



Solicitud Grupal Principal (para grupos de 101 empleados en adelante)

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

Sección 1. Información de la empresa				
1	Nombre completo legal de la empresa del grupo	Fecha de comienzo pedida para la cobertura (mes/día/año):		
	Si corresponde, nombre comercial (DBA, por sus siglas en inglés):	Condado de la dirección física		
2	Dirección de facturación (si indica una casilla postal, también complete el punto 3 que sigue)			
	Ciudad	Estado	Código postal	
3	Dirección física (si es distinta de la anterior)			
	Ciudad	Estado	Código postal	
4	Tipo de entidad legal: <input type="checkbox"/> Sociedad tipo S <input type="checkbox"/> Sociedad tipo C <input type="checkbox"/> Sociedad colectiva <input type="checkbox"/> Empresa unipersonal <input type="checkbox"/> Sociedad de responsabilidad limitada <input type="checkbox"/> Sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____			
	N.º de identificación fiscal (TID, por sus siglas en inglés) federal del empleador _____			
¿El grupo está sujeto a la Employee Retirement Income Security Act (ERISA, Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
5	¿El grupo tiene planeado ofrecer Blue Shield junto con el plan de otra aseguradora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	Fecha de comienzo inicial de la cobertura de la otra aseguradora (mes/día/año):			
	¿El grupo tiene empresas subsidiarias o afiliadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	Si contestó "Sí", indique lo siguiente:		Número de identificación fiscal	¿Incluir en la cobertura?
	Nombre legal n.º 1			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre legal n.º 2			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre legal n.º 3			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Están todos los empleados cubiertos por la compensación por accidentes de trabajo según lo exige la ley?				
<input type="checkbox"/> Sí Nombre de la aseguradora: _____				
<input type="checkbox"/> No Si contestó "No", explique: _____				

6	Contacto del grupo:		
	Contacto general del grupo (principal; contacto general diario)	A. Nombre del contacto del grupo	B. Puesto de trabajo
		C. Número de teléfono	D. Dirección electrónica (obligatoria)
	Contacto del administrador en línea (Esto se aplica si usted brinda su elegibilidad a Blue Shield a través de la herramienta electrónica exclusiva de Blue Shield)	A. Nombre del contacto del grupo	B. Puesto de trabajo
		C. Número de teléfono	D. Dirección electrónica (obligatoria)
	Contacto de facturación	A. Nombre del contacto del grupo	B. Puesto de trabajo
		C. Número de teléfono	D. Dirección electrónica (obligatoria)
	Contacto de la Evidencia de Cobertura/Certificado de Seguro (EOC/COI, por sus siglas en inglés)	A. Nombre del contacto del grupo	B. Puesto de trabajo
		C. Número de teléfono	D. Dirección electrónica (obligatoria)
	Contacto legal (responsable de las obligaciones legales en nombre del grupo del empleador)	A. Nombre del contacto del grupo	B. Puesto de trabajo
		C. Número de teléfono	D. Dirección electrónica (obligatoria)
	Contacto de los planes de salud asociados a cuentas (ABHP, por sus siglas en inglés)	A. Nombre del contacto del grupo	B. Puesto de trabajo
		C. Número de teléfono	D. Dirección electrónica (obligatoria)
	Contacto del administrador de COBRA	A. Nombre del contacto del grupo	B. Puesto de trabajo
		C. Número de teléfono	D. Dirección electrónica (obligatoria)
	Contacto del Informe de Discrepancias en la Inscripción (si usa el intercambio electrónico de datos [EDI, por sus siglas en inglés] para la inscripción electrónica)	A. Nombre del contacto del grupo	B. Puesto de trabajo
		C. Número de teléfono	D. Dirección electrónica (obligatoria)
	Contacto para encuestas	A. Nombre del contacto del grupo	B. Puesto de trabajo
C. Número de teléfono		D. Dirección electrónica (obligatoria)	
Contacto adicional (especifique)	A. Nombre del contacto del grupo	B. Puesto de trabajo	
	C. Número de teléfono	D. Dirección electrónica (obligatoria)	

