

و Blue Shield of California
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: <input type="checkbox"/> شرکت S <input type="checkbox"/> شرکت C <input type="checkbox"/> مشارکت <input type="checkbox"/> مالکیت انحصاری <input type="checkbox"/> شرکت با مسئولیت محدود <input type="checkbox"/> غیر انتفاعی <input type="checkbox"/> سایر (مشخص کنید) _____ شماره شناسایی مالیاتی (TID) فدرال کارفرما _____ آیا گروه مشمول ERISA است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
5	آیا گروه در نظر دارد Blue Shield را در کنار طرح بیمهگر دیگری ارائه دهد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر تاریخ اجرای اولیه پوشش بیمهگر دیگر (سال/روز/ماه): آیا گروه شرکت تابعه یا وابسته‌های دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر پاسخ مثبت است، لطفاً موارد زیر را ارائه کنید: نام قانونی 1 نام قانونی 2 نام قانونی 3 شماره شناسایی مالیاتی شامل پوشش شود؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر آیا همه کارکنان تا حدی که از نظر قوانین الزامی است، تحت پوشش بیمه جبران خسارت کارکنان هستند؟ <input type="checkbox"/> بله نام بیمهگر: _____ <input type="checkbox"/> خیر اگر پاسخ منفی است، لطفاً توضیح دهید: _____

رابط گروه برای:		6
B. عنوان شغلی	A. نام رابط گروه	رابط کلی گروه (اولیه - تماس عمومی روزانه)
D. نشانی ایمیل (الزامی)	C. شماره تلفن	
B. عنوان شغلی	A. نام رابط گروه	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)
D. نشانی ایمیل (الزامی)	C. شماره تلفن	
B. عنوان شغلی	A. نام رابط گروه	رابط صدور صورتحساب
D. نشانی ایمیل (الزامی)	C. شماره تلفن	
B. عنوان شغلی	A. نام رابط گروه	رابط Evidence of Coverage / گواهی بیمه (EOC، گواهی پوشش/COI)
D. نشانی ایمیل (الزامی)	C. شماره تلفن	
B. عنوان شغلی	A. نام رابط گروه	رابط قانونی (مسئول تعهدات قانونی الزامآور از طرف گروه کارفرما)
D. نشانی ایمیل (الزامی)	C. شماره تلفن	
B. عنوان شغلی	A. نام رابط گروه	رابط طرح سلامت مبتنی بر حساب (ABHP)
D. نشانی ایمیل (الزامی)	C. شماره تلفن	
B. عنوان شغلی	A. نام رابط گروه	رابط سرپرستی COBRA
D. نشانی ایمیل (الزامی)	C. شماره تلفن	
B. عنوان شغلی	A. نام رابط گروه	رابط «گزارش مغایرت ثبت‌نام» (در صورت استفاده از EDI برای ثبت‌نام الکترونیکی)
D. نشانی ایمیل (الزامی)	C. شماره تلفن	
B. عنوان شغلی	A. نام رابط گروه	رابط نظرسنجی
D. نشانی ایمیل (الزامی)	C. شماره تلفن	
B. عنوان شغلی	A. نام رابط گروه	رابط دیگر (لطفاً مشخص کنید)
D. نشانی ایمیل (الزامی)	C. شماره تلفن	

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 ماه «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 ماه «بعد از 30 روز پس از تاریخ استخدام» اجرایی می‌شود

مثال: کارمند استخدام شده در تاریخ 15 ژانویه، به علاوه 30 روز = تاریخ اجرایی شدن 1 مارس

همه کارمندان

سایر موارد (لطفاً توضیح دهید)

در روز اول ماه «بعد از 60 روز پس از تاریخ استخدام» اجرایی می‌شود

مثال: کارمند استخدام شده در تاریخ 15 ژانویه، به علاوه 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 پاروقتی پس از تغییر وضعیت آنها به حالت تمام‌وقت.

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.

