Pedido de Cambio para Grupos de Pequeñas Empresas

Fecha de comienzo: 1 de enero de 2027

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

Grupo de pequeña empresa de Blue Shield actual: use este formulario para cambiar los contactos, las elecciones del grupo, los planes o la información de la empresa. Si es necesario, Blue Shield le enviará un contrato corregido después de procesar sus pedidos. El grupo es responsable de mantener actualizada la información de contacto. Este formulario no se puede usar para agregar, eliminar o cambiar la información de los miembros.

Escriba de forma digital o a mano en letra de imprenta clara con tinta negra. Los cambios pedidos se reflejarán en la próxima facturación después de que Blue Shield los haya procesado.

Instrucciones:
1) Complete la totalidad de las secciones 1 y 2.
2) Complete el resto del documento, pero solamente para los puntos que marcó en el punto número 2.

Envíe el formulario por **correo electrónico a small.group@blueshieldca.com** o por **correo** a Small Group (1-100 employees), P.O. Box 3008, Lodi, CA 95241-1912.

1 Identificación del grupo

Nombre legal actual del grupo	N.º de identificación del grupo de Blue Shield	Fecha de comienzo pedida para los cambios

2 ¿Qué cambios hará?

Elija todo lo que corresponda:

- ☐ Dirección del empleador
- ☐ Contactos del empleador
- ☐ Departamentos y subgrupos de facturación del empleador
- ☐ Nombre, nombre comercial (DBA, por sus siglas en inglés), número de identificación fiscal federal, código de clasificación industrial estándar (código SIC, por sus siglas en inglés) y tipo de entidad legal del empleador
- ☐ Período de espera del empleador
- ☐ Continuación de la cobertura: situación actual
- ☐ Continuación de la cobertura: administrador
- ☐ Elegibilidad para empleados de tiempo parcial
- ☐ Planes médicos[1]
- ☐ Selecciones adicionales
- ☐ Beneficios especializados: beneficios dentales[2]
- ☐ Beneficios especializados: beneficios de la vista[2]
- ☐ Beneficios especializados: seguro de vida/AD&D[2]
- ☐ Contribuciones del empleador

[1] ☐ Presente el Formulario de Cambios para Varios Suscriptores para las membresías de planes Off-Exchange actuales, en vez de formularios de inscripción individuales, cuando haga cambios en la renovación de las elecciones médicas actuales. Este formulario está disponible en la Broker Connection.

[2] ☐ Agregar cobertura dental
☐ Agregar cobertura de la vista
☐ Agregar cobertura de seguro de vida/AD&D

Agregar uno o más productos especializados por primera vez para los empleados que actualmente tienen la cobertura médica de Blue Shield y para TODOS los empleados y dependientes actualmente inscritos que elegirán la cobertura especializada. Se les inscribirá automáticamente y no será necesario presentar ningún formulario (salvo para los planes de seguro de vida escalonado o de múltiplo del salario, y para designar a los beneficiarios del seguro de vida).

De lo contrario, presente un formulario de inscripción, de rechazo de cobertura o de pedido de cambio para suscriptores para todos los empleados y dependientes elegibles que elijan la cobertura. (El rechazo de la cobertura está permitido solamente para los planes con contribución).

3A Dirección del empleador

Brinde la nueva información del grupo donde corresponda.

Dirección comercial principal: número y calle (no se aceptan casillas postales)*

Ciudad	Estado	Código postal

Dirección de facturación (si es distinta de la anterior)

Ciudad	Estado	Código postal

*** La dirección comercial principal es donde Blue Shield enviará todos los avisos y la correspondencia en papel;** sin embargo, el grupo puede elegir que se le envíe la factura a una dirección distinta. La dirección comercial principal es la que está registrada en la Secretaría del Estado de California. Si una dirección comercial principal no está registrada en el estado o está registrada solamente para recibir notificaciones y no es un lugar de trabajo significativo para las actividades comerciales del grupo, brinde entonces la dirección comercial dentro del estado en la que trabajan la mayor cantidad de empleados.

3B Información de contacto del grupo

Somos una empresa principalmente digital; la dirección electrónica es un campo **obligatorio** para poder brindarle un mejor servicio.

Contacto principal (puede haber un solo contacto principal por cada cuenta grupal)

	Nombre	Dirección electrónica
☐ Agregar ☐ Eliminar		
☐ Agregar ☐ Eliminar		

Contacto de la Employer Connection Plus (debe ser también un contacto autorizado). (Puede haber un solo contacto para la Employer Connection Plus)

	Nombre	Dirección electrónica
☐ Agregar ☐ Eliminar		
☐ Agregar ☐ Eliminar		

Contacto secundario (puede haber varios contactos adicionales por cada cuenta grupal)

	Nombre	Dirección electrónica
☐ Agregar ☐ Eliminar		
☐ Agregar ☐ Eliminar		

Contacto de facturación

	Nombre	Dirección electrónica
☐ Agregar ☐ Eliminar		
☐ Agregar ☐ Eliminar		

3C Departamentos y subgrupos de facturación del empleador

Departamentos de facturación

Los nombres de los departamentos permiten categorizar a sus empleados en su factura grupal. Una factura grupal dividida por departamentos incluirá a los empleados según el nombre del departamento que usted haya especificado para cada uno de ellos.

