ Bổ sung và Bảo hiểm AD&amp;D Bổ sung và không thể vượt quá 50% mức quyền lợi của nhân viên (chọn tất cả các lựa chọn phù hợp):</p> <p><input type="checkbox"/> Bảo hiểm Nhân thọ Bổ sung    <input type="checkbox"/> Bảo hiểm AD&amp;D Bổ sung</p> <p>Lượng tăng \$ _____ lên tới tối đa \$ _____</p>			
<p>*Được bảo hiểm bởi Blue Shield of California Life &amp; Health Insurance Company (Blue Shield Life).      C17607-ML-SB</p>				

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

22	<p>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.</p> <p><b>Lưu ý:</b> Quý vị có thể đăng nhập <a href="http://blueshieldca.com/policies">blueshieldca.com/policies</a> và tải về bản <i>Tóm Tắt Quyền Lợi &amp; Bảo Hiểm (SBC)</i> 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.</p>
----	---

## 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:
- 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

- 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: hủy bỏ bảo hiểm theo 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

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.

**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.**

**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.)**

<b>25</b> 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 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 Phòng Bảo Hiểm của liên hệ đại lý cấp cao thứ hai		
<b>Chứng Thực của Đại Lý Cấp Cao/Tổng Đại Lý Chứng</b> Thực của Đại lý/Bên Môi Giới hỗ trợ nộp đơn đăng ký này: (1) theo hiểu biết tốt nhất của tôi, thông tin trên đơn là đầy đủ và chính xác; và (2) Tôi đã giải thích cho người nộp đơn, bằng ngôn ngữ dễ hiểu, về rủi ro đối với người nộp đơn khi cung cấp thông tin không chính xác và người nộp đơn đã hiểu phần giải thích này.  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 áp dụng)	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



## 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](https://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](https://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](https://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)**。