

Solicitud Grupal Principal para Pequeñas Empresas

Blue Shield of California y

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company



Fecha de comienzo: 1 de abril de 2020

Sección 1. Información de la empresa. Todos los campos son obligatorios. Escriba a máquina o en letra de imprenta clara con tinta negra.

1	Nombre completo legal de la empresa del grupo		Fecha de comienzo de la cobertura solicitada	
	Si corresponde, nombre comercial (DBA, por sus siglas en inglés):			
2	Dirección de facturación: número, calle, ciudad, estado, código postal (si brinda una casilla postal, también complete el punto 3 que sigue)			
3	Dirección física (si es distinta de la anterior)		Condado de la dirección física	
	Dirección de la empresa en la que trabajan la mayoría de sus empleados (si es distinta de la dirección física)			
4	Nombre del contacto principal del grupo (solo el contacto designado tendrá acceso a la información del grupo)		Puesto	
	Número de teléfono		Número de fax	
	Dirección electrónica (obligatoria):			
	☐ Marque esta casilla para registrar el contacto principal del grupo que tendrá acceso a la cuenta en línea. Nota: Se puede establecer el acceso a la cuenta en línea para ver y/o administrar la cuenta del grupo. Una vez que esté registrado, se podrá delegar el acceso a la cuenta al corredor del grupo o a otras personas dentro de la organización, según lo defina el contacto principal del grupo. Para obtener más información, visite blueshieldca.com/employer .			
5	Nombre del contacto secundario del grupo		Puesto	
	Número de teléfono		Dirección electrónica	
	Tipo de entidad legal: ☐ Soc. tipo S ☐ Soc. tipo C ☐ Soc. colectiva ☐ Emp. unipersonal ☐ Soc. de responsabilidad limitada ☐ Sin fines de lucro ☐ Otro (especifique) _____			
	N.º de identificación fiscal (TID, por sus siglas en inglés) federal _____			
	¿Su grupo tiene varios números de identificación fiscal? ☐ Sí ☐ No			
	Si la respuesta es "Sí", indique el número de identificación fiscal federal del empleador del patrocinador del plan: _____			
	Mencione los principales productos/servicios de su empresa		Código(s) de clasificación industrial estándar (Código SIC, por sus siglas en inglés)	
	Aseguradora de salud anterior del grupo		Fecha de inicio/finalización	¿Sigue vigente la cobertura? ☐ Sí ☐ No
6	¿La empresa está cubierta actualmente o estuvo cubierta anteriormente por Blue Shield of California? ☐ Sí ☐ No Si contestó "Sí", brinde la identificación del grupo de Blue Shield y/o la fecha de cancelación: Identificación del grupo de Blue Shield _____ Fecha de cancelación _____			
7	¿El grupo tiene planeado ofrecer Blue Shield junto con el plan de otra aseguradora? ☐ Sí ☐ No		Fechas de inscripción abierta	
	Nombre de la aseguradora	Cantidad de empleados:	Desde:	Hasta:
	¿El grupo tiene empresas subsidiarias o afiliadas? ☐ Sí ☐ No			
	Nombre(s) de la(s) empresa(s) subsidiaria(s) o afiliada(s)	¿Incluir en la cobertura?	¿Es elegible para presentar una declaración de impuestos estatal conjunta?	
		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	
¿Están todos los empleados cubiertos por la indemnización por accidentes laborales conforme lo exige la ley? ☐ Sí ☐ No				

Sección 2. Elegibilidad (todos los campos son obligatorios).

- 8** Hay tres definiciones distintas de “empleado” que se usan en la cobertura de salud de grupos pequeños y determinan las cantidades de empleados para diferentes propósitos. Blue Shield le pide al grupo que lea estas definiciones 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. Comuníquese con nosotros si tiene dudas o necesita aclaraciones.
- 1. Todos los empleados:** Para determinar la cantidad total de empleados contratados por el grupo, sume todos los empleados, incluidos los empleados de tiempo completo, los empleados de tiempo parcial, los empleados elegibles, los empleados de tiempo completo (FTE, por sus siglas en inglés) y equivalentes de FTE, etc.
- 2. Empleado de tiempo completo (FTE) 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); estas definiciones se usan para determinar si un grupo es un “empleador pequeño” conforme a la Small Group Act (Ley de Grupos Pequeños). Un grupo debe tener entre 1 y 100 FTE, incluidos los equivalentes de FTE, a fin de ser elegible para un plan de salud de grupos pequeños al momento de la emisión y la renovación; además, debe cumplir con cualquier criterio del proceso de evaluación para la aprobación del seguro correspondiente, como los requisitos relacionados con la contribución y la participación.
- 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 civil. La cantidad de equivalentes de FTE se determina de la siguiente manera: sume la cantidad de horas de servicio de todos los empleados que no son de tiempo completo correspondiente al mes, pero no incluya más de 120 horas de servicio por empleado. Divida la cantidad total por 120.
- 3. Empleado elegible:** Este término se usa para determinar qué empleados son elegibles para inscribirse y permanecer inscritos en la cobertura. Un empleado elegible es una persona que:
- es un empleado permanente que trabaja a tiempo completo en el desempeño de las actividades comerciales del empleador, cuyas tareas se hacen en el o los sitios habituales de actividades comerciales del empleador, que trabaja un promedio de 30 horas por semana laboral y que ha cumplido con cualquier período de espera autorizado de manera reglamentaria; o
 - cumple con todas las condiciones establecidas en el 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 civil anterior. El grupo les brinda a esos empleados cobertura de salud y se les ofrece esa cobertura a todos los empleados en una situación similar; y
 - recibe una retribución económica durante el transcurso del empleo (que se indica por medio del formulario W-2); y
 - 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 unipersonal o al cónyuge o la pareja doméstica de un propietario de una empresa unipersonal, o a un socio de una sociedad colectiva o al cónyuge o la pareja doméstica de un socio de una sociedad colectiva, que trabaja a tiempo completo un promedio de 30 horas por semana laboral en el o los sitios habituales de actividades comerciales del empleador, cuando el grupo cumple con todos los requisitos de elegibilidad del empleador pequeño.
 - Como empleado elegible no se incluyen las personas que trabajan de manera temporal o como reemplazantes.