1. A continuación, escriba el nombre del departamento y marque si se agrega o se elimina.
2. Envíe el Formulario de Cambio para Suscriptores para transferir a los empleados inscritos al departamento que corresponda.

	Nombre del departamento
☐ Agregar ☐ Eliminar	Nombre
☐ Agregar ☐ Eliminar	Nombre
☐ Agregar ☐ Eliminar	Nombre
☐ Agregar ☐ Eliminar	Nombre

Subgrupos de facturación

Los subgrupos se usan cuando las facturas deben enviarse a diferentes lugares. Cada subgrupo debe tener una dirección de facturación distinta.

1. Escriba el nombre y la dirección del subgrupo y marque si se agrega o se elimina.
2. Envíe el Formulario de Cambio para Suscriptores para transferir a los empleados inscritos al subgrupo que corresponda.

	Nombre del subgrupo	Dirección del subgrupo
☐ Agregar ☐ Eliminar	Nombre	Dirección
☐ Agregar ☐ Eliminar	Nombre	Dirección
☐ Agregar ☐ Eliminar	Nombre	Dirección
☐ Agregar ☐ Eliminar	Nombre	Dirección

3D Nombre, DBA, número de identificación fiscal federal, código SIC y tipo de entidad legal del empleador

1. Brinde la nueva información del grupo.

Nombre legal del grupo

Número de identificación fiscal (TID, por sus siglas en inglés) federal

Nombre comercial (DBA)

Clasificación industrial estándar (SIC) y descripción de la industria

Elija un tipo de entidad legal:

☐ Sociedad tipo S ☐ Sociedad tipo C ☐ Sociedad colectiva o sociedad limitada ☐ Empresa con un solo dueño

☐ Sociedad de responsabilidad limitada ☐ Sin fines de lucro ☐ Otro (especifique)

2. Elija una opción; 2A: Cambio de nombre simple o 2B: Cambio de la empresa completo. Conteste las preguntas relacionadas y envíe la documentación que se pide a small.group@blueshieldca.com.

2A. Cambio de nombre simple

1. Elija todo lo que corresponda:

☐ Nombre comercial de fantasía (FBN, por sus siglas en inglés) registrado para el nuevo nombre comercial (DBA).

☐ Corrección/conversión registrada para las sociedades/sociedades colectivas.

2. Documentación necesaria:

1. Documentación del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) del nuevo nombre y número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés); o formulario W-9 o SS-4.

2. Prueba del cambio de nombre que muestre el nombre anterior y el nombre nuevo, como se detalla a continuación:

1. Documento de corrección y/o de conversión registrado en la Secretaría del Estado de California (solamente para sociedades, sociedades colectivas y sociedades de responsabilidad limitada), y/o

2. Declaración del nombre comercial de fantasía (FBN) registrado ante el condado (empresa con un solo dueño o cambios en el DBA).

2B. Cambio de la empresa completo

1. Elija todo lo que corresponda:

☐ Cambio de titularidad

☐ Compra o venta de la empresa

☐ Cambio del tipo de entidad

☐ Traslado de empleados a otra empresa existente

☐ Incorporación de una empresa subsidiaria/afiliada

☐ Fusión

☐ Otro:

2. Preguntas adicionales:

En las cantidades de empleados de tiempo completo (FTE, por sus siglas en inglés) y de equivalentes de FTE de abajo, no incluya a los propietarios de empresas, como los propietarios de empresas con un solo dueño, los socios de una sociedad, sus cónyuges o sus parejas domésticas legales, ni a los accionistas del 2 % de sociedades tipo S.

Cantidad total actual de FTE y equivalentes de FTE _____

Si la cantidad actual es mayor que 100, ¿cuántos trabajaron durante el trimestre calendario anterior? _____

Si la cantidad del trimestre calendario anterior es mayor que 100, ¿cuántos trabajaron durante el año calendario anterior? _____

Cantidad total actual de FTE y equivalentes de FTE que trabajan fuera del estado _____

Cantidad total de FTE y equivalentes de FTE que trabajaron fuera del estado durante el trimestre calendario anterior _____

Cantidad total de FTE y equivalentes de FTE que trabajaron fuera del estado durante el año calendario anterior _____

3. Documentación necesaria:

1. Documentación del Servicio de Impuestos Internos (IRS) del nuevo nombre y número de identificación del empleador (EIN); o formulario W-9 o SS-4.
2. Nómina o formulario W-4 para todos los empleados.
3. Nuevos empleados solamente (si corresponde): formularios de aplicación y rechazos de cobertura.
4. Documentación que demuestre el cambio, por ejemplo, contrato de compra, fusión o sociedad; documentación corporativa; u otra documentación que se haya presentado para la situación específica.