Sección 2. Elegibilidad

- 7 ¿Usará un archivo electrónico EDI para su inscripción continua? Sí No
Si contestó "Sí", ¿sus miembros de COBRA serán incluidos en ese archivo? Sí No

Afiliación basada en el empleo y períodos de espera: Un empleador puede imponer un período de orientación (afiliación) de buena fe basado en el empleo para los empleados nuevos que no supere los 30 días. También se puede imponer un período de espera antes de que empiece la cobertura, el cual empezará el primer día después de cualquier período de orientación y no superará un total combinado de 90 días.

Nota: La "fecha de contratación" de un empleado será el primer día de empleo. Sin embargo, si el empleador impone un período de orientación o de espera, la "fecha de comienzo de la cobertura" será el primer día después de que termine el período de orientación o de espera.

7a. Período de espera del empleador. El grupo puede elegir una o más de las opciones que siguen.

La cobertura de los empleados elegibles empezará después de que termine el período de espera en el día especificado.

Si hay varias opciones de períodos de espera según la clasificación del empleo, indíquelo en la opción elegida:

No hay períodos de espera (la fecha de comienzo es la fecha de contratación)

Todos los empleados

Otro (describa) _____

La cobertura empezará el primer día del mes DESPUÉS DE LA FECHA DE CONTRATACIÓN

a. Si la contratación se hace el primer día del mes, la cobertura **empezará el primer día del mes siguiente**.
Ejemplo: si un empleado fue contratado el 1 de enero, la cobertura empezará el 1 de febrero.

Todos los empleados

Otro (describa) _____

b. Si la contratación se hace el primer día del mes, la cobertura **empezará el día de la contratación**.
Ejemplo: si un empleado fue contratado el 1 de enero, la cobertura empezará el 1 de enero.

Todos los empleados

Otro (describa) _____

La cobertura empezará el primer día del mes DESPUÉS DE QUE PASEN 30 DÍAS DESDE LA FECHA DE CONTRATACIÓN

Ejemplo: si un empleado fue contratado el 15 de enero, la cobertura empezará después de 30 días, o sea, el 1 de marzo.

Todos los empleados

Otro (describa) _____

La cobertura empieza el primer día del mes DESPUÉS DE QUE PASEN 60 DÍAS DESDE LA FECHA DE CONTRATACIÓN

Ejemplo: si un empleado fue contratado el 15 de enero, la cobertura empezará después de 60 días, o sea, el 1 de abril.

Todos los empleados

Otro (describa) _____

La cobertura empieza el día 91 DESPUÉS DE LA FECHA DE CONTRATACIÓN

7b. ¿Se cancelará el período de espera para las siguientes personas?

Sí No Empleados que actualmente trabajan de forma activa que se inscriben durante la transición inicial a Blue Shield.

Sí No Empleados de tiempo parcial cuando alcanzan la categoría de tiempo completo.

Sí No Si contesta "Sí", el período de espera debe cancelarse para los empleados recontractados en:

1 mes 90 días 3 meses 6 meses 12 meses 13 semanas

Cualquier momento; la cobertura empieza el día de la recontractación Cualquier momento; la cobertura empieza el primer día del mes después de la fecha de recontractación

Nota: Si usa archivos electrónicos EDI para la elegibilidad y la inscripción continuas, las fechas de comienzo de la cobertura de los miembros se calculan según las fechas incluidas en los archivos EDI y los períodos de espera aplicables.

8 Cantidad de empleados

Blue Shield le pide al grupo que lea estas definiciones de "empleado" y brinde la información que se pide usando las definiciones que siguen. Para determinar si los empleados y el grupo son elegibles para obtener la cobertura, nos basamos en la información que brinda el grupo.

1. Todos los empleados: Todas las personas que sean empleados del grupo, incluidos los empleados de tiempo parcial y los empleados de tiempo completo (29 USC 1002 [6]).