تعداد کارمندان	8
<p>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.</p> <p>1. تمام کارمندان – هر فردی که گروه او را استخدام کرده است، شامل کارمندان تمام‌وقت و پاره‌وقت (6) (29 USC 1002).</p> <p>2. کارمند تمام‌وقت (FTE) و «هم‌ارز FTE» – کارمند تمام‌وقت (FTE) و «هم‌ارز FTE» در بخش (c)(2) 4980H «آیین‌نامه درآمد داخلی» تعریف شده است.</p> <p>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 ساعات‌های 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.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>کارمند واجد شرایط شامل کسانی نمی‌شود که به‌صورت پاره‌وقت، موقت یا نیروی جایگزین کار می‌کنند.</p>	
<p>8a. تعداد کل کارمندان:</p>	
<p>8b. تعداد کل کارمندان تمام‌وقت واجد شرایط:</p>	
<p>8c. تعداد کل کارمندان واجد شرایط ثبت‌نام در پوشش بیمه Blue Shield (این قسمت را تا حدی که می‌دانید تکمیل کنید):</p>	
<p>8d. تعداد کل کارمندان واجد شرایطی که پوشش بیمه Blue Shield را رد می‌کنند (این قسمت را تا حدی که می‌دانید تکمیل کنید):</p>	
<p>8e. تعداد کل کارمندان FTE و «هم‌ارز FTE»:</p>	
<p>8f. آیا قصد دارید بیمه Blue Shield را به کارمندان خارج از ایالت پیشنهاد کنید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>اگر پاسخ مثبت است، تعداد کارمندان در خارج از ایالت چقدر است؟ _____</p>	
<p>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.</p>	

9a. آیا پوشش بیمه سلامت به همه کارمندان تماموقت واجد شرایط ارائه می‌شود؟		<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> 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؟		<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر
9d. اگر پاسختان به سؤال 9c منفی است، لطفاً توضیح دهید:			
9e. آیا بازنشستگان واجد شرایط به‌رمندی از مزایا هستند؟ توجه: گزینه پوشش بیمه بازنشستگان نیاز به تأییدیه قبلی بیمه‌گر دارد.		<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر
9f. اگر پاسختان به سؤال 9e مثبت است، لطفاً هر موردی را که صدق می‌کند، علامت بزیند: <input type="checkbox"/> بازنشستگان پیش از موعد زیر 65 سال <input type="checkbox"/> بازنشستگان 65 سال و بالاتر آیا گروه در پوشش بیمه بازنشستگی مشارکت خواهد داشت؟			
9g. آیا می‌خواهید صورت‌حساب پوشش بیمه بازنشستگی شما از جمعیت کارمندان فعال شما جدا باشد؟		<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> 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 (MLBI) 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.		<input type="checkbox"/>	
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 Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act از X موضوع اجرای تمامی جنبه‌های اجرایی موضوع X از COBRA (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: <input type="checkbox"/> گروه <input type="checkbox"/> مدیر COBRA			
لطفاً نشانی مدیر COBRA را ارائه دهید:			
شهر		ایالت	کدپستی

Trio HMO های طرح‌های		11
Access+ HMO® های طرح‌های		
Local Access+ HMO® ¹ های طرح‌های		
<p>1 محصولات Local Access+ HMO فقط در شهرستان‌های برگزیده موجود هستند: شهرستان‌های Marin، Orange، San Francisco، Contra Costa، Santa Clara، Santa Cruz، Sonoma، Stanislaus، Yolo، و بخش‌هایی از شهرستان‌های Kern، Los Angeles، Riverside، Sacramento، San Bernardino، San Diego، San Mateo، و Ventura.</p>		
Added Advantage POS SM های طرح‌های		
Full PPO/EPO های طرح‌های		
PPO Savings های طرح‌های		
Virtual Blue SM های طرح‌های		
Tandem PPO/EPO های طرح‌های		
Active Choice® Plus/Active Choice® Classic های طرح‌های		
Blue Shield 65 Plus SM های طرح‌های		
<input type="checkbox"/> طرح سفرانی («خلاصه مزایای» سفرانی 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 افراد تحت تکفل % _____	برای کارمندان % _____ برای افراد تحت تکفل (در صورت وجود) % _____	