3D cont. Nombre, DBA, número de identificación fiscal federal, código SIC y tipo de entidad legal del empleador (continuación)

4. Si eligió "Incorporación de una empresa subsidiaria/afiliada" arriba, complete el siguiente cuadro y brinde la documentación necesaria.

Nombre(s) de la(s) empresa(s) subsidiaria(s) o afiliada(s)	¿Incluir en la cobertura?	¿Es elegible para presentar una declaración de impuestos estatales combinada?
	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Documentación necesaria

Si no incluye en la cobertura a una o más empresas afiliadas que son elegibles para presentar una declaración de impuestos estatales combinada, debe presentar los siguientes documentos adicionales:

- Documentación de la titularidad de todas las empresas subsidiarias/afiliadas elegibles.
- Formulario DE-9C más reciente y/o registro de nómina (se debe presentar el registro de nómina si hay empleados fuera del estado) de todas las empresas subsidiarias/afiliadas elegibles.
- Formularios de Aplicación y Rechazos de Cobertura de los empleados de todas las empresas subsidiarias/afiliadas elegibles.

4 Períodos de espera del empleador

Elija una de las siguientes opciones. La cobertura de los empleados elegibles empezará después de que termine el período de espera en el día especificado.

☐ La cobertura empezará el primer día del mes después de la fecha de contratación.
(Si la contratación se hace el primer día del mes, la cobertura empezará el primer día del mes siguiente).

☐ La cobertura empezará el primer día del mes después de que pasen 30 días desde la fecha de contratación.

☐ La cobertura empezará el primer día del mes después de que pasen 60 días desde la fecha de contratación.

☐ La cobertura empezará el día 91 después de la fecha de contratación.
(Si el grupo elige el período de espera de 91 días, es posible que se le facture de manera parcial).

5A Continuación de la cobertura: situación actual

Complete esta sección si la cantidad de empleados cambió y eso influye en que el grupo esté o no sujeto a los requisitos para COBRA o Cal-COBRA. Si usted cambia su situación actual de COBRA, Blue Shield también cambiará su situación actual de pagador secundario de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés); usted no necesita pedir cambios relacionados con el MSP. Tenga en cuenta que Blue Shield debe recibir los pedidos de cambio en la situación de COBRA al comienzo del año calendario.

☐ **COBRA federal, O**	Desde el 1 de enero de 2027, el grupo tiene un total de 20 empleados o más que trabajaron durante el 50 % de los días hábiles del año calendario anterior.
☐ **Cal-COBRA**	Desde el 1 de enero de 2027, el grupo tiene entre 2 y 19 empleados elegibles, que trabajaron durante el 50 % de los días hábiles del año calendario anterior; o si no estuvo en actividad durante el año calendario anterior, durante el trimestre calendario anterior.

5B Continuación de la cobertura: administrador externo de COBRA

☐ Agregar	Nombre de la empresa
☐ Eliminar	Nombre de la empresa

6 Elegibilidad para empleados de tiempo parcial

Si agrega la cobertura de tiempo parcial, presente este formulario junto con los formularios de aplicación o los rechazos de cobertura de todos los empleados de tiempo parcial elegibles.
Si elimina la cobertura de tiempo parcial, presente este formulario junto con el formulario DE-9C más reciente.

☐ Eliminar la cobertura de tiempo parcial
☐ Agregar la cobertura de tiempo parcial

6 cont. Elegibilidad para empleados de tiempo parcial (continuación)

Empleado elegible: este término se define de la siguiente manera:

- **De tiempo completo:** es un empleado permanente que trabaja a tiempo completo para llevar adelante las actividades comerciales del empleador y sus tareas se hacen en el o los lugares normales de actividades comerciales del empleador, que trabaja un promedio de 30 horas por semana de trabajo y que ha cumplido con cualquier período de espera autorizado de manera reglamentaria; o
- **De tiempo parcial:** cumple con todas las condiciones del primer punto, excepto que ha trabajado como mínimo 20 horas, pero no más de 29 horas, durante al menos el 50 % de las semanas del trimestre calendario anterior, y el grupo les brinda a esos empleados cobertura de salud y se les ofrece esa cobertura a todos los empleados en una situación parecida; y
- El empleado elegible recibe un pago durante el empleo (que se muestra en el formulario W-2); y
- El empleado elegible es un empleado de buena fe, y hay una relación de buena fe entre el empleado y el empleador.
- Se incluye también como empleado elegible a un propietario de una empresa con un solo dueño, o un cónyuge o una pareja doméstica de un propietario de una empresa con un solo dueño, o a un socio de una sociedad colectiva, o un cónyuge o una pareja doméstica de un socio de una sociedad colectiva, que trabaja a tiempo completo en el o los lugares normales de actividades comerciales del empleador un promedio de 30 horas por semana de trabajo, o como mínimo 20 horas, pero no más de 29 horas, a tiempo parcial por semana normal de trabajo durante al menos el 50 % de los días hábiles del trimestre calendario anterior, cuando el grupo cumple con todos los requisitos de elegibilidad para empleadores pequeños.
- Como empleado elegible no se incluye a las personas que trabajan de manera temporal o como reemplazantes.

