

# Solicitud de Cambio para Grupos de Pequeñas Empresas

Fecha de comienzo: 1 de enero de 2022

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. De ser 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 a máquina o en letra de imprenta clara con tinta negra. Una vez procesados por Blue Shield, los cambios pedidos se reflejarán en la facturación siguiente. Como opción, para garantizar exactitud y un procesamiento más rápido, puede completar este formulario por Internet en **blueshieldca.com/SBMforms**.

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.

Nombre legal actual del	grupo	N.º de identificació	n del grupo de Blue Shield	Fecha de comienzo pedida para los cambios
¿QUÉ CAMBIOS HAI	RÁ?			
Elija todo lo que correspo	onda:			
- ,	idor ercial (DBA, entificación fi estándar (co tidad legal of empleador obertura: situe	scal federal, código de ódigo SIC, por sus siglas del empleador ación actual	☐ Elegibilidad para emple☐ Planes médicos¹☐ Selecciones adicionales☐ Beneficios especializada☐ Beneficios especializada☐ Beneficios especializada☐ Contribuciones del emp	s os: beneficios dentales² os: beneficios de la vista² ss: beneficios de seguro de vida/AD&
vez de formularios d	e inscripción			planes Off-Exchange actuales en de elecciones médicas actuales.
<sup>2</sup> Agregar cobertura dental Agregar cobertura de la vista Agregar cobertura de seguro de	tienen cob- inscritos que necesario p múltiplo de De lo contr	ertura médica de Blue Shi e elegirán la cobertura es presentar ningún formulari I salario, y para designar a ario, presente un formulari	eld y para TODOS los empleo pecializada. Serán inscritos o o (salvo para los planes de se a los beneficiarios del seguro o de inscripción, de rechazo	eguro de vida escalonado o de o de vida).  o de cobertura o de solicitud de
vida fija DIRECCIÓN DEL EMI	(El rechazo		los empleados y dependien do solamente para los plane	ntes elegibles que elijan la cobertur es con contribución).
		ao dondo corresponde		
Brinde la nueva informac		·	agillas postalos\*	
Direction comercial prin	cıpaı: numei	ro y calle (no se aceptan o	casillas postales)*	
Ciudad			Estado	Código postal
Dirección de facturación	(si es distint	a de la anterior)		
Ciudad			Estado	Código postal

<sup>\*</sup> 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 aquella que está registrada ante el secretario 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.