2. Empleado de tiempo completo (FTE, por sus siglas en inglés) y equivalente de FTE: Los términos "FTE" y "equivalente de FTE" se definen en la Sección 4980H(c)(2) del Internal Revenue Code (Código de Impuestos Internos).

Un FTE es un empleado que tiene un promedio de al menos 30 horas de servicio por semana o un mínimo total de 130 horas de servicio durante un mes calendario.

Para determinar la cantidad de equivalentes de FTE, se debe sumar la cantidad de horas de servicio de todos los empleados que no son FTE correspondiente al mes, sin incluir más de 120 horas de servicio por empleado, y dividir la cantidad total por 120.

3. Empleado elegible: Este término se usa para determinar qué empleados son elegibles para inscribirse y seguir inscritos en la cobertura. Un empleado elegible es una persona que:

- trabaja a tiempo completo en las actividades comerciales del empleador, que normalmente trabaja al menos 30 horas por semana de trabajo y cuyas tareas se hacen en los lugares habituales de actividades comerciales del empleador; o
- es propietaria de una empresa unipersonal o socia de una sociedad colectiva, que trabaja a tiempo completo al menos 30 horas por semana en las actividades comerciales del empleador y que está inscrita como empleada en el contrato de un plan de atención de la salud del empleador.

Los empleados elegibles no incluyen las personas que trabajan a tiempo parcial, de manera temporal o como reemplazantes.

8a. Cantidad total de empleados:

8b. Cantidad total de empleados de tiempo completo elegibles:

8c. Cantidad total de empleados elegibles que se inscriben en la cobertura de Blue Shield (complete hasta donde usted sabe):

8d. Cantidad total de empleados elegibles que rechazan la cobertura de Blue Shield (complete hasta donde usted sabe):

8e. Cantidad total de FTE y equivalentes de FTE:

8f. ¿Tiene planeado ofrecerles la cobertura de Blue Shield a sus empleados fuera del estado?

Sí No

Si contestó "Sí", ¿cuántos empleados tiene fuera del estado? _____

El empleador es responsable de reunir y guardar los formularios de Rechazo de Cobertura, así como de entregar esos formularios a Blue Shield cuando se los pida. Si no se ofrece ningún plan médico de Blue Shield (p. ej., solo se ofrece seguro dental, de la vista o de vida), no se requieren los formularios de Rechazo de Cobertura.

9	9a. ¿Se les ofrece cobertura de salud a todos los empleados de tiempo completo elegibles?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	9b. Si contestó "No" en 9a, explique:		
	9c. ¿Todos los empleados de tiempo completo elegibles a los que se les ofrece cobertura de salud trabajan de forma activa al menos 30 horas por semana?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	9d. Si contestó "No" en 9c, explique:		
	9e. ¿Los jubilados son elegibles para obtener acceso a los beneficios? Nota: La opción de cobertura para jubilados requiere aprobación previa por medio del proceso de evaluación para la aprobación del seguro.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	9f. Si contestó "Sí" en 9e, marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Jubilados anticipados menores de 65 años <input type="checkbox"/> Jubilados de 65 años o más ¿El grupo hará contribuciones a la cobertura para jubilados?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	9g. ¿Necesita que su cobertura para jubilados se facture aparte de la de sus empleados activos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Si contestó "Sí", brinde la información de la persona de contacto y la dirección a la que debe enviarse la factura mensual para la cobertura para jubilados.		
	Dirección de facturación		
	Ciudad		Estado
Nombre de la persona de contacto		Dirección electrónica	
9h. Opcional: Las selecciones de los beneficios son automáticamente las mismas que las que hace el miembro (MLBI, por sus siglas en inglés), y los dependientes solo pueden elegir la misma cantidad de beneficios que los del suscriptor o menos, independientemente de las selecciones de beneficios médicos. Al marcar la siguiente casilla, elimino esta opción y todos los dependientes inscritos tendrán los mismos beneficios que el suscriptor y deberán inscribirse en los beneficios médicos.		<input type="checkbox"/>	
Sección 3. Información sobre la cobertura continuada de COBRA o Cal-COBRA			
10	Su grupo está sujeto a COBRA federal si contrató a 20 empleados o más durante al menos el 50 % de los días hábiles en el año calendario anterior. El grupo es el único responsable de todos los aspectos de la administración del Título X de la Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA, Ley Consolidada General de Conciliación Presupuestaria).		
	10a. ¿Cuántos participantes de COBRA tiene actualmente? _____		
	10b. Los empleados o los participantes de COBRA/Cal-COBRA deben completar el Formulario Anexo para Personas con Discapacidad (formulario C11248) si tienen alguna discapacidad o están hospitalizados. Nombre del administrador de COBRA: _____ La facturación de los miembros de COBRA debe enviarse al: <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Administrador de COBRA		
	Brinde la dirección del administrador de COBRA:		
	Dirección de facturación		
	Ciudad		Estado Código postal