7A Planes médicos

En el caso de los grupos con uno o más empleados que se inscribirán, elija planes de los paquetes de planes Off-Exchange o Mirror, pero no de los dos. Los paquetes de planes no se pueden combinar. Dentro de un paquete de planes, se pueden ofrecer planes HMO y PPO juntos.

Junto con este formulario, incluya un Censo de Empleados que detalle la selección de planes de cada empleado.
Cuando el grupo deja de ofrecer planes que tienen una membresía activa, no se pueden hacer los cambios en todo el grupo sin un Censo de Empleados que detalle la selección de planes de cada empleado.

Paquete Off-Exchange	Puede ofrecerse junto con un plan HMO de otra aseguradora.
Paquete Mirror	No se puede ofrecer junto con los planes Off-Exchange. Puede ofrecerse junto con los planes de otra aseguradora. Estos planes "reflejan" los planes estandarizados que se ofrecen a través de Covered California.

Paquete Off-Exchange de Blue Shield of California para pequeñas empresas

Planes PPO

Los planes Full PPO y Tandem PPO tienen redes de proveedores distintas.
Los planes Full PPO y los planes de salud con deducibles altos (HDHP, por sus siglas en inglés) compatibles con las cuentas de ahorros para gastos médicos (HSA, por sus siglas en inglés) Full comparten una red de proveedores de Blue Shield completa.
Los planes Tandem PPO y los planes HDHP compatibles con HSA Tandem comparten una red de proveedores seleccionados de Blue Shield.
Elija cualquier combinación de planes de la red Full PPO y de la red Tandem PPO.

☐ Elija TODOS los planes PPO.

☐ Elija de manera individual la cantidad de planes que desee a continuación:

Planes PPO: Red Full PPO
- ☐ Platinum Full PPO 0/0 OffEx
- ☐ Platinum Full PPO 0/10 OffEx
- ☐ Platinum Full PPO 250/10 OffEx
- ☐ Platinum Full PPO 250/15 OffEx
- ☐ Gold Full PPO 0/35 OffEx
- ☐ Gold Full PPO 500/30 OffEx
- ☐ Gold Full PPO 750/35 OffEx
- ☐ Gold Full PPO 1000/30 OffEx
- ☐ Silver Full PPO 1800/65 OffEx
- ☐ Silver Full PPO 2100/75 OffEx*
- ☐ Silver Full PPO 2550/75 OffEx
- ☐ Bronze Full PPO 4500/65 OffEx
- ☐ Bronze Full PPO 6250/65 OffEx
- ☐ Bronze Full PPO 6500/70 OffEx
- ☐ Bronze Full PPO 6850/55 OffEx
- ☐ Bronze Full PPO 7500/65 OffEx

Planes HDHP compatibles con HSA: Red Full PPO
- ☐ Gold Full PPO Savings 1900/15% HDHP PrevRx OffEx
- ☐ Silver Full PPO Savings 2450/30% OffEx
- ☐ Silver Full PPO Savings 2950/35% HDHP PrevRx OffEx
- ☐ Bronze Full PPO Savings 6000/40% OffEx
- ☐ Bronze Full PPO Savings 7850 OffEx

Planes HDHP compatibles con HSA: Red Tandem PPO
- ☐ Gold Tandem PPO Savings 1900/15% HDHP PrevRx OffEx
- ☐ Silver Tandem PPO Savings 2450/30% OffEx
- ☐ Silver Tandem PPO Savings 2950/35% HDHP PrevRx OffEx
- ☐ Bronze Tandem PPO Savings 6000/40% OffEx
- ☐ Bronze Tandem PPO Savings 7850 OffEx

