



Solicitud Grupal Principal para Pequeñas Empresas

Fecha de comienzo: 1 de julio de 2020

Blue Shield of California y

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

Fecha de comienzo de la cobertura solicitada: _____

Use este formulario si actualmente no tiene ninguna cobertura para empresas pequeñas de Blue Shield o si ya tiene una cobertura especializada y desea agregar cobertura médica. Escriba a máquina o en letra de imprenta clara con tinta negra.

1A INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre legal del grupo

N.º de identificación fiscal (TID) federal

Si corresponde, nombre comercial (DBA):

Clasificación industrial estándar (SIC) y descripción de la industria

Dirección principal de la empresa: número y calle (no ingresar casillas postales)*

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección de facturación (si es distinta de la anterior)

Ciudad

Estado

Código postal

* La dirección principal de la empresa es la dirección principal que está registrada en la Secretaría del Estado de California. Si la dirección principal de una empresa no está registrada en el estado, o si está registrada únicamente para recibir notificaciones legales y no es un lugar de trabajo significativo para las actividades comerciales del grupo, ingrese la dirección que tenga la empresa en el estado donde trabaja la mayor cantidad de empleados.

1B INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL GRUPO

Solo el contacto principal puede tener acceso a la información del grupo.

Contacto principal

Nombre

Puesto

Teléfono

Dirección electrónica

Contacto secundario

Nombre

Puesto

Teléfono

Dirección electrónica

☐ Marque esta casilla si desea registrar al contacto principal para que tenga acceso a la cuenta por Internet y pueda ver y/o manejar la cuenta del grupo.

Una vez que esté registrado, el contacto principal del grupo podrá delegar el acceso a la cuenta al productor del grupo o a otras personas de la empresa. Para hacer el registro o cambios en la cuenta, visite blueshieldca.com/employer.

1C TIPO DE ENTIDAD LEGAL

Elija un tipo de entidad legal:

☐ Soc. tipo S ☐ Soc. tipo C ☐ Soc. colectiva o en comandita (LP) ☐ Emp. unipersonal

☐ Soc. de responsabilidad limitada ☐ Sin fines de lucro

☐ Otro (especifique) _____

1D EMPRESAS AFILIADAS Y SUBSIDIARIAS

Al contar el número de empleados o de empleados elegibles para determinar si el grupo es un "empleador pequeño", las empresas que son empresas afiliadas y que son elegibles para presentar una declaración de impuestos conjunta para los impuestos estatales se consideran un solo empleador.

¿El grupo tiene empresas subsidiarias o afiliadas? ☐ Sí ☐ No

Nombres de las empresas subsidiarias o afiliadas	¿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

2A COBERTURA ANTERIOR Y ACTUAL

Si el grupo ha tenido o tiene actualmente cobertura médica, ¿quién fue/es la aseguradora más reciente? _____

¿El grupo tiene planeado ofrecer Blue Shield junto con otra aseguradora? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "Sí", indique el nombre de la aseguradora: _____ Cantidad de empleados inscritos: _____

2B CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA

Si el grupo está sujeto a la continuación de la cobertura, elija una de las siguientes opciones:

- ☐ **COBRA federal, O** 20 empleados o más en total contratados durante el 50% de los días hábiles en el año civil anterior
- ☐ **Cal-COBRA** 2 a 19 empleados elegibles contratados durante el 50% de los días hábiles en el año civil anterior; o si no estuvo en actividad durante el año civil anterior, durante el trimestre civil anterior

Brinde información abajo para todos los empleados de COBRA federal y/o Cal-COBRA:

	Cantidad de inscritos actuales	Cantidad de empleados y/o familiares en período de elección	¿Se enviaron formularios de inscripción para todos los participantes que se inscribirán?
COBRA federal			☐ Sí ☐ No
Cal-COBRA			☐ Sí ☐ No

3A CANTIDAD DE EMPLEADOS

Cantidad total de empleados: cuente todos los empleados de tiempo completo y de tiempo parcial, sin importar si son elegibles para la cobertura, incluidos los dueños y directivos que son empleados.	
Empleados elegibles* Cantidad total de empleados de tiempo completo elegibles	
☐ Sí ☐ No	¿El grupo ofrece cobertura a los empleados de tiempo parcial?
Si la respuesta es "Sí", _____ Cantidad total de empleados de tiempo parcial elegibles	

Cantidad total de empleados elegibles que se inscriben en la cobertura o la rechazan: la cantidad de empleados que se inscriben en la cobertura más la cantidad de empleados que la rechazan debe ser igual a la cantidad total de empleados elegibles indicada arriba.