Cantidad total de empleados

a. Cantidad total de empleados (incluidos los empleados que son dueños o directivos)

Cantidad total de empleados elegibles

b. Cantidad total de empleados de tiempo completo elegibles (incluidos los propietarios de empresas unipersonales y los socios elegibles)

c. Cantidad total de empleados de tiempo parcial elegibles (si se les ofrece cobertura a todos los empleados en una situación similar)

d. Cantidad total de empleados elegibles que se inscriben en la cobertura

Cobertura médica:

Cobertura dental:

Cobertura de la vista:

Cobertura de seguro de vida:

e. Cantidad total de empleados elegibles que renuncian a la cobertura

Cobertura médica:

Cobertura dental:

Cobertura de la vista:

Cobertura de seguro de vida:

Cantidad total de FTE y equivalentes de FTE; vea la definición n.º 2 anterior para obtener instrucciones

f. Cantidad total de FTE y equivalentes de FTE

- 9 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 los 90 días.
- Nota: si el empleador impone un período de orientación, al completar un formulario de inscripción de un empleado nuevo, la “fecha de contratación” será el primer día después de la finalización del período de orientación.

9a. Período de orientación del empleador: Además del período de espera, ¿el empleador impone un período de orientación para los empleados nuevos?	☐ Sí	☐ No
9b. Si la respuesta es “Sí”, ¿el período de orientación es de 30 días o menos?	☐ Sí	☐ No
9c. Período de espera del empleador. El grupo puede elegir una de las siguientes opciones. La cobertura de los empleados elegibles empezará después de la finalización del período de espera en el día especificado. ☐ La cobertura empieza el primer día del mes siguiente a la fecha de contratación (si la contratación ocurre el primer día del mes, la cobertura empezará el primer día del mes siguiente) ☐ La cobertura empieza el primer día del mes después de transcurridos 30 días desde la fecha de contratación ☐ La cobertura empieza el primer día del mes después de transcurridos 60 días desde la fecha de contratación ☐ La cobertura empieza el día 91 después de la fecha de contratación (es posible que a un grupo se le facture de manera parcial si elige el período de espera de 91 días)		
9d. ¿El grupo tiene planeado ofrecerles cobertura a los empleados que actualmente se encuentran en el período de espera del empleador según la fecha de comienzo original del contrato del grupo (es decir, una exención única del período de espera del empleador)?	☐ Sí	☐ No

9	9e. ¿Cuántos empleados aún no elegibles para inscribirse se encuentran actualmente en el período de espera del grupo?		
	9f. ¿Se les ofrece cobertura de salud a todos los empleados de tiempo completo elegibles?	☐ Sí	☐ No
	9g. Si la respuesta al punto 9f es "No", indique la clase o el grupo específicos a los que se les ofrece cobertura.		
	9h. ¿Todos los empleados de tiempo completo elegibles a los que se les ofrece cobertura trabajan de forma activa un promedio de 30 horas por semana?	☐ Sí	☐ No
	9i. ¿El grupo les ofrecerá cobertura a los empleados permanentes que trabajan al menos 20 horas, pero no más de 29 horas por semana?	☐ Sí	☐ No
	9j. ¿Hay empleados fuera del estado?	☐ Sí	☐ No
	9k. Si la respuesta es "Sí", ¿cuántos empleados de tiempo completo y equivalentes de tiempo completo están fuera del estado?		
	9l. ¿Cómo se hará la inscripción continua?	Elija una opción: ☐ Blue Shield en línea EC+ ☐ Papel	

Sección 3. Información sobre la cobertura continuada de COBRA/Cal-COBRA (todos los campos son obligatorios).

10	Nota: Conteste "Sí" únicamente a la pregunta 10a. (Cal-COBRA) o 10b. (COBRA federal).	
10a. ¿El grupo está sujeto actualmente a Cal-COBRA? (Contrató entre 2 y 19 empleados elegibles durante al menos el 50% de los días hábiles en el año civil anterior; o bien, si no estuvo en actividad durante alguna parte del año civil anterior, durante el trimestre civil anterior).	☐ Sí	☐ No
10b. ¿El grupo está sujeto actualmente a COBRA federal? (Contrató 20 empleados o más en total durante al menos el 50% de los días hábiles en el año civil anterior).	☐ Sí	☐ No
10c. ¿Cuántos inscritos hay en Cal-COBRA actualmente?		
10d. ¿Cuántos empleados y/o familiares se encuentran en un período de elección de Cal-COBRA?		
10e. ¿Cuántos inscritos hay en COBRA actualmente?		
10f. ¿Cuántos empleados y/o familiares se encuentran en un período de elección de COBRA?		
10g. ¿Se adjuntan los formularios de inscripción para todos los participantes de COBRA o Cal-COBRA que se inscribirán?	☐ Sí	☐ No

Sección 4a. Selección del plan de salud. En el caso de los grupos con uno o más empleados que se inscribirán, el grupo puede elegir planes de las opciones de paquetes Off-Exchange o Mirror, pero no de ambas. Los paquetes de planes no se pueden combinar.

- 11 Blue Shield of California Off-Exchange Package for Small Business.** El Blue Shield of California Off-Exchange Package es el único paquete que puede ofrecerse junto con el plan HMO de otra aseguradora. En el caso de los grupos que ofrezcan Blue Shield of California y tengan uno o más empleados que se inscribirán, el grupo puede elegir entre uno y 48 planes.

Planes PPO: Los planes Full PPO y los planes HDHP compatibles con las HSA comparten la red de proveedores de Blue Shield completa. Los planes Tandem PPO tienen una red de proveedores de Blue Shield selecta. Usted puede elegir cualquier combinación de planes de la red Full PPO y de la red Tandem PPO.

Elija hasta el total de 32 planes de la red Full PPO (incluidos los planes HDHP) y de la red Tandem PPO.