Planes Tandem PPO: Red Tandem PPO
- ☐ Platinum Tandem PPO 0/0 OffEx
- ☐ Platinum Tandem PPO 0/10 OffEx
- ☐ Platinum Tandem PPO 250/10 OffEx
- ☐ Platinum Tandem PPO 250/15 OffEx
- ☐ Gold Tandem PPO 0/35 OffEx
- ☐ Gold Tandem PPO 500/30 OffEx
- ☐ Gold Tandem PPO 750/35 OffEx
- ☐ Gold Tandem PPO 1000/30 OffEx
- ☐ Silver Tandem PPO 1800/65 OffEx
- ☐ Silver Tandem PPO 2100/75 OffEx*
- ☐ Silver Tandem PPO 2550/75 OffEx
- ☐ Bronze Tandem PPO 4500/65 OffEx
- ☐ Bronze Tandem PPO 6250/65 OffEx
- ☐ Bronze Tandem PPO 6500/70 OffEx
- ☐ Bronze Tandem PPO 6850/55 OffEx
- ☐ Bronze Tandem PPO 7500/65 OffEx

* El plan Silver Full PPO 2100/75 OffEx y el plan Silver Tandem PPO 2100/75 OffEx brindan cobertura mejorada para los miembros a los que les diagnosticaron diabetes, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés) y enfermedad de la arteria coronaria (CAD, por sus siglas en inglés).

7A cont.

Planes HMO Los planes Access+ HMO®, Local Access+ HMO® y Trio HMO tienen redes de proveedores distintas. Local Access+ y Trio son redes de proveedores seleccionados, y Access+ es una red completa.

☐ Elija TODOS los planes HMO.

☐ Elija de manera individual la cantidad de planes que desee a continuación:

Planes Access+ HMO:
Red Access+ HMO
- ☐ Platinum Access+ HMO® 0/20 OffEx
- ☐ Platinum Access+ HMO® 0/25 OffEx
- ☐ Platinum Access+ HMO® 0/30 OffEx
- ☐ Gold Access+ HMO® 0/35 OffEx
- ☐ Gold Access+ HMO® 500/35 OffEx
- ☐ Gold Access+ HMO® 1000/35 OffEx
- ☐ Gold Access+ HMO® 1500/35 OffEx
- ☐ Silver Access+ HMO® 2100/70 OffEx
- ☐ Silver Access+ HMO® 2850/70 OffEx
- ☐ Bronze Access+ HMO® 7000/65 OffEx

Planes Trio HMO:
Red Trio ACO HMO
- ☐ Platinum Trio HMO 0/20 OffEx
- ☐ Platinum Trio HMO 0/25 OffEx
- ☐ Platinum Trio HMO 0/30 OffEx
- ☐ Gold Trio HMO 0/35 OffEx
- ☐ Gold Trio HMO 500/35 OffEx
- ☐ Gold Trio HMO 1000/35 OffEx
- ☐ Gold Trio HMO 1500/35 OffEx
- ☐ Silver Trio HMO 2100/70 OffEx
- ☐ Silver Trio HMO 2850/70 OffEx
- ☐ Bronze Trio HMO 7000/65 OffEx

Planes Local Access+ HMO:
Red Local Access+ HMO
- ☐ Platinum Local Access+ HMO® 0/20 OffEx
- ☐ Platinum Local Access+ HMO® 0/25 OffEx
- ☐ Platinum Local Access+ HMO® 0/30 OffEx
- ☐ Gold Local Access+ HMO® 0/35 OffEx
- ☐ Gold Local Access+ HMO® 500/35 OffEx
- ☐ Gold Local Access+ HMO® 1000/35 OffEx
- ☐ Gold Local Access+ HMO® 1500/35 OffEx
- ☐ Silver Local Access+ HMO® 2100/70 OffEx
- ☐ Silver Local Access+ HMO® 2850/70 OffEx
- ☐ Bronze Local Access+ HMO® 7000/65 OffEx

Paquete Mirror de Blue Shield of California para pequeñas empresas

Nota: No se puede ofrecer junto con los planes Off-Exchange. Puede ofrecerse junto con los planes de otra aseguradora. Estos planes "reflejan" los planes estandarizados que se ofrecen a través de Covered California.

☐ Elija TODOS los planes Access+, Trio HMO y Full PPO.

☐ Elija de manera individual la cantidad de planes que desee de Access+, Trio HMO y/o Full PPO a continuación:

Planes Mirror Platinum
- ☐ Blue Shield Platinum 90 PPO 0/25 PCP + Child Dental
- ☐ Blue Shield Access+ Platinum 90 HMO® 0/25 PCP + Child Dental
- ☐ Blue Shield Trio Platinum 90 HMO 0/25 PCP + Child Dental

Planes Mirror Gold
- ☐ Blue Shield Gold 80 PPO 500/30 PCP + Child Dental
- ☐ Blue Shield Access+ Gold 80 HMO® 325/40 PCP + Child Dental
- ☐ Blue Shield Trio Gold 80 HMO 325/40 PCP + Child Dental

Planes Mirror Silver
- ☐ Blue Shield Silver 70 PPO 2500/60 PCP + Child Dental
- ☐ Blue Shield Silver 70 HDHP PPO 2450/30% PCP + Child Dental Alt
- ☐ Blue Shield Access+ Silver 70 HMO® 2500/60 PCP + Child Dental
- ☐ Blue Shield Trio Silver 70 HMO 2500/60 PCP + Child Dental

Planes Mirror Bronze
- ☐ Blue Shield Bronze 60 PPO 5800/60 PCP + Child Dental
- ☐ Blue Shield Bronze 60 HDHP PPO 7850/0% PCP + Child Dental Alt
- ☐ Blue Shield Trio Bronze 60 HMO 7000/65 PCP + Child Dental Alt

7B Selecciones adicionales

Elija las selecciones adicionales que desee según corresponda.

