

Đơn đăng ký tham gia dành cho nhóm cao cấp

Blue Shield of California và Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

Dành cho 2-50 nhân viên đủ tiêu chuẩn

Có hiệu lực từ ngày 1 tháng 1 năm 2009

Tiếp tục đi đúng hướng

Bảng kiểm tra tiện dụng này được soạn thảo để giúp quý vị dễ dàng tập hợp tất cả những thông tin và mẫu mà chúng tôi cần để xử lý bộ đơn đăng ký tham gia của quý vị. Hãy đánh dấu tất cả các ô, và sẵn sàng tham gia!

- | | |
|---|---|
| <p><input type="checkbox"/> Đơn đăng ký tham gia dành cho nhóm cao cấp (mẫu C15385)</p> <p><input type="checkbox"/> Đơn đăng ký tham gia dành cho nhân viên (mẫu C12914)</p> <p><input type="checkbox"/> Bản kê khai Sức khỏe (mẫu C15825) được yêu cầu cho nhóm chương trình bảo hiểm bảo đảm từ 2-14 nhân viên đăng ký tham gia và tất cả nhóm chương trình bảo hiểm không bảo đảm.</p> <p><input type="checkbox"/> Các Bản câu hỏi cho Cơ quan (mẫu C15146) được yêu cầu cho nhóm chương trình bảo hiểm bảo đảm có từ 15 nhân viên trở lên đăng ký tham gia. Những bản câu hỏi này phải được đề ngày trong vòng 45 ngày kể từ ngày có hiệu lực theo yêu cầu.</p> <p><input type="checkbox"/> “Bản kê khai dành cho Chủ sở hữu Duy nhất, Đối tác và Viên chức Quản lý Công ty” (mẫu C15293) cho tất cả chủ sở hữu/viên chức quản lý đăng ký tham gia.</p> <p><input type="checkbox"/> Thông tin tiền lương cho từng nhân viên đăng ký tham gia sẽ được yêu cầu để xác minh sự đủ tiêu chuẩn như sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DE-6 cho quý trước (ghi tình trạng đã cập nhật của nhân viên, như là bán thời gian, toàn thời gian, hoặc đã kết thúc). • Tất cả bốn DE-6 từ năm trước nếu sự đủ tiêu chuẩn của nhóm dựa vào, hoặc bao gồm, những nhân viên bán thời gian. • Bảng lương (cho nhân viên được thuê sau khi nộp DE-6). • Bảng chứng về sự đủ tiêu chuẩn của chủ sở hữu/cơ quan nếu chủ sở hữu/cơ quan này không được liệt kê trên DE-6 (giống như được ghi trong phần “Chỉ dành cho Nhóm Chủ sở hữu” dưới đây). <p><input type="checkbox"/> Những Mẫu Từ chối Bảo hiểm dành cho tất cả những nhân viên đủ tiêu chuẩn và người phụ thuộc đủ tiêu chuẩn từ chối bảo hiểm. Không yêu cầu Mẫu Từ chối Bảo hiểm cho trường hợp chỉ nộp đơn đăng ký tham gia cho bảo hiểm nhân thọ và nha khoa.</p> | <p><input type="checkbox"/> Một bản sao của bản kê khai thanh toán hiện tại của công ty bảo hiểm trước (nếu có)</p> <p><input type="checkbox"/> Mẫu dành cho người tàn tật (nếu có)</p> <p><input type="checkbox"/> Một séc thanh toán cho số tiền ký quỹ mức bảo hiểm của tháng đầu tiên. Blue Shield of California/Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Công ty Bảo hiểm Sức khỏe và Nhân thọ Blue Shield of California) (Blue Shield Life) sẽ hoàn trả toàn bộ khoản ký quỹ cho nhóm nếu đơn đăng ký tham gia của nhóm bị từ chối.</p> <p><input type="checkbox"/> Đối với những nhóm chọn chương trình bảo hiểm nha khoa HMO hoặc PPO, bảo hiểm mắt hoặc bảo hiểm nhân thọ Blue Shield với bảo hiểm sức khỏe, chỉ cần séc rời. Chỉ ghi đơn giản phần đóng của từng mức bảo hiểm cho mỗi sản phẩm trên séc, có thể thanh toán cho Blue Shield.</p> <p><input type="checkbox"/> Tài liệu Chỉ dành cho Nhóm Chủ sở hữu sẽ được yêu cầu nộp để xác minh rằng họ là những doanh nghiệp đang hoạt động, thuê mượn nhân viên biên chế và toàn thời gian, bao gồm, nhưng không giới hạn, những tài liệu sau đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sở hữu Duy nhất: 1040 Bảng kê C cho năm dương lịch trước đó • Đối tác: K-1 cho năm trước cho từng đối tác năm trước đó • Công ty: Điều khoản Công ty (có đóng dấu của tiểu bang) kể cả viên chức quản lý; K-1 hoặc đơn từ chối có ký tên cho từng viên chức quản lý đủ tiêu chuẩn bảo hiểm. |
|---|---|