Sección 4a. Selección del plan de salud de Blue Shield of California

11	Planes Trio HMO	
	Planes Access+ HMO®	
	Planes Local Access+ HMO®¹	
	<p>¹ Los productos Local Access+ HMO solo están disponibles en condados designados: Marín, Orange, San Francisco, San Luis Obispo, Santa Clara, Santa Cruz, Sonoma, Stanislaus, Yolo, y partes de los condados de Contra Costa, Kern, Los Ángeles, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Mateo y Ventura.</p>	
	Planes Added Advantage POSSM	
	Planes Full PPO/EPO	
	Planes PPO Savings	
Planes Virtual BlueSM		
Planes Tandem PPO/EPO		
Planes Active Choice® Plus/Active Choice® Classic		
Planes Blue Shield 65 PlusSM		
<input type="checkbox"/> Plan personalizado (adjunte el Resumen de Beneficios personalizado)		
12	Contribución del empleador requerida para los planes de salud de Blue Shield	
	Indique el porcentaje de las cuotas o primas que pagará el grupo para los empleados y los dependientes. Si el grupo contribuye el 100 %, todos los empleados elegibles deben inscribirse.	
	Indique aquí la cantidad de la contribución del empleador al plan médico:	
	Para los empleados _____ % Para los jubilados (si corresponde) _____ %	Para los dependientes _____ % Para los dependientes de jubilados (si corresponde) _____ %

13 Planes de salud asociados a cuentas (ABHP) de Blue Shield			
Indique si ofrece alguna de las siguientes opciones de cuentas (marque todo lo que corresponda) y brinde el nombre del administrador de cada programa. Indique también las cantidades que se pagarán por medio de la contribución del empleador.			
Tipo de cuenta	Administrador de la cuenta	Cantidad de contribución del empleador para cobertura <u>INDIVIDUAL</u>	Cantidad de contribución del empleador para cobertura <u>FAMILIAR</u>
<input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)	<input type="checkbox"/> HealthEquity (modelo integrado; Blue Shield comparte los requisitos de elegibilidad y las reclamaciones) • Obligatorio con la inscripción en la cobertura médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otro administrador (opción no integrada)	\$	\$
<input type="checkbox"/> Cuenta de reembolso de gastos médicos (HRA)	<input type="checkbox"/> HealthEquity (modelo integrado; Blue Shield comparte los requisitos de elegibilidad y las reclamaciones) • Obligatorio con la inscripción en la cobertura médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otro administrador (opción no integrada)	\$	\$
<input type="checkbox"/> Cuenta para el incentivo de la salud (HIA)	<input type="checkbox"/> HealthEquity (modelo integrado; Blue Shield comparte los requisitos de elegibilidad y las reclamaciones) • Obligatorio con la inscripción en la cobertura médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otro administrador (opción no integrada)	\$	\$
<input type="checkbox"/> Cuenta de gastos flexibles de propósito limitado (LPFSA) (cobertura dental y de la vista) solo con HSA	<input type="checkbox"/> HealthEquity (modelo integrado; Blue Shield comparte los requisitos de elegibilidad y las reclamaciones) • Obligatorio con la inscripción en la cobertura médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otro administrador (opción no integrada)	\$	\$
<input type="checkbox"/> Cuenta de gastos flexibles (FSA) <input type="checkbox"/> FSA para atención médica <input type="checkbox"/> FSA para atención de dependientes	<input type="checkbox"/> HealthEquity (modelo integrado; Blue Shield comparte los requisitos de elegibilidad y las reclamaciones) • Obligatorio con la inscripción en la cobertura médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otro administrador (opción no integrada)	\$	\$