☐ **Sí; HealthEquity**
☐ **Eliminar HealthEquity**

Si eligió un plan HDHP, puede elegir a HealthEquity como su administrador de HSA. **Si se elige HealthEquity, Blue Shield comparte información relacionada con la elegibilidad y las reclamaciones para brindar una experiencia sin interrupciones.** Si no elige HealthEquity, trabaje directamente con su propio administrador de HSA.

☐ **Sí; cláusula adicional de beneficios de tecnología de reproducción asistida**

☐ **Eliminar la cláusula adicional de beneficios de tecnología de reproducción asistida para todos los planes médicos**

Si se elige, se agregará una cláusula adicional de tecnología de reproducción asistida a todos los planes médicos para todo el grupo. Esta cláusula adicional se puede ofrecer junto con un paquete de planes Off-Exchange o Mirror, HMO y PPO.

8A Beneficios especializados: beneficios dentales

Junto con este formulario, incluya un Censo de Empleados que detalle la selección de planes de cada empleado.
Cuando el grupo deja de ofrecer planes que tienen una membresía activa, no se pueden hacer los cambios en todo el grupo sin un Censo de Empleados que detalle la selección de planes de cada empleado.

Elija una de las siguientes opciones de planes dentales:

☐ **Opción de plan dental Single.** Elija UNO de los siguientes planes (HMO o PPO).

☐ **Opción de plan dental Dual Choice.** Elija DOS de los siguientes planes (cualquier combinación de HMO o PPO).

☐ **Opción de plan dental Triple Choice.** Elija TRES de los siguientes planes en una de estas combinaciones:

- ☐ Dos planes dentales HMO y un plan dental PPO.
- ☐ Tres planes dentales HMO.
- ☐ Dos planes dentales PPO y un plan dental HMO. Esta opción exige que usted ofrezca planes médicos de Blue Shield. Los dos planes dentales PPO deben tener un beneficio de ortodoncia o bien no tener ese beneficio.

8A cont.

Planes Dental HMO

☐ DHMO Basic ☐ DHMO Standard ☐ DHMO Plus ☐ DHMO Deluxe ☐ DHMO Voluntary

Planes Dental PPO

☐ Bronze DPPO/$1000/MAC
☐ Bronze DPPO/$1000/MAC/Child Only Ortho
☐ Bronze DPPO/$1500/MAC
☐ Bronze DPPO/$1500/MAC/Child Only Ortho
☐ Silver DPPO/$1500/MAC
☐ Silver DPPO/$1500/MAC/Adult+Child Ortho
☐ Silver DPPO/$1500/U90
☐ Silver DPPO/$1500/U90/Adult+Child Ortho
☐ Gold DPPO/$1500/MAC
☐ Gold DPPO/$1500/MAC/Adult+Child Ortho
☐ Gold DPPO/$2000/MAC
☐ Gold DPPO/$2000/MAC/Adult+Child Ortho
☐ Gold DPPO/$1500/U90
☐ Gold DPPO/$1500/U90/Adult+Child Ortho
☐ Gold DPPO/$2000/U90
☐ Gold DPPO/$2000/U90/Adult+Child Ortho
☐ Platinum DPPO/$2500/U90
☐ Platinum DPPO/$2500/U90/Adult+Child Ortho
☐ Platinum DPPO/$3000/U90
☐ Platinum DPPO/$3000/U90/Adult+Child Ortho
☐ Platinum DPPO/$5000/U90
☐ Platinum DPPO/$5000/U90/Adult+Child Ortho
☐ Diamond DPPO/$3000/U95
☐ Diamond DPPO/$3000/U95/Adult+Child Ortho
☐ Diamond DPPO/$5000/U95
☐ Diamond DPPO/$5000/U95/Adult+Child Ortho

Planes Dental PPO voluntarios**

☐ Bronze Voluntary DPPO/$1000/MAC
☐ Bronze Voluntary DPPO/$1000/MAC/Child Only Ortho
☐ Bronze Voluntary DPPO/$1500/MAC
☐ Bronze Voluntary DPPO/$1500/MAC/Child Only Ortho

** Para los planes dentales voluntarios, debe inscribirse al menos un empleado elegible. Los planes voluntarios incluyen un período de espera de 12 meses para los servicios mayores y los servicios de ortodoncia (plan Ortho).