SE INSCRIBEN EN LA COBERTURA	Cobertura médica _____	Cobertura dental _____	Cobertura de la vista _____	Cobertura del seguro de vida _____
RECHAZAN LA COBERTURA	Cobertura médica _____	Cobertura dental _____	Cobertura de la vista _____	Cobertura del seguro de vida _____

* **Empleado elegible:** se usa para determinar qué empleados son elegibles para inscribirse y seguir inscritos en la cobertura. Un empleado elegible es un empleado que:

- **(de tiempo completo)** es un empleado permanente que trabaja a tiempo completo en el desempeño de las actividades comerciales del empleador, cuyas tareas se hacen en los lugares habituales 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 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 compensación económica durante el 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 los socios 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 de trabajo en los lugares habituales de actividades comerciales del empleador, cuando el grupo cumple con todos los requisitos de elegibilidad del empleador pequeño.
- Los empleados elegibles no incluyen las personas que trabajan de manera temporal o como reemplazantes.

3B ELEGIBILIDAD DEL GRUPO

☐ Sí ☐ No	¿El grupo es una persona, una firma, una corporación propietaria o sin fines de lucro, una sociedad colectiva, una agencia pública, una asociación o una asociación garantizada?
☐ Sí ☐ No	¿El grupo se dedica activamente a actividades comerciales o de servicios, y el grupo no se formó principalmente con el fin de comprar cobertura de salud?
☐ Sí ☐ No	¿El grupo contrató entre 1 y 100 empleados durante al menos el 50% de los días hábiles en el trimestre civil anterior o en el año civil anterior (a menos que el grupo sea una empresa emergente [startup]), y la mayoría de ellos viven en el estado de California, y hay una relación de buena fe entre el empleado y el empleador?

Use el método para contar los empleados de tiempo completo (FTE, por sus siglas en inglés) y equivalentes de FTE que se describe en la Sección 4980H(c)(2) del Internal Revenue Code (Código de Impuestos Internos) para determinar si el grupo es un "empleador pequeño" según la Small Group Act (Ley de Grupos Pequeños). Un grupo debe tener entre 1 y 100 FTE, incluidos los equivalentes de FTE (sin incluir a los propietarios de empresas unipersonales, los socios de una sociedad colectiva, sus cónyuges o sus parejas domésticas legales), para 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 que corresponda, como los requisitos relacionados con la contribución y la participación.

Para calcular la cantidad de FTE y equivalentes de FTE:

- **FTE:** 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.
- **Equivalente de FTE:** este cálculo se usa para contar los empleados que tienen un promedio de menos de 30 horas de servicio por semana y que, en conjunto, se cuentan como el equivalente de un empleado de tiempo completo.
- **Método para calcular los empleados equivalentes de FTE:** 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. Si el resultado es una fracción, redondee hacia abajo.

Cantidad total actual de FTE y equivalentes de FTE _____	Si el resultado es >100, ¿el grupo contrató entre 1 y 100 empleados durante al menos el 50% de los días hábiles del grupo en el trimestre civil anterior o en el año civil anterior? _____
Cantidad total actual de FTE y equivalentes de FTE contratados fuera del estado _____	Si el resultado es >100, ¿el grupo contrató entre 1 y 100 empleados durante al menos el 50% de los días hábiles del grupo en el trimestre civil anterior o en el año civil anterior? _____

4 INFORMACIÓN ADICIONAL DEL GRUPO

☐ Sí ☐ No	¿Se les ofrece cobertura de salud a todos los empleados elegibles? (No se cuenta como empleados elegibles a los empleados que renuncien a la cobertura porque tienen cobertura grupal a través de otro empleador).
☐ Sí ☐ No	¿Todos los empleados y sus dependientes que tendrán la cobertura del plan trabajan por contrato o viven en el área de servicio donde el plan brinda o de alguna otra manera coordina los servicios de salud?
☐ Sí ☐ No	¿Están todos los empleados cubiertos por la compensación por accidentes de trabajo según lo requiere la ley?
☐ Sí ☐ No	¿El grupo contrata tanto a empleados de una unión como a empleados que no pertenecen a una unión?
☐ Sí ☐ No	¿El grupo cancelará un acuerdo con una Organización Profesional de Empleadores (PEO, por sus siglas en inglés) y ha contratado a los empleados subcontratados anteriormente?
☐ Sí ☐ No	¿El grupo es una empresa <i>spin-off</i> (subempresa)?*
☐ Sí ☐ No	¿El grupo es una empresa emergente (<i>startup</i>)?†

* **Grupo de una empresa *spin-off* (subempresa):** empresa recién formada en la que la mayoría de los empleados de la nueva empresa han dejado una empresa establecida ("la empresa anterior") que había estado ofreciendo cobertura de Blue Shield a sus empleados. Al menos el 50% de los empleados del grupo de la empresa *spin-off* debe haber estado inscrito en Blue Shield a través de la empresa anterior. El nuevo grupo no debe tener la propiedad compartida con la empresa anterior. Comuníquese con su representante de ventas para obtener más información.