☐ Elija todos los planes PPO **O** elija individualmente los planes que el grupo desearía ofrecerles a todos los empleados actuales y futuros:

Planes PPO: Red Full PPO

- ☐ Platinum Full PPO 0/0 OffEx
☐ Platinum Full PPO 0/10 OffEx
☐ Platinum Full PPO 250/15 OffEx
☐ Gold Full PPO 0/20 OffEx
☐ Gold Full PPO 500/30 OffEx
☐ Gold Full PPO 750/30 OffEx
☐ Gold Full PPO 1200/35 OffEx
☐ Silver Full PPO 1800/55 OffEx
☐ Silver Full PPO 2300/45 OffEx
☐ Bronze Full PPO 5000/70 OffEx
☐ Bronze Full PPO 6850/65 OffEx
☐ Bronze Full PPO 6500/50 OffEx

Planes HDHP compatibles con HSA: Red Full PPO

- ☐ Silver Full PPO Savings 2000/25% OffEx
☐ Silver Full PPO Savings 2500/35% OffEx
☐ Bronze Full PPO Savings 5300/40% OffEx
☐ Bronze Full PPO Savings 6900 OffEx

Planes HDHP compatibles con HSA: Red Tandem PPO

- ☐ Silver Tandem PPO Savings 2000/25% Off/Ex
☐ Silver Tandem PPO Savings 2500/35% OffEx
☐ Bronze Tandem PPO Savings 5300/40% OffEx
☐ Bronze Tandem PPO Savings 6900 OffEx

Planes Tandem PPO: Red Tandem PPO

- ☐ Platinum Tandem PPO 0/0 OffEx
☐ Platinum Tandem PPO 0/10 OffEx
☐ Platinum Tandem PPO 250/15 OffEx
☐ Gold Tandem PPO 0/20 OffEx
☐ Gold Tandem PPO 500/30 OffEx
☐ Gold Tandem PPO 750/30 OffEx
☐ Gold Tandem PPO 1200/35 OffEx
☐ Silver Tandem PPO 1800/55 OffEx
☐ Silver Tandem PPO 2300/45 OffEx
☐ Bronze Tandem PPO 5000/70 OffEx
☐ Bronze Tandem PPO 6500/50 OffEx
☐ Bronze Tandem PPO 6850/65 OffEx

Si se elige HealthEquity, Blue Shield comparte información relacionada con la elegibilidad y las reclamaciones para brindar una experiencia sin interrupciones.

☐ Sí, ofreceremos HealthEquity como administrador de HSA. Si no elige "Sí", debe trabajar directamente con su propio administrador de HSA.

Planes HMO: Los planes Access+ HMO, Local Access+ HMO y Trio HMO tienen redes de proveedores distintas. Local Access+ y Trio son redes selectas, y Access+ es una red completa. Es posible que las redes Access+ y Local Access+ no se ofrezcan juntas.

Elija hasta 16 planes de la red Access+ HMO y de la red Trio ACO HMO, o elija hasta 16 planes de la red Local Access+ HMO y de la red Trio ACO HMO.

☐ Elija todos los planes Trio HMO y Local Access+ HMO, **O**

☐ Elija todos los planes Trio HMO y Access+ HMO, **O**

☐ Elija planes individuales Trio HMO/Access+ HMO o Trio/Local Access+ HMO 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® 0/30 OffEx
☐ Gold Access+ HMO® 500/35 OffEx
☐ Gold Access+ HMO® 1000/35 OffEx
☐ Gold Access+ HMO® 1500/35 OffEx
☐ Silver Access+ HMO® 2350/65 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 0/30 OffEx
☐ Gold Trio HMO 500/35 OffEx
☐ Gold Trio HMO 1000/35 OffEx
☐ Gold Trio HMO 1500/35 OffEx
☐ Silver Trio HMO 2350/65 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® 0/30 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® 2350/65 OffEx

Blue Shield of California Mirror Package for Small Business

Los planes de paquetes Mirror no se pueden ofrecer junto con nuestro paquete de planes Off-Exchange ni junto con los planes de ninguna otra aseguradora. Los planes de estos paquetes "reflejan" los planes estandarizados que se ofrecen a través de Covered California. Los grupos que tienen uno o más empleados que se inscribirán y que eligen este paquete pueden elegir la cantidad de planes que deseen entre las opciones que siguen.

Cada grupo tiene la opción de elegir un plan HMO que usa la red de proveedores Trio ACO HMO junto con un plan PPO que usa la red Full PPO.

Planes Platinum Mirror

- ☐ Blue Shield Trio Platinum 90 HMO 0/15 + Child Dental
☐ Blue Shield Platinum 90 PPO 0/15 + Child Dental

Planes Gold Mirror

- ☐ Blue Shield Trio Gold 80 HMO 250/25 + Child Dental
☐ Blue Shield Gold 80 PPO 250/25 + Child Dental

Planes Silver Mirror

- ☐ Blue Shield Trio Silver 70 HMO 2250/50 + Child Dental
☐ Blue Shield Silver 70 PPO 2250/50 + Child Dental

Planes Bronze Mirror

- ☐ Blue Shield Bronze 60 PPO 6300/65 + Child Dental

11a. Nota: Los formularios de Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) están disponibles para todos los planes de salud. Estos formularios brindan un resumen de la cobertura y los beneficios para todos los planes de manera uniforme. Inicie sesión en **blueshieldca.com/sbc** para revisar los formularios SBC de cualquier plan antes de enviar una solicitud. Una vez que se haya aprobado la solicitud de cobertura del grupo, descargue el o los formularios SBC de los planes de beneficios específicos para su grupo en **bscadocs.com/sbc** a fin de distribuirlos a los empleados.

11b. Indique aquí la cantidad de la contribución del empleador al plan médico:

Para los empleados _____% o \$ _____ Para los dependientes _____% o \$ _____

El empleador debe aportar (1) un mínimo equivalente al 50% de las tarifas totales del empleado o bien (2) una contribución definida de un mínimo de \$100 por empleado (o el costo de las tarifas totales del empleado, el valor que sea menor). Si el empleador paga el 100% de la prima del empleado, todos los empleados elegibles deben inscribirse en la cobertura.

11c. Beneficio opcional. Se puede ofrecer una cláusula de beneficios por esterilidad con los paquetes Blue Shield of California Off-Exchange Package for Small Business o Blue Shield of California Mirror Package for Small Business. Si se elige, se agregará a todos los planes médicos (PPO y HMO).

☐ Cláusula de beneficios por esterilidad

Sección 4b. Beneficios especializados: selección de planes dentales,* de la vista* y de seguro de vida*

11 Sección SB1: Beneficios dentales

Opciones de planes dentales. El grupo puede ofrecer la cobertura dental de Blue Shield con o sin un plan médico.