Đơn đăng ký tham gia dành cho Nhóm Cao cấp (cho 2-50 nhân viên đủ tiêu chuẩn) Blue Shield of California và Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

Đơn vị tính hóa đơn cho nhóm

Không viết vào phần mờ

Access+ HMO® plans	Shield Spectrum PPO SM	Added Advantage POS SM plan	Shield Spectrum PPO SM Savings plans
Active Choice SM plans*	Access Baja® HMO plans	Dental HMO plans	Dental PPO plans
Khác			

Vui lòng đánh máy hoặc viết chữ in rõ ràng. Dùng mực đen.

1 Tên đăng ký đầy đủ của doanh nghiệp	Ngày có hiệu lực	
2 Địa chỉ gửi hóa đơn: Số, đường, thành phố, tiểu bang, Mã ZIP (Nếu có Hòm thư Bưu điện, điền vào Số 3 bên dưới)		
3 Địa chỉ giao dịch của doanh nghiệp (nếu khác bên trên)	Hạ	
4 Tên người liên lạc của nhóm/chức danh		
Số điện thoại ()	Số Fax ()	
Địa chỉ e-mail:		
5 Tư cách pháp nhân <input type="checkbox"/> Công ty <input type="checkbox"/> Đối tác <input type="checkbox"/> Sở hữu duy nhất <input type="checkbox"/> Khác (ghi rõ)		
6 Loại doanh nghiệp (cung cấp càng nhiều chi tiết càng tốt):		
Liệt kê những ngành nghề, sản phẩm/dịch vụ chính của doanh nghiệp quý vị		
.....		
.....		
Mã số phân loại ngành tiêu chuẩn (Mã SIC) trong đó doanh nghiệp được phân loại:		
7 Liệt kê chi nhánh hoặc công ty con. Cho biết tên và địa chỉ. Cho biết chi nhánh cần được bảo hiểm.		
.....		
.....		
Nếu không có chi nhánh/công ty con, hãy đánh dấu "N/A" <input type="checkbox"/> N/A		
8 (Những) Công ty bảo hiểm sức khỏe nhóm trước đây	Quý vị có cung cấp các chương trình bảo hiểm sức khỏe của những công ty bảo hiểm khác cho nhân viên của mình không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, ghi ngày bắt đầu thời kỳ đăng ký tham gia Từ: _____ Đến: _____
Ngày bắt đầu	Ngày kết thúc	
Nếu có những công ty bảo hiểm sức khỏe khác (ngoài Blue Shield), hãy liệt kê tên những công ty bảo hiểm này và số nhân viên được bao trả bởi công ty bảo hiểm đó.		
Tên:		Số của nhân viên:

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

9 Chương trình bảo hiểm sức khỏe PSP 2250/4500 (đủ tiêu chuẩn HSA) chỉ là chương trình Blue Shield có thể được sử dụng cùng với bất kỳ sản phẩm bao quát Phần 105 do cơ quan chi trả hoặc tự chi trả một phần.

