

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 صورت حساب (در صورت ارائه صندوق پستی، شماره 3 زیر نیز تکمیل شود)	
	شهر	ایالت
	کد پستی	
3	نشانی فیزیکی (اگر با مورد فوق متفاوت است)	
	شهر	ایالت
	کد پستی	
4	نوع شخصیت حقوقی: <input type="checkbox"/> شرکت-S <input type="checkbox"/> شرکت-C <input type="checkbox"/> شراکت <input type="checkbox"/> مالکیت انفرادی <input type="checkbox"/> با مسئولیت محدود (LLC) <input type="checkbox"/> غیرانتفاعی <input type="checkbox"/> سایر (لطفاً 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 وابسته‌ای دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر پاسخ مثبت است، لطفاً موارد زیر را ارائه کنید:	
	نام قانونی 1	شماره شناسایی مالیاتی
	نام قانونی 2	شامل پوشش شود؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
	نام قانونی 3	<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: _____	

6		رابط گروه برای:
B. عنوان شغلی	A. نام رابط گروه	گروه رابط کلی (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 می شود که شما صلاحیت خود برای Blue Shield را از طریق ابزار اختصاصی Blue Shield ارائه می کنید)
D. نشانی ایمیل (الزامی)	C. شماره تلفن	
B. عنوان شغلی	A. نام رابط گروه	رابط صدور صورت حساب
D. نشانی ایمیل (الزامی)	C. شماره تلفن	
B. عنوان شغلی	A. نام رابط گروه	رابط سند پوشش بیمه / گواهینامه بیمه (EOC/COI)
D. نشانی ایمیل (الزامی)	C. شماره تلفن	
B. عنوان شغلی	A. نام رابط گروه	رابط قانونی (مستول تعهدات قانونی الزام آور 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 با گزارش مغایرت ثبت نام (در صورت استفاده از EDI برای ثبت نام الکترونیک)
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 ثبت نام جاری خود استفاده خواهید کرد؟  بله  خیر  
اگر پاسخ مثبت است، آیا اعضای COBRA شما در آن فایل لحاظ خواهند شد؟  بله  خیر

**دوره های انتظار و وابستگی مبتنی بر استخدام** - کارفرما می تواند 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 آزمایشی یا انتظار اعمال کند، «تاریخ اجرایی شدن پوشش» اولین روز پس از اتمام هرگونه دوره آشنایی/انتظار است.

**7a. دوره انتظار کارفرما** - گروه می تواند یک یا چند مورد از گزینه های زیر را انتخاب کنید.

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

اگر بر اساس طبقه بندی استخدام، چند گزینه مختلف برای دوره انتظار وجود دارد، لطفاً در گزینه انتخاب شده 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 می شود

a.  اگر استخدام در اول ماه باشد، پوشش بیمه از اول ماه بعد اجرایی می شود.

مثلاً: کارمند در تاریخ 1/12/2022 استخدام شده است = اجرایی شدن از تاریخ 1/1/2023 است

همه کارمندان

سایر موارد (لطفاً توضیح دهید) \_\_\_\_\_

b.  اگر استخدام در اول ماه باشد، پوشش بیمه از تاریخ استخدام اجرایی می شود.

مثلاً: کارمند در تاریخ 1/12/2022 استخدام شده است = اجرایی شدن از تاریخ 1/12/2022 است

همه کارمندان

سایر موارد (لطفاً توضیح دهید) \_\_\_\_\_

در روز اول ماه بعد از 30 روز از تاریخ استخدام اجرایی می شود

همه کارمندان

سایر موارد (لطفاً توضیح دهید) \_\_\_\_\_

در روز اول ماه بعد از 60 روز از تاریخ استخدام اجرایی می شود

مثلاً: کارمند در تاریخ 15/12/2022 استخدام شده است = اجرایی شدن از تاریخ 1/3/2023 است

همه کارمندان

سایر موارد (لطفاً توضیح دهید) \_\_\_\_\_

در 91 امین روز پس از تاریخ استخدام اجرایی می شود

**7b.** از دوره انتظار چشم پوشی خواهد شد:

بله  خیر برای کارمندان فعلی که به طور فعال در حال کار هستند و در حین تغییر بیمه به Blue Shield ثبت نام می کنند.