† **Grupo de una empresa emergente (*startup*):** ha estado en actividad y ha contratado al menos a un empleado elegible en relación de dependencia por menos de seis semanas, y cumple con todos los requisitos de un empleador pequeño.

5 PERÍODOS DE ORIENTACIÓN Y DE ESPERA DEL EMPLEADOR

Un empleador puede establecer un período de orientación (afiliación) de buena fe basado en el empleo para los empleados nuevos, que no supere los 30 días. Si el empleador establece un período de orientación, al completar un formulario de inscripción de un empleado nuevo, la "fecha de contratación" será el primer día después de que termine el período de orientación.

También se puede establecer 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.

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 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 que pasen 30 días desde la fecha de contratación.
☐	La cobertura empieza el primer día del mes después de que pasen 60 días desde la fecha de contratación.
☐	La cobertura empieza el día 91 después de la fecha de contratación (es posible que se le facture parcialmente al grupo si elige el período de espera de 91 días).
☐ Sí ☐ No	¿El grupo tiene planeado ofrecerles cobertura a los empleados que actualmente están en el período de espera del empleador según la fecha de comienzo original del contrato del grupo (es decir, no aplicar por única vez el período de espera del empleador)?

6 AVISOS Y DISTRIBUCIÓN ELECTRÓNICA DEL MATERIAL

- Los formularios llamados "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/policies 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 los formularios SBC de los planes de beneficios específicos para su grupo en bscadocs.com/sbc para distribuirlos a los empleados.
- 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**.

7A PLANES MÉDICOS

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

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

Blue Shield of California Off-Exchange Package for Small Business

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

- ☐ Elija TODOS los planes PPO, O
- ☐ Elija individualmente cualquier cantidad de los siguientes planes:

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 6500/50 OffEx
☐ Bronze Full PPO 6850/65 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

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. Las redes Access+ y Local Access+ no pueden ofrecerse juntas.

- ☐ Elija TODOS los planes Trio y Local Access+, O
- ☐ Elija TODOS los planes Trio y Access+, O
- ☐ Elija individualmente cualquier cantidad de los siguientes planes de Trio/Access+ o Trio/Local Access+:

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

- ☐ Elija TODOS los planes Trio HMO y Full PPO, O
- ☐ Elija individualmente cualquier cantidad de los siguientes planes de Trio HMO y/o 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

7B SELECCIONES ADICIONALES

Elija cualquier selección adicional, si corresponde.

☐ **Sí, HealthEquity**

Si seleccionó un plan HDHP, puede elegir HealthEquity para que administre su HSA. **Si elige HealthEquity, Blue Shield comparte información relacionada con la elegibilidad y las reclamaciones para brindar una experiencia sin interrupciones.** Si no selecciona HealthEquity, debe trabajar directamente con su propio administrador de HSA.

☐ **Sí, la cláusula adicional de beneficios por esterilidad**

Si selecciona esta opción, se agregará una cláusula de beneficios por esterilidad a todos los planes médicos de todo el grupo. Esta cláusula se puede ofrecer con un paquete de planes Off-Exchange o con un paquete de planes Mirror, HMO y PPO.

8A BENEFICIOS ESPECIALIZADOS: BENEFICIOS DENTALES

Elija una de las siguientes opciones de plan dental:

☐ **Opción de plan Single Dental:** elija UN plan de las opciones que están abajo (HMO o PPO), O

☐ **Opción de plan Dual Choice Dental:** elija DOS planes de las opciones que están abajo (cualquier combinación de HMO o PPO), O

☐ **Opción de plan Triple Choice Dental:** elija TRES planes de las opciones que están abajo, con una de estas combinaciones:

☐ 2 planes Dental HMO y 1 plan Dental PPO, O

☐ 3 planes Dental HMO, O

☐ 2 planes Dental PPO y 1 plan Dental HMO. Si elige esta opción, debe ofrecer los planes médicos de Blue Shield. Los 2 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)†

* Los planes dentales voluntarios requieren la inscripción de un empleado elegible.

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

Los planes con la abreviatura ADV (del inglés "advantage" [ventaja]) alientan a los miembros a usar proveedores de la red.