Somos una en	npresa principalmente digital; la dirección electrónic	Somos una empresa principalmente digital; la dirección electrónica es un campo <b>obligatorio</b> para poder brindarle un mejor servicio					
Contacto prin	cipal						
Agregar Eliminar	Nombre	Dirección electrón	nica				
Agregar Eliminar	Nombre	Dirección electrón	nica				
Contacto de	a Employer Connection Plus (debe ser también un	contacto autorizado)					
Agregar Eliminar	Nombre	Dirección electró	nica				
☐ Agregar ☐ Eliminar	Nombre	Dirección electró	nica				
Contacto sec	undario						
Agregar Eliminar	Nombre	Dirección electrónica  Dirección electrónica					
Agregar Eliminar	Nombre						
Contacto de f	facturación						
Agregar Eliminar	Nombre	Dirección electrónica					
☐ Agregar	Nombre	Dirección electrón	nica				
NOMBRE, D LEGAL DEL	BA, NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISC. EMPLEADOR  Jeva información del grupo.	AL FEDERAL, CÓDIGO	SIC Y TIPO DE ENTIDAD				
NOMBRE, D LEGAL DEL	Deva información del grupo.						
NOMBRE, D LEGAL DEL	Deva información del grupo.		SIC Y TIPO DE ENTIDAD				
NOMBRE, D LEGAL DEL	EMPLEADOR veva información del grupo. I del grupo	Número de identificación fi					
NOMBRE, D LEGAL DEL  1. Brinde la nu Nombre lega  Nombre com  Elija un tipo d	EMPLEADOR veva información del grupo. I del grupo	Número de identificación fi Clasificación industrial estár	iscal (TID, por sus siglas en inglés) fede ndar (SIC) y descripción de la industrio				
NOMBRE, D LEGAL DEL  1. Brinde la nu Nombre lega  Nombre com  Elija un tipo d  Soc. tipo S	EMPLEADOR  Jeva información del grupo.  I del grupo  ercial (DBA)  le entidad legal:	Número de identificación fi Clasificación industrial estár	iscal (TID, por sus siglas en inglés) fede ndar (SIC) y descripción de la industrio				
NOMBRE, D LEGAL DEL  1. Brinde la nu Nombre lega  Nombre com  Elija un tipo d Soc. tipo S  Sin fines de  2. Elija una op	EMPLEADOR  Jeva información del grupo.  I del grupo  ercial (DBA)  le entidad legal:  Soc. tipo C Soc. colectiva o soc. limitada	Número de identificación fi Clasificación industrial estár Emp. unipersonal	scal (TID, por sus siglas en inglés) fede ndar (SIC) y descripción de la industrio Soc. de responsabilidad limitada				
NOMBRE, DLEGAL DEL  1. Brinde la nu Nombre lega  Nombre com  Elija un tipo d  Soc. tipo S  Sin fines de  2. Elija una openvie la do	EMPLEADOR  Jeva información del grupo.  I del grupo  ercial (DBA)  le entidad legal:  Soc. tipo C Soc. colectiva o soc. limitada  e lucro Otro (especifique)  pción; 2A: Cambio de nombre simple o 2B: Cambio	Número de identificación fi Clasificación industrial estár Emp. unipersonal	scal (TID, por sus siglas en inglés) fede ndar (SIC) y descripción de la industrio Soc. de responsabilidad limitada				
NOMBRE, D LEGAL DEL  1. Brinde la nu Nombre lega  Nombre com  Elija un tipo d Soc. tipo S  Sin fines de  2. Elija una op envíe la do 2A. Cambi	EMPLEADOR  Jeva información del grupo.  I del grupo  ercial (DBA)  le entidad legal:  Soc. tipo C Soc. colectiva o soc. limitada  e lucro Otro (especifique)  oción; 2A: Cambio de nombre simple o 2B: Cambio de un secumentación que se pide a small.group@blueshiel	Número de identificación fi Clasificación industrial estár Emp. unipersonal	scal (TID, por sus siglas en inglés) fede ndar (SIC) y descripción de la industrio Soc. de responsabilidad limitada				
NOMBRE, D LEGAL DEL  1. Brinde la nu Nombre lega  Nombre com  Elija un tipo d Soc. tipo S  Sin fines de  2. Elija una op envíe la do 2A. Cambi  1. Elija	EMPLEADOR  Jeva información del grupo.  I del grupo  ercial (DBA)  le entidad legal:  Soc. tipo C Soc. colectiva o soc. limitada  e lucro Otro (especifique)  oción; 2A: Cambio de nombre simple o 2B: Cambio coumentación que se pide a small.group@blueshiel o de nombre simple	Número de identificación fi Clasificación industrial estár Emp. unipersonal	iscal (TID, por sus siglas en inglés) fedendar (SIC) y descripción de la industrio Soc. de responsabilidad limitada				
NOMBRE, D LEGAL DEL  1. Brinde la nu Nombre lega  Nombre com  Elija un tipo d Soc. tipo S Sin fines de  2. Elija una openvie la do 2A. Cambi  1. Elija	Deva información del grupo.  I del grupo  ercial (DBA)  Le entidad legal:  Soc. tipo C Soc. colectiva o soc. limitada  Elucro Otro (especifique)  Doción; 2A: Cambio de nombre simple o 2B: Cambio  Coumentación que se pide a small.group@blueshiel  Todo lo que corresponda:  Ombre comercial de fantasía (FBN, por sus siglas e	Número de identificación fi Clasificación industrial estár Emp. unipersonal	iscal (TID, por sus siglas en inglés) fedendar (SIC) y descripción de la industrio Soc. de responsabilidad limitada				