بله  خیر برای کارمندان پاره-وقت در صورت تبدیل به وضعیت تمام-وقت.

بله  اگر "بله"، باید از دوره انتظار برای کارمندانی که در مدت زیر دوباره استخدام شده اند چشم پوشی شود:

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

هر زمان، تاریخ اجرایی شدن استخدام مجدد  هر زمان، 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 ثبت نام جاری استفاده کنید، تاریخ های اجرایی شدن برای عضو بر اساس تاریخ های روی فایل های EDI و دوره (های) انتظار مربوطه محاسبه می شوند.

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 – FTE** در بخش (c)(2) 4980H 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 تعاریف 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 شرکای تضامنی 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 تمام وقت واجد شرایط ارائه می شود؟	<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 تمام وقت واجد شرایطی که به طور فعال حداقل 30 ساعت در هفته کار می کنند ارائه می شود؟	<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر		
		9d. اگر پاسختان به سؤال 9c منفی است، لطفاً توضیح دهید:				
		9e. آیا بازنشستگان واجد شرایط بهره مندی از مزایا هستند؟ توجه: گزینه پوشش بیمه بازنشستگان نیاز به تأیید قبلی بیمه گر دارد.	<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر		
		9f. اگر پاسختان به سؤال 9e مثبت است، لطفاً توضیح دهید: <input type="checkbox"/> بازنشستگان پیش از موعد زیر 65 سال <input type="checkbox"/> بازنشستگان 65 ساله و بالاتر آیا گروه در پوشش بیمه بازنشستگی مشارکت خواهد داشت؟	<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر		
		9g. آیا می خواهید صورت حساب 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 نشانی ای را که صورت حساب ماهیانه مربوط به پوشش بازنشستگی باید برای آن ارسال شود ارائه کنید.						
نشانی ارسال صورت حساب						
		شهر	ایالت	کد پستی		
		نام رابط	نشانی ایمیل			
		9h. <b>اختیاری:</b> انتخاب های مزایای پیش فرض برای دریافت مزایا در سطح عضو (MLBI) امکان انتخاب برابر یا کمتر از مشترک را برای وابستگان فراهم می کند، صرف نظر از انتخاب های Medical. من با علامت زدن کادر زیر، این گزینه را حذف می کنم و تمام وابستگان ثبت نام شده با فرد مشترک برابر بوده و باید در Medical ثبت نام شوند.			<input type="checkbox"/>	
<b>بخش 3 - اطلاعات پوشش بیمه برای تداوم COBRA/Cal-COBRA</b>						
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 جنبه های اجرای موضوع X از Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA)، قانون یکپارچه تلفیق کلیات بودجه) منحصرأ بر عهده گروه است.				
		10a. تعداد مشارکت کنندگان در COBRA شما در حال حاضر چقدر است؟ _____				
		10b. کارمندان یا مشارکت کنندگان در COBRA/Cal-COBRA در صورت معلول یا بستری بودن ملزم هستند «برگه ضمیمه معلولیت» (فرم C11248) را تکمیل کنند. نام مدیر COBRA: _____ صورت حساب عضو COBRA باید به: <input type="checkbox"/> گروه <input type="checkbox"/> مدیر COBRA ارسال شود				
		لطفاً نشانی مدیر COBRA را ارائه دهید:				
		نشانی ارسال صورت حساب				
		شهر	ایالت	کد پستی		