Selección de beneficios opcionales de Blue Shield of California

- 14**
- No se pueden comprar sin un plan médico.
 - En el caso de los paquetes Dual Choice, se deben comprar los mismos beneficios opcionales para todos los planes elegidos.
 - El tipo de productos correspondientes a las cláusulas adicionales de beneficios debe combinarse con el tipo de productos correspondientes al plan médico (solo HMO para HMO, etc.).

Cláusulas adicionales de beneficios de atención quiropráctica y acupuntura; elija el tipo de plan:	Cláusula adicional de beneficios de audífonos; elija la opción de plan:

Opciones de planes de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios de Blue Shield of California (disponibles para los planes HMO/POS)

Elija el plan de medicamentos recetados (Basic Rx) que corresponda:¹

Elija el plan de medicamentos recetados (Enhanced Rx) que corresponda:¹

Elija el plan de medicamentos recetados (Rx Spectrum) que corresponda:¹

¹ Medicamentos de Nivel 4, incluidos los medicamentos especializados, 20 % hasta un máximo de \$250.

Opciones de planes de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios de Blue Shield of California (disponibles para los planes PPO, EPO, Active Choice® Classic y Active Choice® Plus)

Elija el plan de medicamentos recetados (Enhanced Rx o Premier Rx) que corresponda:¹

Elija el plan de medicamentos recetados (Rx Spectrum) que corresponda:¹

¹ Medicamentos de Nivel 4, incluidos los medicamentos especializados, 30 % hasta un máximo de \$250.

Sección 4b. Beneficios especializados. Selección de planes dentales, de la vista y de seguro de vida

Sección SB1: Opciones de planes dentales de Blue Shield of California

15	<p>El grupo puede elegir una de las siguientes opciones de planes:</p> <p><input type="checkbox"/> Opción de plan Single Dental</p> <p><input type="checkbox"/> Opciones de planes Dual Choice Dental • 1 DPPO + 1 DHMO • 1 DPPO + 1 DINO • 2 DHMO • 2 DPPO</p> <p><input type="checkbox"/> Opciones de planes Triple Choice Dental • 1 DPPO + 1 DHMO + 1 DINO</p> <p>Dental HMO</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table> <p>Dental PPO</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table> <p>Dental INO</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>						

16	<p>Contribución del empleador requerida para los planes dentales Indique el porcentaje de las cuotas o primas que pagará el grupo para los empleados y los dependientes. En el caso de la cobertura dental, el empleador debe contribuir, como mínimo, el 50 % de la prima del empleado (excepto para los planes voluntarios). Si se paga el 100 %, todos los empleados elegibles deben inscribirse.</p> <p>Indique aquí la cantidad de la contribución del empleador al plan dental:</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Para los empleados _____%</td> <td style="width: 50%;">Para los dependientes _____%</td> </tr> <tr> <td>Para los jubilados (si corresponde) _____%</td> <td>Para los dependientes de jubilados (si corresponde) _____%</td> </tr> </table>	Para los empleados _____%	Para los dependientes _____%	Para los jubilados (si corresponde) _____%	Para los dependientes de jubilados (si corresponde) _____%
Para los empleados _____%	Para los dependientes _____%				
Para los jubilados (si corresponde) _____%	Para los dependientes de jubilados (si corresponde) _____%				