13 طرح‌های سلامت مبتنی بر حساب (Blue Shield (ABHP)			
<p>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.</p>			
میزان مشارکت کارفرما یوشش خانوادگی	میزان مشارکت کارفرما یوشش فردی	مدیر حساب	نوع حساب
\$	\$	<input type="checkbox"/> HealthEquity (مدل یکپارچه - Blue Shield در تعیین واجدین شرایط و پرداخت مبالغ خسارت سهیم است) • با ثبت‌نام در طرح درمانی اجباری است: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مدیر دیگر (گزینه غیریکپارچه)	<input type="checkbox"/> Health savings account (HSA، حساب پس‌انداز سلامت)
\$	\$	<input type="checkbox"/> HealthEquity (مدل یکپارچه - Blue Shield در تعیین واجدین شرایط و پرداخت مبالغ خسارت سهیم است) • با ثبت‌نام در طرح درمانی اجباری است: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مدیر دیگر (گزینه غیریکپارچه)	<input type="checkbox"/> Health reimbursement arrangement (HRA، برنامه‌ریزی بازپرداخت هزینه‌های سلامت)
\$	\$	<input type="checkbox"/> HealthEquity (مدل یکپارچه - Blue Shield در تعیین واجدین شرایط و پرداخت مبالغ خسارت سهیم است) • با ثبت‌نام در طرح درمانی اجباری است: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مدیر دیگر (گزینه غیریکپارچه)	<input type="checkbox"/> Health incentive account (HIA، حساب مشوق سلامت)
\$	\$	<input type="checkbox"/> HealthEquity (مدل یکپارچه - Blue Shield در تعیین واجدین شرایط و پرداخت مبالغ خسارت سهیم است) • با ثبت‌نام در طرح درمانی اجباری است: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مدیر دیگر (گزینه غیریکپارچه)	<input type="checkbox"/> Limited purpose flexible spending account (LPFSA، «حساب پرداخت انعطاف‌پذیر هزینه‌ها با اهداف محدود» - دندان‌پزشکی و چشم‌پزشکی) فقط با HSA
\$	\$	<input type="checkbox"/> HealthEquity (مدل یکپارچه - Blue Shield در تعیین واجدین شرایط و پرداخت مبالغ خسارت سهیم است) • با ثبت‌نام در طرح درمانی اجباری است: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مدیر دیگر (گزینه غیریکپارچه)	<input type="checkbox"/> Flexible spending account (FSA، حساب پرداخت انعطاف‌پذیر هزینه‌ها) <input type="checkbox"/> FSA پزشکی <input type="checkbox"/> FSA مراقبت از افراد تحت تکفل

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:
گزینه‌های طرح داروهای نسخه‌ای سرپایی Blue Shield of California (برای HMO/POS موجود است)	
طرح دارویی Rx (Basic Rx) مناسب را انتخاب کنید: ¹	
طرح دارویی Rx (Enhanced Rx) مناسب را انتخاب کنید: ¹	
طرح دارویی Rx (Rx Spectrum) مناسب را انتخاب کنید: ¹	
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 (Premier Rx یا Enhanced Rx) مناسب را انتخاب کنید: ¹	
طرح دارویی Rx (Rx Spectrum) مناسب را انتخاب کنید: ¹	
1 داروهای ردیف 4، شامل داروهای تخصصی، 30% حداکثر تا سقف \$250.	

15 گروه می‌تواند یکی از گزینه‌های طرح زیر را انتخاب کند:

گزینه طرح Single Dentalگزینه طرح Dual Choice Dental

• 1 DPPO + 1 DHMO • 1 DPPO + 1 DINO • 2 DHMOs • 2 DPPOs

گزینه طرح Triple Choice Dental

• 1 DPPO + 1 DHMO + 1 DINO

Dental HMO

Dental PPO

Dental INO

16 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.

میزان مشارکت کارفرما در طرح دندانپزشکی را اینجا مشخص کنید:

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

بخش SB2 - پوشش خدمات چشمپزشکی*

17

†Vision Voluntary

* 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

18

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.

میزان مشارکت کارفرما در طرح چشمپزشکی را اینجا مشخص کنید:

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

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

19	<p>واجد شرایط بودن – همه کارمندان تماموقت که به طور فعال مشغول به کار هستند</p> <p>بیمه عمر زمانی گروهی پایه/بیمه AD&D برای کارمندان:</p> <p><input type="checkbox"/> مبلغ ثابت \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> چند برابر حقوق _____ برابر حقوق، حداکثر \$ _____</p> <p>مبلغ مزایای تعیین شده توسط حقوق به مبلغ بالای بعدی از مرتبه \$1,000 گرد می شود.</p> <p><input type="checkbox"/> درجه بندی شده: 1. توضیح درجه _____ مبلغ برحسب \$ _____</p> <p>2. توضیح درجه _____ مبلغ برحسب \$ _____</p> <p>3. توضیح درجه _____ مبلغ برحسب \$ _____</p> <p>4. توضیح درجه _____ مبلغ برحسب \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> بیمه عمر پایه افراد تحت تکفل:</p> <p>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.</p>		
20	<p>مشارکت کارفرما برای بیمه عمر زمانی گروهی پایه/AD&D الزامی است</p> <p>درصد حق بیمه پرداخت شده 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 می شود)، در این صورت همه کارمندان تمام وقت (که فعالانه مشغول به کار هستند) باید ثبت نام کنند.</p> <p>میزان مشارکت بیمه عمر زمانی گروهی پایه/AD&D را اینجا مشخص کنید:</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> برای کارمندان % _____ برای بازنشستگان (در صورت وجود) % _____ </td> <td style="width: 50%;"> برای افراد تحت تکفل % _____ برای افراد تحت تکفل بازنشستگان (در صورت وجود) % _____ </td> </tr> </table>	برای کارمندان % _____ برای بازنشستگان (در صورت وجود) % _____	برای افراد تحت تکفل % _____ برای افراد تحت تکفل بازنشستگان (در صورت وجود) % _____
برای کارمندان % _____ برای بازنشستگان (در صورت وجود) % _____	برای افراد تحت تکفل % _____ برای افراد تحت تکفل بازنشستگان (در صورت وجود) % _____		
21	<p>بیمه عمر تکمیلی گروهی و بیمه تکمیلی AD&D*:</p> <p>پوشش مشروط به سطوح مشارکت و شواهد بیمه پذیری است.</p> <p>بیمه عمر تکمیلی و بیمه AD&D تکمیلی کارمند (تمام مواردی را که صدق می کنند علامت بزنید):</p> <p><input type="checkbox"/> بیمه تکمیلی عمر <input type="checkbox"/> بیمه تکمیلی AD&D</p> <p>درجه(های) واجد شرایط <input type="checkbox"/> تمام کارمندان واجد شرایط یا <input type="checkbox"/> درجات _____</p> <p><input type="checkbox"/> افزایش به مبلغ \$ _____ یا <input type="checkbox"/> چند برابر حقوق: _____ برابر حقوق</p> <p>حداکثر \$ _____ یا _____ برابر حقوق، هر کدام کمتر باشد</p> <p>با دریافتی تضمینی \$ _____</p> <p>همسر/شریک خانگی بیمه تکمیلی عمر و بیمه تکمیلی AD&D</p> <p>فقط در صورتی در دسترس است که کارمند بیمه عمر تکمیلی را نیز انتخاب کند و نمی تواند از 50% مبلغ مزایای کارمند تجاوز کند (همه مواردی را که صدق می کند، علامت بزنید):</p> <p><input type="checkbox"/> بیمه تکمیلی عمر <input type="checkbox"/> بیمه تکمیلی AD&D</p> <p>افزایش به اندازه \$ _____ تا سقف \$ _____ دریافتی تضمینی \$ _____</p> <p>کودک(های) بیمه تکمیلی عمر و بیمه تکمیلی AD&D</p> <p>فقط در صورتی در دسترس است که کارمند بیمه عمر تکمیلی و بیمه AD&D تکمیلی را نیز خریداری کند و نمی تواند از 50% مبلغ مزایای کارمند تجاوز کند (همه مواردی را که صدق می کند، علامت بزنید):</p> <p><input type="checkbox"/> بیمه تکمیلی عمر <input type="checkbox"/> بیمه تکمیلی AD&D</p> <p>افزایش به اندازه \$ _____ تا سقف \$ _____</p> <p>*هزینه ها توسط Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life) تأمین می شود. C17607-ML-SB-FA</p>		

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 اینترنت 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 هر کدام 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. کارفرمایی که درخواست مکاتبات پستی دارند ممکن است متحمل هزینه‌های اضافی شوند.

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

24	<p>بخش مجوز زیر باید توسط نماینده/رابط اصلی گروه امضا شود. این درخواستی برای پوشش بیمه است. گروه آگاه است که تا زمانی که 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.</p>
	<p>تا حدی که می‌دانم و باور دارم، گواهی می‌دهم که تمام پاسخ‌های ارائه‌شده فوق صادقانه، صحیح و کامل هستند.</p>
	<p>امضای نماینده مجاز گروه نام و عنوان (با حروف درشت لطفا) تاریخ</p>
	<p>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.</p>
	<p>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.</p>

اطلاعات واسطه بیمه (باید توسط واسطه بیمه یا نماینده عمومی تکمیل شود. تمام اطلاعات الزامی است.)

نام شرکت واسطه بیمه اصلی			25
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			
<p>تاییدیه واسطه 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.</p>			
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	