Quý vị có kế hoạch cung cấp chương trình bảo hiểm bao quát Phần 105 do cơ quan chi trả hoặc tự chi trả một phần?

Có Không

Quý vị có cung cấp hoặc dành sẵn cho nhân viên của quý vị bất kỳ chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc sản phẩm nào bồi hoàn cho khoản tiền khấu trừ, đồng bảo hiểm hoặc khoản tiền tự thanh toán cho Blue Shield không phải qua tài khoản HSA không? Có Không

Nếu quý vị trả lời có cho bất kỳ câu hỏi nào ở trên, quý vị có hiểu và công nhận rằng nếu quý vị sử dụng bất kỳ chương trình bảo hiểm sức khỏe Blue Shield nào (ngoài PSP 2250/4500) với bất kỳ sản phẩm bao quát Phần 105 do cơ quan chi trả hoặc tự chi trả một phần, hoặc bất kỳ sản phẩm nào bồi hoàn cho khoản tiền khấu trừ, đồng bảo hiểm hoặc khoản tiền tự thanh toán cho Blue Shield không phải qua tài khoản HSA, thì chúng tôi sẽ hủy bảo hiểm của quý vị không?

Có Không

10 Thời gian chờ của nhân viên mới: _____ tháng (tối thiểu 0, tối đa 6 tháng).

Nếu nhóm có ngoại lệ đặc biệt về thời gian chờ cho nhân viên mới thuê ở cấp điều hành/quản lý, vui lòng cho biết ở đây (tối thiểu 0, tối đa 6 tháng): _____

Nhân viên mới đủ tiêu chuẩn đăng ký tham gia, ngày gửi hóa đơn đầu tiên sau khi kết thúc thời gian chờ của nhóm.

Ví dụ: Ngày thuê nhân viên là 01/08/2007, và nhóm có thời gian chờ 3 tháng – nhân viên đủ tiêu chuẩn đăng ký tham gia có hiệu lực ngày 01/11/2007. Nếu ngày thuê nhân viên là 02/08/2007, và nhóm có thời gian chờ 3 tháng, thì nhân viên đủ tiêu chuẩn đăng ký tham gia có hiệu lực ngày 01/12/2007.

Thời gian chờ có được miễn cho nhân viên đang làm việc không? Có Không

11 Tổng số nhân viên _____ Tổng số nhân viên đủ tiêu chuẩn _____ Tổng số nhân viên đã đăng ký tham gia _____

Cho 2-50 nhân viên đăng ký tham gia, vui lòng để họ điền Đơn đăng ký tham gia dành cho Nhân viên (C12914). Nếu quý vị có 2-14 nhân viên đăng ký tham gia, thì họ cũng phải điền vào Bản kê khai Sức khỏe (C15825).

Số nhân viên toàn thời gian trong thời gian chờ: _____ Số nhân viên từ chối bảo hiểm: _____

Cơ quan chịu trách nhiệm thu thập mẫu từ chối bảo hiểm.

Đối với cơ quan có ít hơn 20 nhân viên:

Quý vị hiện có nhân viên đã tham gia vào Medicare không? Có Không

Nếu có vui lòng cung cấp bản sao thẻ đủ tiêu chuẩn Medicare.

Có nhân viên nào ngoài tiểu bang không? Có Không Quý vị có bao nhiêu nhân viên ngoài tiểu bang? _____

Quý vị có muốn đóng bảo hiểm cho những nhân viên ngoài tiểu bang hay không? Có Không

12 Tất cả nhân viên toàn thời gian đủ tiêu chuẩn có được đóng bảo hiểm sức khỏe không? Có Không

Nếu không, vui lòng giải thích:

Tất cả nhân viên toàn thời gian đủ tiêu chuẩn mà quý vị đóng bảo hiểm sức khỏe có đang làm việc ít nhất 30 giờ/tuần không?