☐ Otro (especifique) _____

8B Beneficios especializados: beneficios de la vista*

Junto con este formulario, incluya un Censo de Empleados que detalle la selección de planes de cada empleado.
Cuando el grupo deja de ofrecer planes que tienen una membresía activa, no se pueden hacer los cambios en todo el grupo sin un Censo de Empleados que detalle la selección de planes de cada empleado.

Elija una de las siguientes opciones de planes de la vista:

☐ Opción de plan de la vista Single. Elija UNO de los siguientes planes.

☐ Opción de plan de la vista Dual Choice. Elija DOS de las siguientes opciones de planes:

Ultimate Vision para pequeñas empresas (12-12-12)	**Preferred Vision para pequeñas empresas (12-12-24)**	**Basic Vision para pequeñas empresas (12-24-24)**
☐ Ultimate Vision Plus 0/0/150/150	☐ Preferred Vision Plus 0/0/150/150	☐ Basic Vision Plus 0/0/150/150
☐ Ultimate Vision 0/0/150	☐ Preferred Vision 0/0/150	☐ Basic Vision 0/0/150
☐ Ultimate Vision Plus 10/25/150/150	☐ Preferred Vision Plus 10/25/150/150	☐ Basic Vision Plus 10/25/150/150
☐ Ultimate Vision 10/25/150	☐ Preferred Vision 10/25/150	☐ Basic Vision 10/25/150
☐ Ultimate Vision 0/0/120	☐ Preferred Vision 0/0/120	☐ Basic Vision 0/0/120
☐ Ultimate Vision 10/25/120	☐ Preferred Vision 10/25/120	☐ Basic Vision 10/25/120
☐ Ultimate Vision Voluntary 10/25/150[1]	☐ Preferred Vision Voluntary 10/25/120[1]	☐ Basic Vision Voluntary 10/25/120[1]

* Asegurados por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life).

[1] Para los planes de la vista voluntarios, debe inscribirse al menos un empleado elegible.

☐ Otro (especifique) _____

8C Beneficios especializados: seguro de vida/AD&D*

Cuando un grupo de 10 o más personas elegibles agrega el seguro de vida y por muerte y desmembramiento accidentales (AD&D, por sus siglas en inglés) por primera vez, se debe incluir con este formulario la cotización de tarifas combinadas para el seguro de vida y AD&D en la que se detallan tanto la tarifa del seguro de vida temporal como la tarifa del seguro AD&D.

Elija el modelo y la cantidad de cobertura del plan de seguro de vida del siguiente cuadro de cantidades de los beneficios, y después elija el o los planes:

Cuadro de cantidades de los beneficios (úselo para calcular la cantidad del beneficio o el beneficio máximo para su tipo de plan)

Cantidad de empleados elegibles	Fijo	Múltiplo del salario	Seguro de vida básico para dependientes
	Si el beneficio está dentro de un rango, elija cualquier aumento de $5,000.	El beneficio mínimo es siempre de $15,000; 1 o 2 veces el salario anual hasta los máximos detallados abajo.	El beneficio de seguro de vida para dependientes no puede ser más alto que el 50 % del beneficio para el empleado. El cónyuge/pareja doméstica y los hijos deben estar cubiertos por la misma cantidad del beneficio.
2-9	$15,000-$50,000	$30,000 o $50,000	$1,000, $2,000, $3,000, $4,000 o $5,000
10-24	$15,000-$100,000	$50,000-$300,000 para 1 vez el salario anual y $50,000-$500,000 para 2 veces el salario anual	$1,000, $2,000, $3,000, $4,000, $5,000, $7,500, $10,000 o $20,000
25-50	$15,000-$150,000	$50,000-$300,000 para 1 vez el salario anual y $50,000-$500,000 para 2 veces el salario anual	
51-100	$15,000-$150,000, $175,000 o $200,000	$50,000-$300,000 para 1 vez el salario anual y $50,000-$600,000 para 2 veces el salario anual	

Para el seguro de vida/AD&D para empleados, deben inscribirse al menos dos empleados elegibles.

* El seguro de vida/AD&D está asegurado por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life).

Elija los planes. Elija una opción de plan para los empleados: fijo, múltiplo del salario o escalonado. Decida si también desea ofrecer seguro de vida para los dependientes. Si ofrece seguro de vida para los dependientes, el grupo también debe ofrecer seguro de vida/AD&D para los empleados.