Trio HMO طرح‌های		11
Access+ HMO® طرح‌های		
Local Access+ HMO® <sup>1</sup> طرح‌های		
<p>1 محصولات Local Access+ HMO فقط در شهرستان‌های برگزیده موجود هستند: Marin، Orange، San Francisco، San Luis Obispo، Santa Clara، Santa Cruz، Sonoma، Stanislaus و Yolo، و بخش‌هایی از شهرستان‌های San Mateo، San Diego، San Bernardino، Sacramento، Riverside، Los Angeles، Kern، Contra Costa و Ventura.</p>		
Added Advantage POS <sup>SM</sup> طرح‌های		
Full PPO/EPO طرح‌های		
PPO Savings طرح‌های		
Virtual Blue <sup>SM</sup> طرح‌های		
Tandem PPO/EPO طرح‌های		
Active Choice® Plus/Active Choice® Classic طرح‌های		
Blue Shield 65 Plus <sup>SM</sup> طرح‌های		
<input type="checkbox"/> طرح سفارشی (خلاصه مزایای سفارشی ضمیمه شود)		
<p><b>مشارکت کارفرما برای طرح‌های سلامت Blue Shield الزامی است</b>            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.  <b>میزان مشارکت کارفرما در طرح درمانی را اینجا مشخص کنید:</b></p>		12
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 (ABHP) Blue Shield

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	مبلغ سهم کارفرما فردی پوشش	مبلغ سهم کارفرما خانواده پوشش
Health savings <input type="checkbox"/> account (HSA)، پس انداز سلامت حساب	HealthEquity (مدل یکپارچه - Blue Shield) <input type="checkbox"/> صلاحیت و دعاوی را به اشتراک می‌گذارد) • الزامی با ثبت نام پزشکی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> سرپرست‌های دیگر (گزینه غیریکپارچه)	\$	\$
Health <input type="checkbox"/> Reimbursement Arrangement (HRA)، برنامه ریزی بازپرداخت هزینه‌های سلامت)	HealthEquity (مدل یکپارچه - Blue Shield) <input type="checkbox"/> صلاحیت و دعاوی را به اشتراک می‌گذارد) • الزامی با ثبت نام پزشکی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> سرپرست‌های دیگر (گزینه غیریکپارچه)	\$	\$
Health Incentive <input type="checkbox"/> Account (HIA)، حساب مشوق سلامت)	HealthEquity (مدل یکپارچه - Blue Shield) <input type="checkbox"/> صلاحیت و دعاوی را به اشتراک می‌گذارد) • الزامی با ثبت نام پزشکی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> سرپرست‌های دیگر (گزینه غیریکپارچه)	\$	\$
حساب مخارج انعطاف پذیر با هدف محدود حساب مخارج انعطاف پذیر با هدف محدود (LPFSA - دندان و چشم) فقط با HSA	HealthEquity (مدل یکپارچه - Blue Shield) <input type="checkbox"/> صلاحیت و دعاوی را به اشتراک می‌گذارد) • الزامی با ثبت نام پزشکی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> سرپرست‌های دیگر (گزینه غیریکپارچه)	\$	\$
Flexible Spending <input type="checkbox"/> Account (FSA)، حساب انعطاف پذیر حساب پزشکی <input type="checkbox"/> FSA درمان افراد تحت تکفل <input type="checkbox"/>	HealthEquity (مدل یکپارچه - Blue Shield) <input type="checkbox"/> صلاحیت و دعاوی را به اشتراک می‌گذارد) • الزامی با ثبت نام پزشکی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> سرپرست‌های 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.

**الحاقیه ناباروری - نوع طرح را انتخاب کنید: انتخاب گزینه طرح:**


**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:<sup>1</sup>


طرح دارویی Rx (Enhanced RX) مناسب را انتخاب کنید:<sup>1</sup>


طرح دارویی Rx (RX Spectrum) مناسب را انتخاب کنید:<sup>1</sup>


1 داروهای ردیف 4، شامل داروهای تخصصی، 20% تا سقف \$250.

**گزینه‌های طرح داروهای نسخه‌ای سرپایی Blue Shield of California (برای طرح‌های EPO، PPO، Active Choice®، Classic و Active Choice® Plus موجود است)**

طرح دارویی Rx (Premier Rx یا Enhanced RX) مناسب را انتخاب کنید:<sup>1</sup>


طرح دارویی Rx (RX Spectrum) مناسب را انتخاب کنید:<sup>1</sup>


1 داروهای ردیف 4، شامل داروهای تخصصی، 30% تا سقف \$250.