Sección SB2: Cobertura de la vista*

17	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table> <p>Planes de la vista voluntarios[†]</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table> <p>* Asegurados por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life). † Para obtener acceso a un plan de la vista voluntario, se debe inscribir a un mínimo de 10 empleados que tengan cobertura médica de Blue Shield Life o, si no tienen la cobertura médica de Blue Shield Life, que el 25 % de los empleados sean elegibles. C17607-ML-SB-SP</p>				

18	<p>Contribución del empleador requerida para los planes de la vista Indique el porcentaje de las primas que pagará el grupo para los empleados y los dependientes. En el caso de la cobertura de la vista, el empleador debe contribuir, como mínimo, el 25 % de la prima total del empleado (excepto para los planes voluntarios). Si se paga el 100 %, todos los empleados elegibles deben inscribirse.</p> <p>Indique aquí la cantidad de la contribución del empleador al plan de la vista:</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Para los empleados _____%</td> <td style="width: 50%;">Para los dependientes _____%</td> </tr> <tr> <td>Para los jubilados (si corresponde) _____%</td> <td>Para los dependientes de jubilados (si corresponde) _____%</td> </tr> </table>	Para los empleados _____%	Para los dependientes _____%	Para los jubilados (si corresponde) _____%	Para los dependientes de jubilados (si corresponde) _____%
Para los empleados _____%	Para los dependientes _____%				
Para los jubilados (si corresponde) _____%	Para los dependientes de jubilados (si corresponde) _____%				

Sección SB3: Seguro de vida/por muerte y desmembramiento accidentales (AD&D, por sus siglas en inglés)*

19 Elegibilidad: Todos los empleados de tiempo completo que trabajan de forma activa

Seguro de vida grupal temporal básico/AD&D para empleados:

Cantidad fija \$ _____

Múltiplo del salario _____ veces el salario, hasta un máximo de \$ _____

Las cantidades de beneficio establecidas según el salario se redondean al siguiente valor de \$1,000 más alto.

Escalonado

1. Descripción de clase _____; cantidad de \$ _____

2. Descripción de clase _____; cantidad de \$ _____

3. Descripción de clase _____; cantidad de \$ _____

4. Descripción de clase _____; cantidad de \$ _____

Seguro de vida básico para dependientes:

La cantidad de cobertura para dependientes que se indica es por dependiente (cónyuge/pareja doméstica y/o cada hijo) para una tarifa fija. Se requiere la inscripción del empleado en el seguro de vida grupal temporal básico; el beneficio para dependientes no puede ser mayor que el 50 % de la cantidad del beneficio del empleado. Los beneficios para niños de 14 días a 6 meses equivalen al 10 % de la cantidad del seguro de vida básico para dependientes elegida.

20 Contribución del empleador requerida para el seguro de vida grupal temporal básico/AD&D

Indique el porcentaje de las primas que pagará el grupo para los empleados y los dependientes. En el caso de la cobertura para empleados, el grupo debe contribuir, como mínimo, el 25 % de la prima total del empleado. Si el grupo paga el 100 % de las primas del empleado (consideradas sin contribución), todos los empleados de tiempo completo (que trabajan de forma activa) deben estar inscritos.

Indique aquí la cantidad de la contribución al seguro de vida grupal temporal básico/AD&D:

Para los empleados _____%	Para los dependientes _____%
Para los jubilados (si corresponde) _____%	Para los dependientes de jubilados (si corresponde) _____%

21 Seguro de vida suplementario y seguro AD&D suplementario grupales*:

La cobertura está sujeta a los niveles de participación y a la Evidencia de Asegurabilidad.

Seguro de vida suplementario y seguro AD&D suplementario del empleado (marque todo lo que corresponda):

Seguro de vida suplementario Seguro AD&D suplementario

Clase(s) elegible(s) Todos los empleados elegibles o Clases _____

Aumentos de \$ _____ o Múltiplo(s) del salario: _____ veces el salario

Máximo de \$ _____ o _____ veces el salario, la cantidad que sea menor

Emisión garantizada de \$ _____

Seguro de vida suplementario y seguro AD&D suplementario para el cónyuge o la pareja doméstica.