Có Không Nếu không, vui lòng giải thích:

Quý vị có muốn đóng bảo hiểm cho nhân viên biên chế làm việc ít hơn 30 giờ nhưng không ít hơn 20 giờ/tuần không?

Có Không

13 Bảo hiểm cho người sống chung nhà (đánh dấu một) – Người sống chung nhà trong Lựa chọn 1 và 2 cũng phải đáp ứng yêu cầu về sự đủ tiêu chuẩn của người phụ thuộc trong Blue Shield như được xác định theo hợp đồng.

1. Bảo hiểm hẹp: Được đăng ký ở tiểu bang California (cả hai người sống chung nhà đều đã nộp hồ sơ Khai báo Người sống chung nhà ở tiểu bang California. Cả hai người sống chung nhà đều phải cùng giới tính. Những người sống chung nhà khác giới tính chỉ được phép nếu một người ít nhất 62 tuổi và đủ tiêu chuẩn về An sinh Xã hội).

2. Bảo hiểm rộng: Không cần đăng ký ở tiểu bang California (hai người sống chung nhà có thể cùng hoặc khác giới tính).

14 Tất cả nhân viên có được bao trả bồi thường tai nạn lao động theo yêu cầu của luật pháp không?

Có Tên công ty bảo hiểm: _____

Không Nếu không, vui lòng giải thích:

15 Có người tham gia COBRA đăng ký tham gia chương trình bảo hiểm Blue Shield/Blue Shield Life bị tàn tật hoặc nằm viện, hoặc nhân viên hiện tại không làm việc, tàn tật, nằm viện không? Có Không Nếu có, điền vào Mẫu Phụ lục Tàn tật Số C11248.

16 A) Nhóm của quý vị theo COBRA liên bang không? Có Không

B) Hiện quý vị có bao nhiêu người tham gia COBRA hoặc Cal-COBRA? _____ Bao nhiêu người trong giai đoạn đủ tiêu chuẩn? _____

Những phúc lợi y tế

17 Dual Choice¹ Đánh dấu ô này để chọn Dual Choice (trên hai nhân viên tham gia). Chọn một chương trình bảo hiểm Access+ HMO và một chương trình bảo hiểm khác không thuộc HMO

Suite Deal Package (Gói Lựa chọn Thích hợp)^{1,2} Đánh dấu ô này để chọn tất cả những chương trình bảo hiểm cụ thể được liệt kê dưới đây, (trên hai nhân viên tham gia). Cơ quan có thể chọn Access Baja® HMO ngoài Suite Deal Package.

Access+ HMO	Shield Spectrum PPO	Shield Spectrum PPO Savings ⁵
Access+ HMO Plan 20 Value	Shield Spectrum PPO Plan 500 Standard*	Shield Spectrum PPO Savings Plan 1800/3600*
Access+ HMO Plan 30	Shield Spectrum PPO Plan 500 Value*	Shield Spectrum PPO Savings Plan 3000/6000*
	Shield Spectrum PPO Plan 1000 Value*	
	Shield Spectrum PPO Plan 1500 Value*	
	Shield Spectrum PPO Plan 2000 Value* ⁶	

PlanSelectSM Packages^{3,4} Những nhóm có 2-50 nhân viên đăng ký tham gia, hãy chọn từ 2 đến 28 chương trình bảo hiểm, không bao gồm các chương trình bảo hiểm Access Baja. Cơ quan có thể chọn Access Baja ngoài PlanSelect.