<b>بخش SB1 - گزینه های طرح دندان پزشکی Blue Shield of California:</b>	
15 گروه می تواند یکی از گزینه های طرح زیر را انتخاب کند:	
<input type="checkbox"/> <b>گزینه Single Dental Plan</b> <input type="checkbox"/> <b>گزینه های Dual Choice Dental Plan</b> DPPOs 2 • DHMOs 2 • DINO 1+ DPPO 1 • DHMO 1+ DPPO 1 • <input type="checkbox"/> <b>گزینه های Triple Choice Dental Plan</b> DINO 1+ DHMO 1+ DPPO 1 •	
<b>Dental HMO</b>	
<b>Dental PPO</b>	
<b>Dental INO</b>	
16 <b>مشارکت کارفرما برای طرح های دندان پزشکی الزامی است</b> درصد بدهی ها/حق بیمه های پرداخت شده توسط گروه برای کارمندان و افراد تحت تکفل را وارد کنید. برای پوشش خدمات دندان پزشکی، کارفرما باید به میزان حداقل 50% در حق بیمه کارمند مشارکت داشته باشد (به جز حالت داوطلبانه). اگر 100% پرداخت شود، همه کارمندان واجد شرایط باید ثبت نام کنند. <b>میزان مشارکت کارفرما در طرح دندان پزشکی را اینجا مشخص کنید:</b>	
برای کارمندان % _____	برای افراد تحت تکفل % _____
برای بازنشستگان (در صورت وجود) % _____	برای افراد تحت تکفل بازنشستگان (در صورت وجود) % _____
<b>بخش SB2 - پوشش خدمات چشم پزشکی*</b>	
<b>17 Vision Voluntary*</b>	
* توسط Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life) بیمه امضا شده است. † طرح چشم پزشکی داوطلبانه نیازمند ثبت نام 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	
18 <b>مشارکت کارفرما برای طرح های چشم پزشکی الزامی است</b> درصد حق بیمه پرداخت شده توسط گروه برای کارمندان و افراد تحت تکفل را وارد کنید. برای پوشش خدمات چشم پزشکی، کارفرما باید در حداقل 25% از کل حق بیمه کارمند مشارکت داشته باشد (به جز حالت داوطلبانه). اگر 100% پرداخت شود، همه کارمندان واجد شرایط باید ثبت نام کنند. <b>میزان مشارکت کارفرما در طرح چشم پزشکی را اینجا مشخص کنید:</b>	
برای کارمندان % _____	برای افراد تحت تکفل % _____
برای بازنشستگان (در صورت وجود) % _____	برای افراد تحت تکفل بازنشستگان (در صورت وجود) % _____
<b>بخش SB3 - بیمه عمر/بیمه AD&amp;D (فوت و نقص عضو ناشی از حادثه)*</b>	
19 <b>صلاحیت - تمام کارمندان تمام وقت که فعالانه کار می کنند</b> <b>مبلغ «بیمه عمر مدتدار گروهی پایه»/بیمه AD&amp;D برای کارمندان:</b> <input type="checkbox"/> <b>مبلغ ثابت</b> \$ _____ <input type="checkbox"/> <b>چند برابر حقوق</b> _____ برابر حقوق، حداکثر \$ _____ مبلغ مزایای تعیین شده توسط حقوق به مبلغ بالای بعدی از مرتبه \$1,000 گرد می شود. <input type="checkbox"/> <b>درجه بندی شده:</b> 1. توضیح درجه _____ مبلغ برحسب \$ _____ 2. توضیح درجه _____ مبلغ برحسب \$ _____ 3. توضیح درجه _____ مبلغ برحسب \$ _____ 4. توضیح درجه _____ مبلغ برحسب \$ _____ <input type="checkbox"/> <b>بیمه عمر افراد تحت تکفل</b> پوشش افراد تحت تکفل لیست شده به ازای هر فرد است (همسر/همخانه قانونی و/یا هر کودک) برای یک نرخ ثابت. ثبت نام کارمند در «بیمه عمر مدتدار گروهی پایه» الزامی است؛ مزایای فرد تحت تکفل نمی تواند از 50% مبلغ مزایای کارمند تجاوز کند. مزایای برای کودکان 14 روزه تا 6 ماهه 10% مبلغ انتخابی بیمه عمر پایه فرد تحت تکفل است.	