☐ Si agrega por primera vez la cobertura dental a su paquete de beneficios para pequeñas empresas de Blue Shield actual, marque esta casilla si todos los empleados y dependientes actualmente inscritos eligen esta cobertura; serán inscritos automáticamente y no será necesario presentar ningún formulario. De lo contrario, presente un formulario de inscripción, de rechazo de cobertura o de solicitud de cambio para suscriptores para todos los empleados y dependientes elegibles que elijan la cobertura dental.

El grupo puede elegir una de las opciones de planes que siguen.

☐ **Opción de plan Single Dental**

☐ **Opción de plan Dual Choice Dental.** Elija dos planes de las opciones que siguen.

☐ **Opción de plan Triple Choice Dental.** Está disponible con o sin un plan médico de Blue Shield. Elija tres planes de las opciones que siguen, en una de las siguientes combinaciones:

☐ 2 planes Dental HMO y 1 plan Dental PPO

☐ 3 planes Dental HMO

La siguiente opción de planes Triple Choice Dental solo está disponible cuando se compra con un plan médico de Blue Shield:

☐ 2 planes Dental PPO y 1 plan Dental HMO (los dos planes Dental PPO deben tener el mismo beneficio de ortodoncia).

Planes Dental HMO

☐ DHMO Basic

☐ DHMO Standard

☐ DHMO Plus

☐ DHMO Deluxe

☐ DHMO Voluntary

Planes Dental PPO

☐ SmileSM Value 50/1500/No Ortho/MAC/NR

☐ SmileSM 50/1500/No Ortho/MAC/NR

☐ SmileSM Plus 50/1500/Ortho/MAC/NR

☐ SmileSM Basic 75/1000/No Ortho/MAC/NR

☐ SmileSM Basic 50/1000/No Ortho/MAC

☐ SmileSM Basic 50/1000/Ortho/U85

☐ SmileSM Plus 50/1500/No Ortho/MAC

☐ SmileSM Plus 50/1500/No Ortho/MAC/WP*

☐ SmileSM Deluxe 50/1500/Ortho/MAC/NR

☐ SmileSM Deluxe 2000 50/2000/No Ortho/MAC/NR

☐ SmileSM Deluxe Plus 2000 50/2000/Ortho/MAC/NR

☐ SmileSM Deluxe Gold 50/1500/Ortho/U85/NR

☐ SmileSM Plus Gold 50/1500/Ortho/U85/NR

☐ SmileSM Plus Gold 50/1500/Ortho/U80

☐ SmileSM Plus Gold 50/1500/No Ortho/U80

☐ SmileSM Plus Gold 50/1500/Ortho/U80/ADV

☐ SmileSM Plus Gold 50/1500/Ortho/U90/ADV

☐ SmileSM Plus Gold 50/1500/No Ortho/U90/ADV

☐ SmileSM Plus Gold 50/2500/Ortho/U90/ADV

☐ SmileSM Plus Gold 50/2500/No Ortho/U90/ADV

☐ Ultimate Dental PPO for Small Business 50/2000/MAC/NR

☐ Ultimate Dental Plus PPO for Small Business 50/2000/MAC/NR

☐ Ultimate Dental PPO for Small Business 50/2000/No Ortho/U80

☐ Ultimate Dental PPO for Small Business 50/2000/Lifetime Ortho/U90

☐ Ultimate Dental PPO for Small Business 50/2000/No Ortho/U90

Planes Dental PPO voluntarios*

☐ SmileSM Basic Voluntary 75/1000/No Ortho/MAC/NR

☐ SmileSM Basic Voluntary 50/1000/No Ortho/MAC

☐ SmileSM Basic Voluntary 50/1500/Ortho/U80

☐ SmileSM Basic Voluntary 50/1000/No Ortho/U80 (sin espera)[†]

Indique aquí la cantidad de la contribución del empleador al plan dental:

En el caso de la cobertura dental, el empleador debe aportar, como mínimo, el 50% de la prima del empleado (salvo para los planes voluntarios). Si el empleador paga el 100%, todos los empleados elegibles deben inscribirse.

Para los empleados _____% o \$ _____. Para los dependientes _____% o \$ _____.

* Los planes dentales voluntarios exigen la inscripción de un (1) empleado elegible como mínimo.

† Para este plan voluntario, no hay períodos de espera ni es necesario presentar una prueba de cobertura anterior.

ADV significa Advantage, y los miembros de planes con incentivos deben usar proveedores de INN. NR significa que el saldo no se acumula (por las siglas en inglés de "No Rollover").

11 Sección SB2: Cobertura de la vista

Cobertura de la vista.* El grupo puede ofrecer la cobertura de la vista de Blue Shield con o sin un plan médico.

☐ Si agrega por primera vez la cobertura de la vista a su paquete de beneficios para pequeñas empresas de Blue Shield actual, marque esta casilla si todos los empleados y dependientes actualmente inscritos eligen esta cobertura; serán inscritos automáticamente y no será necesario presentar ningún formulario. De lo contrario, presente un formulario de inscripción, de rechazo de cobertura o de solicitud de cambio para suscriptores para todos los empleados y dependientes elegibles que elijan la cobertura de la vista.

El grupo puede elegir una de las opciones de planes que siguen.

Ultimate Vision for Small Business (12-12-12)

- ☐ Ultimate Vision Plus 0/0/150/120
- ☐ Ultimate Vision 0/0/150
- ☐ Ultimate Vision Plus 10/25/150/120
- ☐ Ultimate Vision 10/25/150
- ☐ Ultimate Vision 0/0/120
- ☐ Ultimate Vision 10/25/120
- ☐ Ultimate Vision Voluntary 10/25/150[†]

Preferred Vision for Small Business (12-12-24)

- ☐ Preferred Vision Plus 0/0/150/120
- ☐ Preferred Vision 0/0/150
- ☐ Preferred Vision Plus 10/25/150/120
- ☐ Preferred Vision 10/25/150
- ☐ Preferred Vision 0/0/120
- ☐ Preferred Vision 10/25/120
- ☐ Preferred Vision Voluntary 10/25/120[†]

Basic Vision for Small Business (12-24-24)

- ☐ Basic Vision Plus 0/0/150/120
- ☐ Basic Vision 0/0/150
- ☐ Basic Vision Plus 10/25/150/120
- ☐ Basic Vision 10/25/150
- ☐ Basic Vision 0/0/120
- ☐ Basic Vision 10/25/120
- ☐ Basic Vision Voluntary 10/25/120[†]

Indique aquí la cantidad de la contribución del empleador al plan de la vista:

En el caso de la cobertura de la vista, 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.