Tất cả các chương trình bảo hiểm Những chương trình bảo hiểm đã chọn (chọn từ bảng dưới đây)

Access+ HMO

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Access+ HMO Plan 5 | <input type="checkbox"/> Access+ HMO Plan 10 | <input type="checkbox"/> Access+ HMO Plan 15 | <input type="checkbox"/> Access+ HMO Plan 20 |
| <input type="checkbox"/> Access+ HMO Plan 20 Value | <input type="checkbox"/> Access+ HMO Plan 30 | <input type="checkbox"/> Access+ HMO Plan 25 | <input type="checkbox"/> Access+ HMO Plan 40 |

Shield Spectrum PPO

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO Plan, Zero Deductible | <input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO Plan 250 Premier | <input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO Plan 250 Standard |
| <input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO Plan 500 Premier | <input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO Plan 500 Standard* | <input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO Plan 1000 |
| <input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO Plan 500 Value* | <input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO Plan 750 Value* | <input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO Plan 3000* |
| <input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO Plan 1000 Value* | <input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO Plan 1500 Value* | <input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO Plan 2000 Value* ⁶ |

Shield Spectrum PPO Savings⁵

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO Savings Plan 1800/3600* | <input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO Savings Plan 2250/4500 |
| <input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO Savings Plan 2500* | <input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO Savings Plan 3000/6000* |
| <input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO Savings Plan 4800* ⁷ | |

Added Advantage POS

- Added Advantage POS Plan

Active Choice Plan*⁷

- Active Choice Plan 750 SG
 Active Choice Plan 500 SG

Access Baja HMO

- Access Baja HMO Plan 5
 Access Baja HMO Plan 10

Những phúc lợi tùy chọn (không thể mua mà không có chương trình bảo hiểm y tế)

18 Đối với các gói Dual Choice, Suite Deal và PlanSelect, phải mua từng phúc lợi tùy chọn cho tất cả chương trình bảo hiểm y tế đã chọn.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Điều trị cai nghiện rượu/ma túy cho bệnh nhân nội trú | <input type="checkbox"/> Vision Basic 0/130 | <input type="checkbox"/> Tài khoản chi tiêu linh hoạt: Flex 123 |
| <input type="checkbox"/> Bảo hiểm bổ sung cho vô sinh | <input type="checkbox"/> Vision Basic 10/130 | <input type="checkbox"/> Chương trình Chi Tính phí đóng bảo hiểm (POP) |
| <input type="checkbox"/> Access+ HMO và/hoặc bảo hiểm bổ sung nắn khớp xương POS | <input type="checkbox"/> Vision Basic 0/100 | |
| <input type="checkbox"/> Access+ HMO và/hoặc bảo hiểm bổ sung nắn khớp xương/ chăm cứu POS | <input type="checkbox"/> Vision Basic 10/75 | |

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

1 Nếu đã được cung cấp một chương trình bảo hiểm HMO từ công ty khác, thì sự tham gia tối thiểu cùng với các chương trình bảo hiểm Blue Shield kết hợp phải từ 5 nhân viên trở lên đăng ký tham gia hoặc 50% tổng số nhân viên đăng ký tham gia.

2 Cần có 65% người tham gia vào Gói Suite Deal.

3 Cần có 75% người tham gia vào các chương trình bảo hiểm PlanSelect của Blue Shield.

4 Nếu đã được cung cấp một chương trình bảo hiểm HMO từ công ty khác, thì sự tham gia tối thiểu cùng với các chương trình bảo hiểm Blue Shield kết hợp phải từ 5 nhân viên trở lên đăng ký tham gia hoặc 75% tổng số nhân viên đăng ký tham gia.

5 Chương trình bảo hiểm sức khỏe có khoản tiền khấu trừ cao đủ tiêu chuẩn HSA.

6 Bảo hiểm thuốc kê toa của chương trình bảo hiểm sức khỏe này chỉ cung cấp bảo hiểm cho các thuốc phổ thông và cụ thể loại trừ bảo hiểm cho các toa thuốc biệt dược.