NR significa que el saldo no se acumula (por las siglas en inglés de "No Rollover").

8B BENEFICIOS ESPECIALIZADOS: BENEFICIOS DE LA VISTA*

Elija un plan de las siguientes opciones de planes:

Ultimate Vision for Small Business (12-12-12)	Preferred Vision for Small Business (12-12-24)	Basic Vision for Small Business (12-24-24)
☐ Ultimate Vision Plus 0/0/150/120	☐ Preferred Vision Plus 0/0/150/120	☐ Basic Vision Plus 0/0/150/120
☐ Ultimate Vision 0/0/150	☐ Preferred Vision 0/0/150	☐ Basic Vision 0/0/150
☐ Ultimate Vision Plus 10/25/150/120	☐ Preferred Vision Plus 10/25/150/120	☐ Basic Vision Plus 10/25/150/120
☐ 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	☐ Preferred Vision Voluntary 10/25/120	☐ Basic Vision Voluntary 10/25/120

Los planes de la vista voluntarios requieren la inscripción de un empleado elegible.

* Los planes de la vista están asegurados por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life).

8C BENEFICIOS ESPECIALIZADOS: SEGURO DE VIDA Y POR MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTALES (AD&D, por sus siglas en inglés)*

Elija el modelo de plan de seguro de vida y la cantidad de cobertura de las siguientes opciones:

- 1. Seleccione los planes:** elija una opción de plan para los empleados: con cantidad fija, con múltiplo del salario o escalonado. Determine si también quiere ofrecer un seguro de vida para dependientes. Si se ofrece un seguro de vida para dependientes, el grupo debe ofrecer también un seguro de vida y por AD&D para los empleados.
- 2. Brinde detalles de los beneficios:** use el "Cuadro de cantidades del beneficio" que está al final de esta sección para ver las cantidades disponibles para cada tipo de plan.

	1. Seleccione los planes	2. Brinde detalles de los beneficios	Descripción
Empleado	☐ Cantidad fija	Cantidad del beneficio: \$ _____	Todos los empleados tienen cobertura 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 tienen cobertura con el mismo múltiplo del salario por 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	Seleccione sus opciones en el "Cuadro de seguro de vida escalonado" que está más abajo.	Los empleados tienen cobertura según la clase (hasta cuatro), que se define con distintos niveles de beneficios. Las clases pueden ser con cantidad fija o múltiplo del salario, y esta opción puede variar para cada clase.
☐ Dependiente		Cantidad del beneficio: \$ _____	Está disponible únicamente para los empleados que seleccionen el seguro de vida y por AD&D. Los beneficios para niños de 14 días a seis meses de edad son equivalentes al 10% del beneficio total, y no hay cobertura para los bebés desde el nacimiento hasta los 14 días de edad. El seguro por AD&D no está disponible para los dependientes.

Cuadro de seguro de vida escalonado (use este cuadro únicamente si eligió un plan escalonado). Brinde una descripción de las clases y elija una opción de plan para cada clase (con cantidad fija o múltiplo del salario). Las opciones de plan pueden variar por clase. La cantidad del beneficio para cada clase no debe superar 2.5 veces la cantidad de la siguiente clase más baja.

Descripción de la clase		Cantidad fija	Múltiplo del salario	
Hasta cuatro clases		Indique la cantidad del beneficio	Seleccione el multiplicador del salario	Indique la cantidad máxima del beneficio
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	\$ _____

Cuadro de cantidades del beneficio (use este cuadro para ver la cantidad del beneficio o la cantidad máxima del beneficio para su tipo de plan).

Cantidad de empleados elegibles	Cantidad fija	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 vez o 2 veces el salario anual, hasta las cantidades máximas que siguen.	El beneficio del seguro de vida para dependientes no debe superar el 50% del beneficio para los empleados. El cónyuge o pareja doméstica y los hijos deben tener cobertura por la misma cantidad de beneficio.
2-9	\$15,000-\$35,000 o \$50,000	\$30,000 o \$50,000	\$1,000 o \$2,000 o \$3,000 o \$4,000 o \$5,000
10-24	\$15,000-\$100,000	\$50,000 o \$75,000 o \$100,000	
25-50	\$15,000-\$150,000	\$50,000 o \$75,000 o \$100,000 o \$125,000 o \$150,000	\$1,000 o \$2,000 o \$3,000 o \$4,000 o \$5,000 o \$7,500 o \$10,000 o \$20,000
51-100	\$15,000-\$150,000 o \$175,000 o \$200,000	\$50,000 o \$75,000 o \$100,000 o \$125,000 o \$150,000 o \$175,000, o \$200,000 o \$250,000 o \$300,000	

El seguro de vida y por AD&D para los empleados requiere la inscripción de dos empleados elegibles.