Para los empleados _____% o \$ _____ Para los dependientes _____% o \$ _____

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

† Los planes de la vista voluntarios exigen la inscripción de un (1) empleado elegible como mínimo.

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

Seguro de vida grupal temporal.* Requiere un mínimo de dos empleados elegibles.

El grupo puede ofrecer la cobertura de seguro de vida grupal temporal y por AD&D de Blue Shield con o sin un plan médico.

☐ Si agrega por primera vez la cobertura de seguro de vida fija a su paquete de beneficios para pequeñas empresas de Blue Shield actual, marque esta casilla si todos los empleados actualmente inscritos eligen esta cobertura; serán inscritos automáticamente y no será necesario presentar ningún formulario (salvo para los planes escalonados o con un múltiplo del salario). De lo contrario, complete un formulario de inscripción, de rechazo de cobertura o de solicitud de cambio para suscriptores para todos los empleados elegibles. (El rechazo de cobertura está permitido solamente para los planes con contribución).

El grupo puede elegir una de las opciones de planes y cantidades de cobertura que siguen. Las cantidades de beneficios están disponibles en incrementos de \$5,000 entre las cantidades de beneficios designadas correspondientes a la emisión garantizada que se indican.

Cantidad del beneficio:

De 2 a 9 empleados elegibles: \$15,000, \$35,000 o \$50,000

De 10 a 24 empleados elegibles: \$15,000-\$100,000

De 25 a 50 empleados elegibles: \$15,000-\$150,000

De 51 a 100 empleados elegibles: \$15,000-\$150,000 o \$175,000 o \$200,000, \$250,000*, \$300,000*

* Las cantidades de beneficios de \$250,000 y \$300,000 solo están disponibles con un plan con múltiplo del salario y no para planes de cantidad fija.

☐ **Cantidad fija.** Todos los empleados cubiertos a la misma cantidad fija (hasta una cantidad de beneficio máxima). \$ _____

☐ **Múltiplo del salario.** Todos los empleados cubiertos para el mismo múltiplo del salario a una cantidad equivalente a 1 o 2 veces el salario anual (hasta la cantidad de beneficio máxima). Las cantidades de beneficio establecidas según el salario se redondean al siguiente valor de \$1,000 más alto. _____ veces el salario, hasta un máximo de \$ _____

☐ **Escalonado.** Los empleados están cubiertos según la clase (hasta 4), que se define con diferentes niveles de beneficios. La cantidad de beneficio para cada clase no debe superar 2.5 veces la cantidad de la siguiente clase más baja.

☐ 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 para dependientes.** Las cantidades de cobertura que se indican son por dependiente y solo están disponibles para los empleados que eligen el seguro de vida. El beneficio máximo para dependientes no puede ser superior al 50% del beneficio para el empleado. Los beneficios para niños de 14 días a 6 meses equivalen al 10% del beneficio total, y no hay cobertura para bebés desde el nacimiento hasta los 14 días. La cobertura del seguro por AD&D no está disponible para los dependientes.

(Elija una opción): ☐ \$1,000 ☐ \$2,000 ☐ \$3,000 ☐ \$4,000 ☐ \$5,000 ☐ \$7,500 ☐ \$10,000 ☐ \$20,000

Indique aquí la cantidad de la contribución del empleador al plan de seguro de vida grupal temporal:

En el caso de la cobertura de seguro de vida, el empleador debe aportar, como mínimo, el 25% de la prima total del empleado. Si el empleador paga el 100% (sin contribución), todos los empleados elegibles deben inscribirse.

Para los empleados _____% o \$ _____ Para los dependientes _____% o \$ _____

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

Sección 5. Distribución electrónica de la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) y de los avisos

12 El grupo es responsable de distribuir de manera inmediata los folletos *Evidencia de Cobertura* y otros avisos requeridos relacionados con la cobertura ("materiales requeridos") a los empleados cubiertos. Las versiones electrónicas de los materiales requeridos se envían por correo electrónico directamente al administrador del grupo. Para obtener versiones impresas de los materiales requeridos, comuníquese con nosotros al **(800) 559-5905**.

Autorización y firma (todos los campos son obligatorios).

- 13** Este documento es una solicitud de cobertura. El grupo entiende que no existirá un contrato de cobertura hasta que Blue Shield haya terminado su revisión y haya comunicado al solicitante o a su corredor de seguros que la solicitud ha sido aceptada y que se ha emitido 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. Al firmar más abajo, el grupo también entiende que si cometió fraude o tergiversó intencionalmente cualquier hecho fundamental en relación con esta solicitud dentro de los primeros 24 meses siguientes a la emisión de la cobertura, es posible que Blue Shield tome alguna de las siguientes determinaciones: que se cancele la cobertura, que se cambien las cuotas/primas correspondientes o que, previo aviso, se anule el contrato de servicios de salud.

Firma del representante autorizado del grupo

Fecha

Nombre del representante del grupo (en letra de imprenta)

Puesto del representante del grupo (en letra de imprenta)

Información del productor (debe completarla el productor o el agente general. Todos los campos son obligatorios).