7 Khi chương trình bảo hiểm Active Choice hoặc Shield Spectrum PPO Savings Plan 4800 được cung cấp như Blue Shield Life độc lập cung cấp cùng với một chương trình bảo hiểm sức khỏe HMO của công ty bảo hiểm khác: Đăng ký Blue Shield Life tối thiểu là nhiều hơn 5 nhân viên đang làm việc hoặc 20% toàn bộ nhân viên đã đăng ký

Các phúc lợi nha khoa¹

19 Suite Deal Dental Package (Gói Nha khoa Lựa chọn Thích hợp)² Đánh dấu ô này để chọn tất cả 5 chương trình bảo hiểm cụ thể được liệt kê dưới đây (trên 2 nhân viên tham gia).

Dental PPO – Smile Basic 75/1000/No Ortho/MAC	Dental HMO Basic
Dental PPO – Smile Value 50/1500/No Ortho/MAC	Dental HMO Plus
Dental PPO – Smile Deluxe Plus 2000 50/2000/Ortho/MAC	

Dual option (Phương án kép)³ Đánh dấu ô này để chọn Dual Option (trên hai nhân viên tham gia). Chọn bất kỳ hai chương trình bảo hiểm nha khoa sau.

Các chương trình bảo hiểm PPO Smile

<input type="checkbox"/> Dental PPO – Smile SM Basic 75/1000/No Ortho/MAC	<input type="checkbox"/> Smile Deluxe 2000 50/2000/No Ortho/MAC
<input type="checkbox"/> Dental PPO – Smile Value 50/1500/No Ortho/MAC	<input type="checkbox"/> Smile Deluxe 50/1500/Ortho/MAC
<input type="checkbox"/> Dental PPO – Smile 50/1500/No Ortho/MAC	<input type="checkbox"/> Smile Deluxe Plus 2000 50/2000/Ortho/MAC
<input type="checkbox"/> Dental PPO – Smile Plus 50/1500/Ortho/MAC	<input type="checkbox"/> Smile Deluxe Gold 50/1500/Ortho/U85
<input type="checkbox"/> Dental PPO – Smile Plus Gold 50/1500/Ortho/U85	

Các chương trình bảo hiểm Dental HMO

<input type="checkbox"/> Dental HMO Basic	<input type="checkbox"/> Chương trình bảo hiểm Nha khoa Khác (ghi rõ)
<input type="checkbox"/> Dental HMO Plus	
<input type="checkbox"/> Dental HMO Deluxe	

Các chương trình bảo hiểm nha khoa tự nguyện⁴

Dental PPO – Smile Basic Voluntary 75/1000/No Ortho/MAC Dental HMO Voluntary

Đóng góp của cơ quan

20 Đóng góp bảo hiểm y tế – Cơ quan phải đóng góp (1) một khoản đóng góp xác định tối thiểu \$100 một nhân viên (hoặc chi phí tổng bằng giá bảo hiểm của nhân viên, tùy theo khoản nào thấp hơn), hoặc (2) khoản tối thiểu 50% tổng bằng giá bảo hiểm của nhân viên.

Cho biết khoản đóng góp ở đây: Cho nhân viên ____% hoặc \$ _____ Cho người phụ thuộc ____% hoặc \$ _____

Nếu cơ quan đóng góp 100% bằng giá bảo hiểm của nhân viên, tất cả các nhân viên đủ tiêu chuẩn cho chương trình bảo hiểm sức khỏe cho nhóm phải đăng ký tham gia bảo hiểm được nhóm đề nghị từ bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe nào.

Đóng góp bảo hiểm nha khoa – Đối với khoản đóng góp của cơ quan, hãy nhập phần trăm mức bảo hiểm mà cơ quan phải đóng cho nhân viên và người phụ thuộc (phải ít hơn 50% tổng mức giá bảo hiểm của nhân viên). Nếu 100%, tất cả những nhân viên đủ tiêu chuẩn phải đăng ký tham gia.