NOMBRE, D LEGAL DEL  1. Brinde la nu Nombre lega  Nombre com  Elija un tipo d Soc. tipo S  Sin fines de  2. Elija una op envíe la do 2A. Cambi  1. Elija  N	Deva información del grupo.  I del grupo  Dercial (DBA)  De entidad legal:  De Soc. tipo C Soc. colectiva o soc. limitada elucro Otro (especifique)  Deción; 2A: Cambio de nombre simple o 2B: Cambio cumentación que se pide a small.group@blueshiel o de nombre simple  todo lo que corresponda:	Número de identificación fi Clasificación industrial estár Emp. unipersonal	iscal (TID, por sus siglas en inglés) fedendar (SIC) y descripción de la industrio Soc. de responsabilidad limitada				
NOMBRE, D LEGAL DEL  1. Brinde la nu Nombre lega  Nombre com  Elija un tipo d Soc. tipo S Sin fines de  2. Elija una openvie la do 2A. Cambi  1. Elija  N C 2. Doc 1. Doc 1. Do	Deva información del grupo.  I del grupo  Dercial (DBA)  De entidad legal:  De lucro Otro (especifique)  Deción; 2A: Cambio de nombre simple o 2B: Cambio de nombre simple o de nombre simple  De de nombre simple  Todo lo que corresponda:  De lucro Otro (especifique)  Deción; 2A: Cambio de nombre simple o 2B: Cambio de nombre simple  Deción; 2A: Cambio de nombre simple o de nombre simple  Deción; 2A: Cambio de nombre simple o de nombre simple  Deción; 2A: Cambio de nombre simple o de nombre simple  Deción; 2A: Cambio de nombre simple o de nombre simple  Deción; 2A: Cambio de nombre simple o de nombre simple  Deción; 2A: Cambio de nombre simple o de nombre simple  Deción; 2A: Cambio de nombre simple o de nombre simple  Deción; 2A: Cambio de nombre simple o de nombre simple  Deción; 2A: Cambio de nombre simple o de nombre simple  Deción; 2A: Cambio de nombre simple o de nombre simple  Deción; 2A: Cambio de nombre simple o de nombre simple  Deción; 2A: Cambio de nombre simple o de nombre simple  Deción; 2A: Cambio de nombre simple o de nombre simple  Deción; 2A: Cambio de nombre simple o de nombre simple  Deción; 2A: Cambio de nombre simple o de nombre simple  Deción; 2A: Cambio de nombre simple o de nombre simple	Número de identificación fis  Clasificación industrial estár  Emp. unipersonal  de la empresa completo. Code da empresa completo. Code de la empresa completo. Codes/sociedades colectivas  IRS, por sus siglas en inglés)	scal (TID, por sus siglas en inglés) fedendar (SIC) y descripción de la industrio Soc. de responsabilidad limitada  Conteste las preguntas relacionadas  nuevo nombre comercial (DBA)				
NOMBRE, D LEGAL DEL  1. Brinde la nu Nombre lega  Nombre com  Elija un tipo d Soc. tipo S  Sin fines de  2. Elija una op envíe la do 2A. Cambi  1. Elija  N C 2. Doc id	Deva información del grupo.  I del grupo  Dercial (DBA)  De entidad legal:  De Soc. tipo C Soc. colectiva o soc. limitada  De lucro Otro (especifique)  Deción; 2A: Cambio de nombre simple o 2B: Cambio Decumentación que se pide a small.group@blueshiel  Do de nombre simple  Todo lo que corresponda:  Dombre comercial de fantasía (FBN, por sus siglas e  Dorrección/conversión registrada para las sociedad  Umentación necesaria:  Documentación del Servicio de Impuestos Internos (	Número de identificación final de la empresa completo. Con	iscal (TID, por sus siglas en inglés) fedendar (SIC) y descripción de la industrio Soc. de responsabilidad limitada Conteste las preguntas relacionadas nuevo nombre comercial (DBA)				
NOMBRE, D LEGAL DEL  1. Brinde la nu Nombre lega  Nombre com  Elija un tipo d Soc. tipo S Sin fines de  2. Elija una op envíe la do 2A. Cambi  1. Elija  N C 2. Doc 1. Doc id 2. Pr	EMPLEADOR  Jeva información del grupo.  I del grupo  ercial (DBA)  le entidad legal: □ Soc. tipo C □ Soc. colectiva o soc. limitada  e lucro □ Otro (especifique)  oción; 2A: Cambio de nombre simple o 2B: Cambio cumentación que se pide a small.group@blueshiel to de nombre simple  todo lo que corresponda: ombre comercial de fantasía (FBN, por sus siglas e orrección/conversión registrada para las sociedad umentación necesaria: ocumentación del Servicio de Impuestos Internos ( entificación del empleador (EIN, por sus siglas en i	Número de identificación fis  Clasificación industrial estár  Emp. unipersonal  de la empresa completo. Codca.com.  n inglés) registrado para el des/sociedades colectivas  IRS, por sus siglas en inglés) inglés); o formulario W-9 o Simbre anterior y el nombre no istrado ante el secretario de	scal (TID, por sus siglas en inglés) fedendar (SIC) y descripción de la industrio Soc. de responsabilidad limitada  Conteste las preguntas relacionadas nuevo nombre comercial (DBA)  del nuevo nombre y número de S-4 nuevo, como se detalla a continuacial estado de California (solamente				