14 Nombre de la agencia		N.º de identificación fiscal (para el pago de comisiones)	
Nombre del productor (agente que registró al grupo)		Número de licencia del California Department of Insurance (CDI, Departamento de Seguros de California) del productor	
Dirección electrónica del productor		N.º de teléfono del productor	
Persona de contacto del productor		Dirección electrónica de la persona de contacto del productor	
Dirección del productor (no se aceptan casillas postales)			
Ciudad		Estado	Código postal
¿Es comisión compartida? ☐ Sí ☐ No	Si la respuesta es "Sí", especifique los porcentajes Productor n.º 1 _____ % Productor n.º 2 _____ %		Nombre del productor de la segunda compañía aseguradora
			N.º de identificación fiscal del productor de la segunda compañía aseguradora
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	
Fecha de hoy (obligatoria)	Firma del productor (obligatoria)	Nombre del productor en letra de imprenta (obligatorio)	
_____	X _____	_____	

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

Datos que serán completados a nivel interno por Blue Shield

Ejecutivo de cuentas de Blue Shield	N.º de teléfono
Gerente de cuentas de Blue Shield	N.º de teléfono
Asistente de ventas de Blue Shield	N.º de teléfono

Blue Shield of California

Aviso de información sobre los requisitos de no discriminación y accesibilidad

La discriminación es contra la ley

Blue Shield of California cumple con las leyes federales de derechos civiles y las leyes estatales aplicables y no discrimina a las personas por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad. Blue Shield of California no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California:

- Da ayuda y servicios gratis a personas con discapacidades para que se comuniquen bien con nosotros; por ejemplo:
 - Intérpretes calificados en lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (incluso letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Da servicios de idiomas gratis a personas cuyo primer idioma no es el inglés; por ejemplo:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita alguno de estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Blue Shield of California.

Si cree que Blue Shield of California no le ha dado estos servicios o que lo ha discriminado de otra manera, ya sea por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede hacer un reclamo en:

Blue Shield of California
Civil Rights Coordinator
P.O. Box 629007
El Dorado Hills, CA 95762-9007

Teléfono: (844) 831-4133 (TTY: 711)

Fax: (844) 696-6070

Correo electrónico: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

Puede hacer el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacer un reclamo, nuestro Coordinador de Derechos Civiles está a su disposición. También puede hacer una queja de derechos civiles en la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos) de manera electrónica mediante el portal de quejas de dicha oficina, que está disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW.
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
(800) 368-1019; TTY: (800) 537-7697

Los formularios de quejas están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Notice of the Availability of Language Assistance Services

Blue Shield of California

IMPORTANT: Can you read this letter? If not, we can have somebody help you read it. You may also be able to get this letter written in your language. For help at no cost, please call right away at the Member/Customer Service telephone number on the back of your Blue Shield ID card, or (866) 346-7198.

IMPORTANTE: ¿Puede leer esta carta? Si no, podemos hacer que alguien le ayude a leerla. También puede recibir esta carta en su idioma. Para ayuda sin cargo, por favor llame inmediatamente al teléfono de Servicios al miembro/cliente que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación de Blue Shield o al (866) 346-7198. (Spanish)

重要通知： 您能讀懂這封信嗎？如果不能，我們可以請人幫您閱讀。這封信也可以用您所講的語言書寫。如需免費幫助，請立即撥打登列在您的Blue Shield ID卡背面上的會員/客戶服務部的電話，或者撥打電話 (866) 346-7198。(Chinese)

QUAN TRỌNG: Quý vị có thể đọc lá thư này không? Nếu không, chúng tôi có thể nhờ người giúp quý vị đọc thư. Quý vị cũng có thể nhận lá thư này được viết bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được hỗ trợ miễn phí, vui lòng gọi ngay đến Ban Dịch vụ Hội viên/Khách hàng theo số ở mặt sau thẻ ID Blue Shield của quý vị hoặc theo số (866) 346-7198. (Vietnamese)

MAHALAGA: Nababasa mo ba ang sulat na ito? Kung hindi, maari kaming kumuha ng isang tao upang matulungan ka upang mabasa ito. Maari ka ring makakuha ng sulat na ito na nakasulat sa iyong wika. Para sa libreng tulong, mangyaring tumawag kaagad sa numerong telepono ng Miyembro/Customer Service sa likod ng iyong Blue Shield ID kard, o (866) 346-7198. (Tagalog)

Baa' ákohwiindzindooígí: Díí naaltsoosish yíiníłta'go bíníghah? Doo bíníghahgóó éí, naaltsoos nich'í' yíidóoltahígíí ła' nihee hółó. Díí naaltsoos áldó' t'áá Diné k'ehjí ádoólnííł nínízingo bíghah. Doo ɓaah ílínígó shíká' adoowoł nínízingó nihich'í' béésh bee hodíłnih dóó námboo éí díí Blue Shield bee néího'díłzinígí bine'dée' bikáá' éí doodagó éí (866) 346-7198 jì' hodíłnih. (Navajo)

중요: 이 서신을 읽을 수 있으세요? 읽으실 수 경우, 도움을 드릴 수 있는 사람이 있습니다. 또한 다른 언어로 작성된 이 서신을 받으실 수도 있습니다. 무료로 도움을 받으시려면 Blue Shield ID 카드 뒷면의 회원/고객 서비스 전화번호 또는 (866) 346-7198로 지금 전환하세요. (Korean)

ԿԱՐԵՎՈՐ Է. Կարողանում ե՞ք կարդալ այս նամակը: Եթե ոչ, ապա մենք կօգնենք ձեզ: Դուք պետք է նաև կարողանաք ստանալ այս նամակը ձեր լեզվով: Ծառայությունն անվճար է: Խնդրում ենք անմիջապես զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժնի հեռախոսահամարով, որը նշված է ձեր Blue Shield ID քարտի ետևի մասում, կամ (866) 346-7198 համարով: (Armenian)

ВАЖНО: Не можете прочесть данное письмо? Мы поможем вам, если необходимо. Вы также можете получить это письмо написанное на вашем родном языке. Позвоните в Службу клиентской/членской поддержки прямо сейчас по телефону, указанному сзади идентификационной карты Blue Shield, или по телефону (866) 346-7198, и вам помогут совершенно бесплатно. (Russian)

重要： お客様は、この手紙を読むことができますか？もし読むことができない場合、弊社が、お客様をサポートする人物を手配いたします。また、お客様の母国語で書かれた手紙をお送りすることも可能です。無料のサポートを希望される場合は、Blue Shield IDカードの裏面に記載されている会員/お客様サービスの電話番号、または、(866) 346-7198にお電話をおかけください。 (Japanese)

مهم: آیا می‌توانید این نامه را بخوانید؟ اگر پاسختان منفی است، می‌توانیم کسی را برای کمک به شما در اختیاراتان قرار دهیم. حتی می‌توانید نسخه مکتوب این نامه را به زبان خودتان دریافت کنید. برای دریافت کمک رایگان، لطفاً بدون فوت وقت از طریق شماره تلفنی که در پشت کارت شناسایی Blue Shield تان درج شده است و یا از طریق شماره تلفن (866) 346-7198 با خدمات اعضا/مشتری تماس بگیرید. (Persian)