	1. Elija el o los planes	2. Brinde los detalles de los beneficios	Descripción
Empleado	☐ Fijo	Cantidad del beneficio: $ _____	Todos los empleados están cubiertos por la misma cantidad fija (hasta la cantidad máxima).
	☐ Múltiplo del salario	☐ 1 vez el salario o ☐ 2 veces el salario Hasta un beneficio máximo de: $ _____	Todos los empleados están cubiertos por el mismo múltiplo del salario a una cantidad equivalente a una o dos veces el salario anual (hasta la cantidad máxima). Las cantidades del beneficio se redondean al siguiente valor de $1,000 más alto.
	☐ Escalonado	Elija entre las opciones del cuadro de seguro de vida escalonado que está abajo.	Los empleados están cubiertos según la clase (hasta cuatro), que se define con diferentes niveles de beneficios. Las clases pueden ser fijas o múltiplos del salario, y esta selección puede cambiar para cada clase.
☐ **Dependiente**		Cantidad del beneficio: $ _____	Solamente está disponible para los empleados que eligen el seguro de vida/AD&D. Los beneficios para niños de 14 días a seis meses equivalen al 10 % del beneficio total, y no hay cobertura para bebés desde el nacimiento hasta los 14 días. El seguro AD&D no está disponible para los dependientes.

Cuadro de seguro de vida escalonado (úselo solamente si elige un plan escalonado). Brinde una descripción de las clases y elija una opción de plan, fijo o múltiplo del salario, para cada clase. Las opciones de planes pueden cambiar según la clase. La cantidad del beneficio para cada clase no debe ser más alta que 2.5 veces la cantidad de la siguiente clase más baja.

Brinde una descripción de la clase	Fijo	Múltiplo del salario	
Hasta un máximo de cuatro clases	Escriba la cantidad del beneficio	Elija el multiplicador del salario	Escriba la cantidad del beneficio máximo
Clase 1	$ _____	☐ 1 vez o ☐ 2 veces	$ _____
Clase 2	$ _____	☐ 1 vez o ☐ 2 veces	$ _____
Clase 3	$ _____	☐ 1 vez o ☐ 2 veces	$ _____
Clase 4	$ _____	☐ 1 vez o ☐ 2 veces	$ _____

9 Contribuciones del empleador

¿Cuánto aportará el grupo para cada producto elegido? Solo se puede elegir una contribución para el empleado y una contribución para los dependientes para cada categoría de producto.

Cobertura médica	Empleado:	_____ **%** o $ _____	El empleador debe aportar (1) un mínimo equivalente al 50 % de la prima total del empleado o (2) una contribución definida de un mínimo de $100 por empleado (o el costo de las primas totales de los empleados, la cantidad que sea menor). Si el empleador paga el 100 % de la prima del empleado, todos los empleados elegibles deben inscribirse en la cobertura.
	Dependiente:	_____ **%** o $ _____	
Cobertura dental	Empleado:	_____ **%** o $ _____	El empleador debe aportar, como mínimo, el 50 % de la prima total del empleado (salvo para los planes voluntarios). Si el empleador paga el 100 %, todos los empleados elegibles deben inscribirse en la cobertura.
	Dependiente:	_____ **%** o $ _____	
Cobertura de la vista	Empleado:	_____ **%** o $ _____	El empleador debe aportar, como mínimo, el 25 % de la prima total del empleado (salvo para los planes voluntarios). Si el empleador paga el 100 %, todos los empleados elegibles deben inscribirse en la cobertura.
	Dependiente:	_____ **%** o $ _____	
Seguro de vida temporal básico y AD&D	Empleado:	_____ **%** o $ _____	El empleador debe aportar, como mínimo, el 25 % de la prima total del empleado (el seguro de vida voluntario no es una opción). Si el empleador paga el 100 % (sin contribución), todos los empleados elegibles deben inscribirse en la cobertura.
	Dependiente:	_____ **%** o $ _____	

10 Declaraciones y firma del representante del empleador

Al firmar abajo, el representante del grupo declara lo siguiente:

1. El grupo entiende que ningún cambio pedido empezará a tener validez hasta que Blue Shield haya procesado este pedido y haya asignado una fecha de comienzo. Blue Shield informará sobre el cambio al grupo o al corredor de seguros del grupo, o bien estos podrán comunicarse con Blue Shield para obtener la confirmación.
2. La persona que firme este formulario debe ser un contacto autorizado actual del grupo registrado con Blue Shield.
3. Para su protección, la ley de California exige que en este formulario aparezca lo siguiente: Toda persona que, con conocimiento, presente información falsa o fraudulenta para obtener o cambiar una cobertura de seguro, o para hacer una reclamación para el pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y a la reclusión en una prisión estatal.

X _____ _____

Firma del representante autorizado del grupo | Fecha

_____

Nombre del representante autorizado del grupo en letra de imprenta

_____

Puesto del representante autorizado del grupo en letra de imprenta

11 Información del agente general

Nombre de la agencia general	N.º de identificación fiscal de la agencia general (para el pago de comisiones)
Nombre del productor de la agencia general	Dirección electrónica del productor de la agencia general