20	<p><b>مشارکت کارفرما برای بیمه «بیمه عمر مدتدار گروهی پایه» AD&amp;D الزامی است</b></p> <p>درصد حق بیمه پرداخت شده توسط گروه برای کارمندان و افراد تحت تکفل را وارد کنید. برای پوشش بیمه کارمند، گروه باید در حداقل 25% از کل حق بیمه کارمند مشارکت داشته باشد. اگر گروه 100% حق بیمه کارمند را بپردازد (که غیرمشارکتی لحاظ می شود)، در آن صورت تمام کارمندان تمام وقت (که فعالانه در حال کار هستند) باید ثبت نام کنند.</p>
<p><b>میزان مشارکت بیمه «بیمه عمر مدتدار گروهی پایه» AD&amp;D را اینجا مشخص کنید:</b></p>	
<p>برای کارمندان _____ % برای بازنشستگان (در صورت وجود) _____ %</p>	<p>برای افراد تحت تکفل _____ % برای بازنشستگان (در صورت وجود) _____ %</p>
21	<p><b>بیمه عمر تکمیلی و بیمه AD&amp;D تکمیلی گروه*:</b></p> <p>پوشش بیمه منوط به میزان مشارکت و «گواهینامه بیمه پذیری» است.</p> <p><b>بیمه عمر تکمیلی و بیمه AD&amp;D تکمیلی کارمند (تمام مواردی را که صدق می کنند علامت بزنید):</b></p> <p><input type="checkbox"/> بیمه عمر تکمیلی <input type="checkbox"/> بیمه تکمیلی AD&amp;D</p> <p>کلاس(های) واجد شرایط <input type="checkbox"/> تمام کارمند واجد شرایط یا <input type="checkbox"/> کلاسها _____</p> <p><input type="checkbox"/> افزایش به مبلغ _____ \$ یا <input type="checkbox"/> چند برابر حقوق: _____ برابر حقوق</p> <p>حداکثر مبلغ _____ \$ یا _____ حقوق x، هرکدام که کمتر باشد</p> <p>صدور تضمین شده به مبلغ _____ \$</p> <p><b>بیمه عمر تکمیلی و بیمه AD&amp;D تکمیلی همسر/همخانه قانونی.</b></p> <p>فقط در صورتی موجود است که کارمند «بیمه عمر تکمیلی» را نیز انتخاب کند و نمی تواند بیشتر از 50% میزان مزایای کارمند باشد (تمام مواردی را که صدق میکنند علامت بزنید):</p> <p><input type="checkbox"/> بیمه عمر تکمیلی <input type="checkbox"/> بیمه تکمیلی AD&amp;D</p> <p>افزایش به اندازه _____ \$ تا سقف _____ \$ صدور تضمین شده به مبلغ _____ \$</p>
<p><b>بیمه عمر تکمیلی و بیمه AD&amp;D تکمیلی فرزند(ان).</b></p> <p>فقط در صورتی موجود است که کارمند «بیمه عمر تکمیلی» و «بیمه AD&amp;D تکمیلی» را نیز خریداری کند و نمی تواند بیشتر از 50% میزان مزایای کارمند باشد (تمام موارد صحیح را علامت بزنید):</p> <p><input type="checkbox"/> بیمه عمر تکمیلی <input type="checkbox"/> بیمه تکمیلی AD&amp;D</p> <p>افزایش به اندازه _____ \$ تا سقف _____ \$</p>	
<p>* توسط Blue Shield of California Life &amp; Health Insurance Company (Blue Shield Life) بیمه امضا شده است. C17607-ML-SB</p>	
<p><b>بخش 5 - توزیع «سند پوشش بیمه»/«گواهینامه بیمه» (EOC/COI) در بین اعضا توسط کارفرما</b></p>	
22	<p>مسئولیت توزیع کتابچه های EOC/COI در بین کارمندان تحت پوشش شما بر عهده خودتان است.</p> <p>نسخه های الکترونیکی از طریق وبسایت کارفرمای Blue Shield توزیع می شوند. 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 شده اند، اطلاع می دهد. کارفرما مسئول توزیع این اسناد با استفاده از یکی از روش های زیر است: (1) پست کردن در اینترنت شرکت برای دسترسی کارمندان، (2) ایمیل کردن این اسناد به کارمندان به صورت مستقیم، یا (3) ارائه دستورالعمل های Blue Shield درباره نحوه بازیابی الکترونیکی اسناد از وبسایت Blue Shield به کارمندان.</p> <p><b>توجه:</b> می توانید وارد <a href="http://blueshieldca.com/policies">blueshieldca.com/policies</a> شوید و نسخه ای از خلاصه مزایا و پوشش بیمه (SBC) را برای هرکدام از طرح های مدنظرتان دانلود کنید. پس از خرید طرح(ها)، از شما خواسته می شود شهادت نامه ای را تکمیل کنید که تصدیق می کند شما SBC(ها) را برای آن طرح ها دانلود کرده اید و آنها را مطابق با قانون، بین ثبت نام کنندگان فعلی و ثبت نام کنندگان آتی پخش خواهید کرد.</p>