Solo está disponible si el empleado también elige el seguro de vida suplementario y no puede ser mayor que el 50 % de la cantidad del beneficio del empleado (marque todo lo que corresponda):

Seguro de vida suplementario Seguro AD&D suplementario

Aumentos de \$ _____ hasta un máximo de \$ _____ Emisión garantizada de \$ _____

Seguro de vida suplementario y seguro AD&D suplementario para uno o más hijos.

Solo está disponible si el empleado también compra el seguro de vida suplementario y el seguro AD&D suplementario, y no puede superar el 50 % de la cantidad del beneficio del empleado (marque todo lo que corresponda).

Seguro de vida suplementario Seguro AD&D suplementario

Aumentos de \$ _____ hasta un máximo de \$ _____

*Asegurados por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life), C17607-ML-SB-SP

Sección 5. Distribución de la Evidencia de Cobertura/Certificado de Seguro (EOC/COI) del miembro por parte del empleador

- 22** Usted es responsable de distribuir los folletos EOC/COI a sus empleados cubiertos.
- Las versiones electrónicas se distribuirán por medio del sitio web del empleador de Blue Shield. Blue Shield avisará por correo electrónico a la persona responsable de la distribución de los documentos EOC/COI (identificada arriba en el punto 6 de la Sección 1) cuando esos documentos estén listos para ser distribuidos. El empleador es responsable de distribuir estos documentos de una de las siguientes maneras: (1) debe publicarlos en la red interna de la empresa para que los empleados obtengan acceso; (2) debe enviarlos por correo electrónico directamente a sus empleados; o (3) debe brindar a los empleados instrucciones de Blue Shield sobre cómo obtener los documentos de manera electrónica en el sitio web de Blue Shield.
- Nota:** Puede iniciar sesión en blueshieldca.com/policies y bajar el *Resumen de Beneficios y Cobertura* (SBC, por sus siglas en inglés) de cada plan que esté teniendo en cuenta. Una vez que compre uno o más planes, se le pedirá que complete una declaración que confirme que ha bajado el o los SBC correspondientes a esos planes, y que los distribuirá a los inscritos y posibles inscritos según lo requiere la ley.

Acuerdo

- 23** Por medio de este documento, el grupo pide los productos grupales elegidos en esta solicitud, tal como se detallan esos planes de beneficios en el o los resúmenes de beneficios, y entiende y acepta lo siguiente:
1. Los beneficios del grupo no tendrán validez a menos que:
 - a. Blue Shield reciba y apruebe la solicitud; y
 - b. el grupo cumpla con los requisitos del proceso de evaluación para la aprobación del seguro de Blue Shield, incluidos los requisitos de contribución y participación mínimas. (Los requisitos de contribución y participación solo deben cumplirse en caso de renovación).
 2. El grupo acepta pagarle puntualmente a Blue Shield las cuotas o primas mensuales requeridas.
 3. El grupo acepta lo siguiente:
 - a. Inscribir a todos los empleados cuando sean elegibles si el Contrato de Servicios de Salud o la Póliza Grupal se hacen sin contribución.
 - b. O darles a todos los empleados elegibles la posibilidad de pedir esos beneficios grupales si el Contrato de Servicios de Salud o la Póliza Grupal se hacen con contribución.
 4. Ninguna exención ni ningún cambio pedido en la cobertura tendrán validez a menos que sean aceptados y estén firmados por un directivo de Blue Shield.
 5. Solo para los productos relacionados con el seguro de vida/AD&D: Para que la cobertura pueda empezar, los empleados que se inscribirán deben trabajar de forma activa o cumplir con las disposiciones de empleo activo para obtener acceso a la cobertura. La cobertura para cualquier persona que no cumpla con estas disposiciones en la fecha de comienzo de la Póliza Grupal, o cualquier aumento en la cobertura para toda persona que no cumpla con esas disposiciones en la fecha de comienzo de ese aumento en la cobertura, se pospondrán hasta que la persona vuelva a trabajar o retome el empleo de forma activa.
 6. El grupo permite y autoriza a Blue Shield a enviar toda la correspondencia comercial por medio de mensajes electrónicos. Blue Shield avisará al contacto del grupo (identificado arriba en el punto 6 de la Sección 1) por correo electrónico. Se usarán otras formas de comunicación solo si se piden expresamente. Es posible que haya un costo adicional para los empleadores que pidan el envío de correspondencia por correo postal.
- Se entiende que el grupo acepta recibir mensajes electrónicos de Blue Shield.