Cho biết khoản đóng góp ở đây: Cho nhân viên ____% Cho người phụ thuộc ____%

Bảo hiểm nhân thọ có thời hạn theo Nhóm và AD&D (tử vong và cụt tay chân do tai nạn)*

21 Bảo hiểm nhân thọ cho nhân viên: phúc lợi tối thiểu \$15,000. Nếu chọn bảo hiểm theo loại, kể cả mô tả loại.

Thấp nhất \$ _____ c Nhân với lương _____ lần lương, tối đa \$ _____
 Loại \$ _____, _____; \$ _____, _____; \$ _____, _____
 Mô tả loại Mô tả loại Mô tả loại

100% cơ quan trả c Đóng góp: Cơ quan trả ____% cho nhân viên (tối thiểu 25%), ____% cho người phụ thuộc

Đủ tiêu chuẩn: Tất cả nhân viên toàn thời gian Chỉ có nhân viên đăng ký tham gia Chương trình bảo hiểm Y tế Blue Shield/Blue Shield Life

Bảo hiểm nhân thọ cho người phụ thuộc (chỉ có sẵn với bảo hiểm Life/AD&D cho nhân viên): \$ _____ vợ/chồng/người sống chung nhà/con cái (tối thiểu \$1,000/tối đa \$5,000, tăng giảm \$1,000; phúc lợi của vợ/chồng/người sống chung nhà phải bằng với phúc lợi của con cái). Để hội đủ điều kiện cho bảo hiểm nhân thọ, những người nộp đơn phải đang làm việc ít nhất 20 giờ một tuần và không thể tham gia vào các chương trình bảo hiểm Access Baja.

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

1 Nếu bảo hiểm nha khoa là bổ sung cho bảo hiểm y tế, thì hướng dẫn tham gia cho bảo hiểm sức khỏe được áp dụng (ngoại trừ tự nguyện hoặc gói Suite Deal Dental).

2 Cần 65% người tham gia vào gói Suite Deal Dental.

3 Cần 75% người tham gia nếu cả hai gói đều là chương trình bảo hiểm sức khỏe không tự nguyện.

4 Khi một chương trình bảo hiểm sức khỏe không tự nguyện kết hợp với chương trình bảo hiểm sức khỏe tự nguyện, cần phải có 75% nhân viên đủ tiêu chuẩn tham gia. Khi có một hoặc hai chương trình bảo hiểm sức khỏe tự nguyện được cung cấp, thì không cần phải có nhân viên tham gia.

Bảo hiểm mắt* (có thể mua khi có hoặc không có chương trình bảo hiểm y tế)

22 Vision Standard (12/12/24)	Vision Plus (12/12/24)	Vision Deluxe (12/12/12)
<input type="checkbox"/> Vision Standard 0/75	<input type="checkbox"/> Vision Plus 0/75	<input type="checkbox"/> Vision Deluxe 0/100
<input type="checkbox"/> Vision Standard 10/75	<input type="checkbox"/> Vision Plus 10/75	<input type="checkbox"/> Vision Plus 10/130
<input type="checkbox"/> Vision Standard 25/75	<input type="checkbox"/> Vision Plus 0/100	<input type="checkbox"/> Vision Deluxe 10/100
<input type="checkbox"/> Vision Standard 0/100	<input type="checkbox"/> Vision Plus 10/100	<input type="checkbox"/> Vision Deluxe 0/130
<input type="checkbox"/> Vision Standard 0/130	<input type="checkbox"/> Vision Plus 0/130	<input type="checkbox"/> Vision Deluxe 10/130
<input type="checkbox"/> Vision Standard 10/130	<input type="checkbox"/> Vision Plus 10/130	

Giấy ủy quyền Giấy ủy quyền phần ủy quyền sau đây phải được ký tên (Blue Shield of California/Blue Shield Life yêu cầu một bản gốc của chứng từ pháp lý này với chữ ký gốc.)