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ: ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਪੱਤਰ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਸਕਦੇ ਹੋ? ਜੇ ਨਹੀਂ ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹਨ ਵਿਚ ਮਦਦ ਲਈ ਅਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਪੱਤਰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਲਿਖਿਆ ਹੋਇਆ ਵੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮੁਫਤ ਵਿਚ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ Blue Shield ID ਕਾਰਡ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਦਿੱਤੇ ਮੈਂਬਰ/ਕਸਟਮਰ ਸਰਵਿਸ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ ਤੇ, ਜਾਂ (866) 346-7198 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (Punjabi)

ប្រការសំខាន់៖ តើអ្នកអាចលិខិតនេះ បានដែរឬទេ? បើមិនអាចទេ យើងអាចឲ្យគេជួយអ្នកក្នុងការអានលិខិតនេះ។ អ្នកក៏អាចទទួលបានលិខិតនេះជាភាសារបស់អ្នកផងដែរ។ សម្រាប់ជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរស័ព្ទភ្លាមៗទៅកាន់លេខទូរស័ព្ទសេវាសមាជិក/អតិថិជនដែលមាននៅលើខ្នងប័ណ្ណសម្គាល់ Blue Shield របស់អ្នក ឬតាមរយៈលេខ (866) 346-7198។ (Khmer)

المهم: هل تستطيع قراءة هذا الخطاب؟ أن لم تستطع قراءته، يمكننا إحضار شخص ما ليساعدك في قراءته. قد تحتاج أيضاً إلى الحصول على هذا الخطاب مكتوباً بلغتك. للحصول على المساعدة بدون تكلفة، يرجى الاتصال الآن على رقم هاتف خدمة العملاء/أحد الأعضاء المدون على الجانب الخلفي من بطاقة الهوية Blue Shield أو على الرقم (866) 346-7198. (Arabic)

TSEEM CEEB: Koj pos tuaj yeem nyeem tau tsab ntawv no? Yog hais tias nyeem tsis tau, peb tuaj yeem nrhiav ib tug neeg los pab nyeem nws rau koj. Tej zaum koj kuj yuav tau txais muab tsab ntawv no sau ua koj hom lus. Rau kev pab txhais dawb, thov hu kias rau tus xov tooj Kev Pab Cuam Tub Koom Xeeb/Tub Lag Luam uas nyob rau sab nraum nrob qaum ntawm koj daim npav Blue Shield ID, los yog hu rau tus xov tooj (866) 346-7198. (Hmong)

สำคัญ: คุณอ่านจดหมายฉบับนี้ได้หรือไม่ หากไม่ได้ โปรดขอความช่วยเหลือจากผู้อ่านได้
คุณอาจได้รับจดหมายฉบับนี้เป็นภาษาของคุณ หากต้องการความช่วยเหลือโดยไม่มีค่าใช้จ่าย
โปรดติดต่อฝ่ายบริการลูกค้า/สมาชิกทางเบอร์โทรศัพท์ในบัตรประจำตัว Blue Shield ของคุณ หรือโทร
(866) 346-7198 (Thai)

महत्वपूर्ण: क्या आप इस पत्र को पढ़ सकते हैं? यदि नहीं, तो हम इसे पढ़ने में आपकी मदद के लिए किसी व्यक्ति का प्रबंध कर सकते हैं। आप इस पत्र को अपनी भाषा में भी प्राप्त कर सकते हैं। निःशुल्क मदद प्राप्त करने के लिए अपने Blue Shield ID कार्ड के पीछे दिए गये मँबर/कस्टमर सर्विस टेलीफोन नंबर, या (866) 346-7198 पर कॉल करें। (Hindi)

ສິ່ງສຳຄັນ: ທ່ານສາມາດອ່ານຈົດໝາຍນີ້ໄດ້ບໍ່? ຖ້າອ່ານບໍ່ໄດ້, ພວກເຮົາສາມາດໃຫ້ບາງຄົນຊ່ວຍອ່ານໃຫ້ທ່ານຟັງໄດ້.
ທ່ານຍັງສາມາດຂໍໃຫ້ແປຈົດໝາຍນີ້ເປັນພາສາຂອງທ່ານໄດ້. ສຳລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແບບບໍ່ເສຍຄ່າ, ກະລຸນາ
ໂທຫາເບີໂທຂອງຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ/ລູກຄ້າໃນທັນທີເບີໂທລະສັບຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດສະມາຊິກ Blue Shield ຂອງທ່ານ,
ຫຼືໂທໄປຫາເບີ(866) 346-7198. (Laotian)

Notice of the Availability of Language Assistance Services

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-866-346-7198. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. English

Servicios de idiomas sin costo. Puede obtener un intérprete. Le pueden leer documentos y que le envíen algunos en español. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación o al 1-866-346-7198. Para obtener más ayuda, llame al Departamento de Seguros de CA al 1-800-927-4357. Spanish

免費語言服務。 您可獲得口譯員服務。可以用中文把文件唸給您聽，有些文件有中文的版本，也可以把這些文件寄給您。欲取得協助，請致電您的保險卡所列的電話號碼，或撥打 1-866-346-7198 與我們聯絡。欲取得其他協助，請致電 1-800-927-4357 與加州保險部聯絡。Chinese

Các Dịch Vụ Trợ Giúp Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể được nhận dịch vụ thông dịch. Quý vị có thể được người khác đọc giúp các tài liệu và nhận một số tài liệu bằng tiếng Việt. Để được giúp đỡ, hãy gọi cho chúng tôi tại số điện thoại ghi trên thẻ hội viên của quý vị hoặc 1-866-346-7198. Để được trợ giúp thêm, xin gọi Sở Bảo Hiểm California tại số 1-800-927-4357. Vietnamese

무료 통역 서비스. 귀하는 한국어 통역 서비스를 받으실 수 있으며 한국어로 서류를 낭독해주는 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하신 분은 귀하의 ID 카드에 나와있는 안내 전화: 1-866-346-7198번으로 문의해 주십시오. 보다 자세한 사항을 문의하실 분은 캘리포니아 주 보험국, 안내 전화 1-800-927-4357번으로 연락해 주십시오. Korean