Autorización y firma

24 La siguiente sección de autorización debe estar firmada por el contacto o representante principal del grupo. **Este documento es una solicitud de cobertura. El grupo entiende que no habrá un contrato de cobertura hasta que Blue Shield haya terminado la revisión y haya comunicado al solicitante o a su productor que la solicitud ha sido aceptada y que se ha hecho un contrato grupal de servicios de salud. El representante del grupo certifica que, hasta donde él sabe, todas las respuestas brindadas en esta solicitud son verdaderas y correctas, y están completas. El grupo entiende que, si cometió fraude o falseó intencionalmente cualquier hecho fundamental en relación con esta solicitud, es posible que Blue Shield of California tome alguna de las siguientes determinaciones dentro de los primeros 24 meses de cobertura: que se cancele la cobertura grupal, que se ajusten las cuotas o primas correspondientes, o bien que, previo aviso, se cancele el Contrato de Servicios de Salud o la Póliza Grupal.**

Certifico que, hasta donde yo sé, todas las respuestas brindadas anteriormente son verdaderas, correctas, y están completas.

Firma del representante autorizado
del grupo

Nombre y puesto (en letra de imprenta)

Fecha

Para su protección, la ley de California exige que aparezca lo siguiente en este formulario:

Las personas que, a propósito, brinden información falsa o fraudulenta para obtener o cambiar la cobertura de seguro o para hacer una reclamación por el pago de una pérdida son culpables de un delito y pueden estar sujetas a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

La ley de California prohíbe que las compañías de seguros de salud exijan o usen una prueba de VIH como condición para obtener cobertura de seguro de salud.

Información del productor (Debe completarla el productor o el agente general. Toda la información es obligatoria).

25	Nombre de la empresa del productor principal		
	Nombre del contacto del productor principal	Número de teléfono del contacto del productor principal	
	Dirección de la oficina del productor principal		
	Ciudad	Estado	Código postal
	Dirección electrónica del contacto del productor principal		
	Número de identificación fiscal del productor principal		
	Número de licencia del Department of Insurance (Departamento de Seguros) del contacto del productor principal		
	Nombre de la empresa del productor secundario		
	Nombre del contacto del productor secundario	Número de teléfono del contacto del productor secundario	
	Dirección de la oficina del productor secundario		
	Ciudad	Estado	Código postal
	Dirección electrónica del contacto del productor secundario		
	Número de identificación fiscal del productor secundario		
	Número de licencia del Department of Insurance del contacto del productor secundario		
	Declaración del productor/agente general Declaración del agente/corredor de seguros que brinda ayuda para presentar esta solicitud: (1) Hasta donde yo sé, la información de la solicitud está completa y es correcta; y (2) le he explicado al solicitante, de manera fácil de entender, el riesgo que tiene para el solicitante brindar información incorrecta, y el solicitante entendió la explicación.		
_____	_____	_____	
Fecha de hoy (obligatoria)	Firma del productor principal (obligatoria)	Nombre del productor en letra de imprenta	
_____	_____	_____	
Fecha de hoy (obligatoria)	Firma del productor secundario (si corresponde)	Nombre del productor en letra de imprenta	
Número de identificación fiscal de la agencia general			
Nombre de la agencia general			
_____	_____	_____	
Fecha de hoy (obligatoria)	Firma autorizada del agente general (obligatoria)	Nombre del contacto del agente general en letra de imprenta	