- 23** Đây chỉ là đơn đăng ký tham gia bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm chỉ có hiệu lực khi Blue Shield/Blue Shield Life hoàn tất việc xem xét và thông báo với người nộp đơn đăng ký tham gia hoặc người môi giới của người nộp đơn là đơn đăng ký tham gia đã được chấp thuận và ban hành hợp đồng dịch vụ chăm sóc sức khỏe nhóm/chính sách nhóm. Tôi chứng nhận với hiểu biết tốt nhất và sự tin tưởng của tôi rằng tất cả những câu trả lời đều đúng, chính xác và đầy đủ. Tôi hiểu rằng nếu tôi trình bày sai hoặc bỏ qua những sự kiện quan trọng thì sự bảo hiểm đã được chấp thuận bởi Blue Shield/Blue Shield Life có thể bị hủy bỏ, Hợp đồng Dịch vụ Sức khỏe/Chính sách bảo hiểm bị bãi bỏ, hoặc mức bảo hiểm/bảng giá sẽ được điều chỉnh lại.

Chữ ký của người ủy quyền

Tên và chức danh (vui lòng viết bằng chữ in)

Ngày

LƯU Ý: Blue Shield Life không cung cấp chương trình bảo hiểm nhân thọ cho cơ quan có dưới 10 nhân viên theo luật tiểu bang. Tuy nhiên, bằng cách nộp đơn đăng ký tham gia làm cơ quan tham gia mạng lưới Small Employer Group Trust (Cơ quan Nhóm Nhỏ) thì có thể tham gia chương trình bảo hiểm này. Cơ quan hiểu rằng Small Employer Group Trust và các công ty bảo hiểm của họ có thể dựa vào đơn đăng ký tham gia này và những đơn đăng ký tham gia cá nhân khác để quyết định có cho phép Cơ quan tham gia vào Small Employer Group Trust hay không. Cơ quan hiểu và đồng ý rằng hợp đồng bảo hiểm không có hiệu lực: 1) trước ngày Small Employer Group Trust và các công ty bảo hiểm của tập đoàn quyết định; và 2) trước khi Cơ quan trả phí đóng bảo hiểm tháng đầu tiên. Cơ quan hiểu và đồng ý rằng Cơ quan sẽ nhận Bản Bổ sung Điều lệ Tham gia Small Employer Group Trust và Bản Bổ sung Điều lệ Tham gia được kết hợp và trở thành một phần của chính sách bảo hiểm nhân thọ nhóm Small Employer Group Trust. Cơ quan hiểu và đồng ý rằng Small Employer Group Trust sẽ cung cấp cho Cơ quan một bản sao của chính sách bảo hiểm nhân thọ nhóm Small Employer Group Trust và tất cả những thông tin về chính sách đó sẽ được Small Employer Group Trust và các công ty bảo hiểm của họ đề cập và xử lý trực tiếp.

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

Thông tin của đại lý (do đại lý hoặc tổng đại lý điền vào)

24 Tên đại lý		E-mail đại lý	
Tên liên lạc/ Địa chỉ Email		Số điện thoại ()	Số Fax ()
Địa chỉ đại lý chấp nhận Hòm thư Bưu điện)			
Thành phố		Tiểu bang	MÃ ZIP
Mã số thuế của Tổng đại lý		Mã số thuế của Đại lý (khoản hoa hồng sẽ được báo cáo theo số này)	
Số giấy phép của Cơ quan Quản lý Bảo hiểm		Khu vực	Mã số
Đây có phải là khoản tiền hoa hồng không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, ghi rõ _____ % / _____ %	Tên của đại lý thứ hai	
Tên của tổng đại lý		E-mail của tổng đại lý	
Quý vị muốn được liên lạc bằng fax hay e-mail?			
Hôm nay ngày (bắt buộc) _____ / _____ / _____	Chữ ký của đại lý (bắt buộc) X _____	Tên viết bằng chữ in _____	
Tôi chứng nhận với hiểu biết tốt nhất và sự tin tưởng của tôi rằng tất cả những câu trả lời đều đúng, chính xác và đầy đủ.			
Nhân viên phụ trách khách hàng Blue Shield	Số điện thoại	Số Fax	Số văn phòng
Nhân viên phụ trách khách hàng và khu vực		Giám đốc khách hàng/đại diện dịch vụ (nếu có)	