بدین وسیله 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 باشد. (الزامات مربوط به مشارکت و سهم مشارکت فقط هنگام تمدید الزامی هستند).
  2. گروه موافقت می‌کند که حق بیمه/بدهی‌های ماهیانه را به موقع 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

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 هر یک از حقایق مادی مرتبط با این درخواست‌نامه را عمداً 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 درست است، شهادت می‌دهم تمام پاسخ‌های ارائه‌شده فوق صادقانه، صحیح و کامل هستند.

تاریخ

نام و عنوان (با حروف بزرگ لطفاً)

امضای نماینده مجاز گروه

برای محافظت از شما، طبق قانون کالیفرنیا الزامی است که این متن در این فرم درج شود:  
هر شخصی که آگاهانه اظهارات غلط یا متقلبانه برای به دست آوردن پوشش بیمه یا اصلاح آن یا مطالبه 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 را به‌عنوان یکی از شرایط دریافت پوشش بیمه سلامت ممنوع کرده است.

**اطلاعات واسطه بیمه (باید توسط واسطه بیمه یا نماینده کل تکمیل شود. همه 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	کد پستی	
ایمیل واسطه بیمه اصلی			
شماره شناسایی مالیاتی واسطه بیمه اصلی			
شماره جواز 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	کد پستی	
ایمیل واسطه بیمه ثانویه			
شماره شناسایی مالیاتی واسطه بیمه ثانویه			
شماره جواز اداره بیمه واسطه بیمه ثانویه			
<p><b>گواهی واسطه بیمه/نماینده عمومی</b></p> <p>گواهی نماینده/کارگزاری که در ارسال این درخواست کمک می‌کند: (1) تا جایی که می‌دانم، اطلاعات درج شده در این درخواست کامل و دقیق است؛ و (2) خطر ارائه اطلاعات نادرست را به زبانی ساده و قابل فهم به متقاضی توضیح داده‌ام و او متوجه توضیحات من شده است.</p> <p>اگر نماینده/کارگزار از نادرستی هر نوع حقایق اساسی مطلع باشد و عمداً آن را صحیح اعلام کند، آن شخص علاوه بر پرداخت جریمه‌های قابل اجرا یا جبران خسارت تحت قانون فعلی، به پرداخت جریمه مدنی تا ده هزار دلار (\$10,000) نیز محکوم می‌شود. هر دادستان عمومی می‌تواند یک دعوی مدنی را برای اعمال آن جریمه مدنی ارائه دهد. مبلغ این جریمه‌ها باید به «صندوق بیمه» پرداخت شود.</p>			
تاریخ امروز (الزامی)	امضای واسطه بیمه اصلی (الزامی)	نام واسطه بیمه با حروف بزرگ	
تاریخ امروز (الزامی)	امضای واسطه بیمه ثانویه (در صورت وجود)	نام واسطه بیمه با حروف بزرگ	
شماره شناسه مالیاتی			
نام نمایندگی عمومی			
تاریخ امروز (الزامی)	امضای نماینده عمومی مجاز (الزامی)	نام نماینده عمومی با حروف بزرگ	



## 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)**。