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

9 CONTRIBUCIONES DEL EMPLEADOR

¿Cuánto contribuirá el grupo para cada producto seleccionado?

Cobertura médica	Empleado:	_____ % o \$ _____	El empleador debe contribuir, como mínimo, (1) el 50% de la prima total del empleado o (2) una contribución definida de \$100 por empleado (o el costo de las primas 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.
	Dependiente:	_____ % o \$ _____	
Cobertura dental	Empleado:	_____ % o \$ _____	El empleador debe contribuir, como mínimo, el 50% de la prima total del empleado (excepto 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 contribuir, como mínimo, el 25% de la prima total del empleado (excepto para los planes voluntarios). Si el empleador paga el 100%, todos los empleados elegibles deben inscribirse en la cobertura.
	Dependiente:	_____ % o \$ _____	
Seguro de vida	Empleado:	_____ % o \$ _____	El empleador debe contribuir, como mínimo, el 25% de la prima total del empleado. Si el empleador paga el 100% (sin contribución), todos los empleados elegibles deben inscribirse en la cobertura.
	Dependiente:	_____ % o \$ _____	

10A INFORMACIÓN DEL PRODUCTOR (debe completarla el productor o el agente general)

Nombre de la agencia del productor (asociado al número de id. fiscal)		N.º de id. fiscal del productor (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	
Dirección del productor: número y calle (no ingresar casillas postales)			
Ciudad		Estado	Código postal
¿El productor tiene un delegado? ☐ Sí ☐ No			
Si la respuesta es "Sí", indique el nombre del delegado:		Dirección electrónica del delegado:	
¿Hay una comisión compartida? ☐ Sí ☐ No			
Nombre del 2.º productor		Si la respuesta es "Sí", indique: 1.º productor ___% 2.º productor ___% Id. fiscal del 2.º productor	

10B INFORMACIÓN DEL AGENTE GENERAL (debe completarla el productor o el agente general, si corresponde)

Nombre de la agencia general (asociado al número de id. fiscal)		N.º de id. fiscal de la agencia general (para el pago de comisiones)	
Nombre de contacto de la agencia general		Dirección electrónica de contacto de la agencia general	

10C FIRMA DEL PRODUCTOR (debe completarla el productor o el agente general)

☐ Ayudé al solicitante a completar y presentar esta solicitud. Certifico que, hasta donde yo sé, la información brindada en esta solicitud es exacta y está completa. Le he explicado al solicitante, de manera fácil de entender, el riesgo que supone para el solicitante brindar información incorrecta, y el solicitante entendió la explicación.

Fecha (obligatoria)

Firma del productor (obligatoria)

Nombre del productor en letra de imprenta (obligatorio)

_____ X _____

11 DECLARACIONES Y FIRMA DEL EMPLEADOR

☐ El representante del grupo declara lo siguiente:

1. Cada uno de los empleados a los que se les ofrece cobertura cumple con la definición de "empleado elegible" (vea la Sección 3A de esta solicitud como referencia).
2. 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, que se han hecho los pagos de primas requeridos 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.
3. Al firmar más abajo, el grupo también entiende que si cometió fraude o hizo una declaración falsa intencional sobre 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 aplicables o que, previo aviso, se cancele el contrato de servicios de salud.

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)

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' yíidóolta'hígíí ła' nihee hółó. Díí naaltsoos áldó' t'áá Diné k'ehjí ádoólnííł nínízingo bíghah. Doo baa'á ilínígó shíká' adoowoł nínízingo nihich'í' béesh bee hodílnih dóó námboo éí díí Blue Shield bee néího'dílníngí bine'dée' bikáá' éí doodagó éí (866) 346-7198 jì' hodílnih. (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 យើងអាចឱ្យគេជួយអ្នកក្នុងការអានលិខិតនេះ។ អ្នកក៏អាចទទួលបានលិខិតនេះជាភាសារបស់អ្នកផងដែរ។ សម្រាប់ជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរស័ព្ទភ្លាមៗទៅកាន់លេខទូរស័ព្ទសេវាសមាជិក/អតិថិជនដែលមាននៅលើខ្ទង់ប័ណ្ណសម្គាល់ 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

សេវាកម្មភាសាភូមិភាគខ្មែរ៖ 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' ádoolníní nínízingo bííghah. Shíká a'doowoł nínízingo nihich'í' béeesh bee hodílnih dóó námboo éí díí ninaaltsoos dootł'ízhígí bee néího'dílnínígí 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