Walang Gastos na mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha ka ng interpreter o tagasalin at maipababasa mo sa Tagalog ang mga dokumento. Para makakuha ng tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card o sa 1-866-346-7198. Para sa karagdagang tulong, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357 Tagalog

Անվճար Լեզվական Ծառայություններ: Դուք կարող եք թարգման ձեռք բերել և փաստաթղթերը ընթերցել տալ ձեզ համար հայերեն լեզվով: Օգնության համար մեզ զանգահարեք ձեր ինքնության (ID) տոմսի վրա նշված կամ 1-866-346-7198 համարով: Լրացուցիչ օգնության համար 1-800-927-4357 համարով զանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրության Բաժանմունք: Armenian

Бесплатные услуги перевода. Вы можете воспользоваться услугами переводчика, и ваши документы прочтут для вас на русском языке. Если вам требуется помощь, звоните нам по номеру, указанному на вашей идентификационной карте, или 1-866-346-7198. Если вам требуется дополнительная помощь, звоните в Департамент страхования штата Калифорния (Department of Insurance), по телефону 1-800-927-4357. Russian

無料の言語サービス 日本語で通訳をご提供し、書類をお読みします。サービスをご希望の方は、IDカード記載の番号または1-866-346-7198までお問い合わせください。更なるお問い合わせは、カリフォルニア州保険庁、1-800-927-4357までご連絡ください。Japanese

خدمات مجانی مربوط به زبان. میتوانید از خدمات یک مترجم شفاهی استفاده کنید و بگوئید مدارک به زبان فارسی برایتان خوانده شوند. برای دریافت کمک، با ما از طریق شماره تلفنی که روی کارت شناسائی شما قید شده است و یا این شماره 1-866-346-7198 تماس بگیرید. برای دریافت کمک بیشتر، به CA Dept. of Insurance (اداره بیمه کالیفرنیا) به شماره 1-800-927-4357 تلفن کنید. Persian

ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ: ਤੁਸੀਂ ਦੁਬਾਰੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਸੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕੁਝ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਭੇਜੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਆਈਡੀ (ID) ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਜਾਂ 1-866-346-7198 'ਤੇ 'ਸਾਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਵਧੇਰੇ ਮਦਦ ਲਈ ਕੈਲੀਫ਼ੋਰਨੀਆ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ਼ ਇਨਸੂਰੈਂਸ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। Punjabi

សេវាកម្មភាសាភូតិកផ្នែក៖ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែភាសា និងអានឯកសារជូនអ្នកជា ភាសាខ្មែរ ។ សម្រាប់ជំនួយសូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខដែលមានបង្ហាញលើប័ណ្ណសំគាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬលេខ 1-866-346-7198 ។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែមទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា តាមលេខ 1-800-927-4357 Khmer

خدمات ترجمة بدون تكلفة. يمكنك الحصول علي مترجم و قراءة الوثائق لك باللغة العربية. للحصول علي المساعدة، اتصل بنا علي الرقم المبين علي بطاقة عضويتك أو علي الرقم 1-866-346-7198. للحصول علي المزيد من المعلومات، اتصل بإدارة التأمين لولاية كاليفورنيا علي الرقم 1-800-927-4357. Arabic

Cov Kev Pab Txhais Lus Tsis Them Nqi. Koj yuav thov tau kom muaj neeg los txhais lus rau koj thiab kom neeg nyeem cov ntawv ua lus Hmoob. Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj nyob hauv koj daim yuaj ID los sis 1-866-346-7198. Yog xav tau kev pab ntxiv hu rau CA lub Caj Meem Fai Muab Kev Tuav Pov Hwm ntawm 1-800-927-4357 Hmong

บริการทางภาษาอย่างไม่เสียค่าใช้จ่าย คุณสามารถรับบริการจากสาม รวมถึงให้เจ้าหน้าที่อ่านเอกสารให้คุณฟัง หรือส่งเอกสารบางส่วนในภาษาของคุณไปหาคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ กรุณาโทรศัพท์ตามหมายเลขที่ระบุอยู่ด้านหลังบัตรประจำตัวของคุณ หรือ ที่หมายเลข 1-866-346-7198 หากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม โปรดโทรมาที่ กรมการประกันภัยแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนียที่หมายเลข 1-800-927-4357 Thai

निःशुल्क भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषिया की सेवा प्राप्त कर सकते हैं। आप दस्तावेजों को पढ़वा के सुन सकते हैं और कुछ को अपनी भाषा में स्वयं को भिजवा सकते हैं। सहायता के लिए, अपने ID कार्ड पर दिए गए नंबर पर, या 1-866-346-7198 पर हमें फ़ोन करें। अधिक सहायता के लिए कैलीफोर्निया बीमा विभाग (CA Dept. of Insurance) को 1-800-927-4357 पर फ़ोन करें। Hindi

Doo bááh ílínígó saad bee yát'i' bee aná'áwo'. Díí shá ata'halne'dooígí hólóqodoo nínízingo éí bííghah. Naaltsoos naanínáhájeehígí shich'í' yíidooltah éí doodagó ła' shich'í' ádoolnítí nínízingo bííghah. Shíká a'doowoł nínízingo nihich'í' béeesh bee hodílnih dóó námboo éí díí ninaaltsoos dootł'ízhígí bee néího'dílníngí bine'déé' bikáá' éí doodagó éí (866)346-7198jí' hodílnih. Hózhó shíká anáá'doowoł nínízingo éí díí béeso ách'ágh naa'nil bit haz'áají' 1-800-927-4357jí' hodílnih. Navajo

ບໍລິການແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ທ່ານສາມາດຂໍເອົາຜູ້ແປພາສາໄດ້. ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ອ່ານເອກະສານໃຫ້ທ່ານຟັງ ແລະ ສົ່ງເອກະສານບາງຢ່າງທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ໃຫ້ໂທຫາພວກເຮົາຕາມເບີໂທລະສັບທີ່ມີ ໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ໂທຫາເບີ 1-866-346-7198. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມໂທຫາ ພະແນກ ປະກັນໄພຂອງ ລັດຄາລິຟໍເນຍໄດ້ທີ່ເບີ 1-800-927-4357. Laotian