# 3C NOMBRE, DBA, NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL FEDERAL, CÓDIGO SIC Y TIPO DE ENTIDAD LEGAL DEL EMPLEADOR (continuación)

Elija todo lo que corresponda:		
Cambio de titularidad	☐ Incorporación de una el	mpresa subsidiaria/afiliada
Compra o venta de la empresa	☐ Fusión	
Cambio del tipo de entidad	☐ Otro:	
☐ Traslado de empleados a otra empresa exist	tente	
2. Preguntas adicionales:		
Cantidad total actual de empleados de tiempo	completo (FTE, por sus siglas en ing	lés) y equivalentes de FTE
Si la cantidad actual es mayor que 100, ¿cuár	ntos trabajaron en el trimestre caler	ndario anterior?
Si la cantidad del trimestre calendario anterio anterior?	r es mayor que 100, ¿cuántos trabo	jaron en el año calendario
Cantidad total actual de FTE y equivalentes de	FTE que trabajan fuera del estado _	
Cantidad total de FTE y equivalentes de FTE quanterior	ue trabajaron fuera del estado durc	nte el trimestre calendario
Cantidad total de FTE y equivalentes de FTE quanterior	ue trabajaron fuera del estado durc	nte el año calendario
3. Documentación necesaria:		
<ol> <li>Documentación del Servicio de Impuestos Ir empleador (EIN); o formulario W-9 o SS-4</li> </ol>	nternos (IRS) del nuevo nombre y nú	mero de identificación del
2. Nómina o formulario W-4 para todos los em	pleados	
3. Nuevos empleados solamente: solicitudes y	rechazos	
<ol> <li>Documentación que respalde el cambio. Al documentación corporativa</li> </ol>	Igunos ejemplos <b>incluyen</b> : contrato	de compra, fusión o sociedad
4. Si eligió "Agregar una empresa subsidiaria/afilio	ada" arriba, complete el siguiente	cuadro:
Nombres de las empresas subsidiarias o afiliadas	¿Incluir en la cobertura?	¿Es elegible para present una declaración de impue estatales combinada?
	☐ Sí ☐ No	□ Sí □ No
	□ Sí □ No	□ Sí □ No
	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
OOS DE ESDEDA DEL EAADLEADOD	∐ Sí ∐ No	∐ Sí ∐ No
DOS DE ESPERA DEL EMPLEADOR  a de las siguientes opciones. La cobertura de los e		
a de las siguientes opciones. La cobertura de los e en el día especificado.	empleados elegibles empezará des	
a de las siguientes opciones. La cobertura de los e en el día especificado. a cobertura empezará el primer día del mes desp	empleados elegibles empezará des oués de la fecha de contratación.	pués de que termine el períod
	empleados elegibles empezará des oués de la fecha de contratación. a cobertura empezará el primer díc	pués de que termine el períod a del mes siguiente)

	,		,
<b>5</b> A		E I A COREDTIIDA.	SITUACIÓN ACTUAL
JA	COMMUNICION D	E LA CODERTURA.	SHUACION ACTUAL

Α	CONTINUACI	CONTINUACION DE LA COBERTURA: SITUACION ACTUAL				
	COBRA o Cal-CO secundario de M	ección si la cantidad de empleados cambió y eso influye en que el grupo esté o no sujeto a los requisitos para DBRA. Si usted cambia su situación actual de COBRA, Blue Shield también cambiará su situación actual de pagador edicare (MSP, por sus siglas en inglés); no es necesario que pida cambios relacionados con el MSP. Tenga en cuenta lebe recibir las solicitudes de cambio en la situación de COBRA al comienzo del año calendario.	1			
	☐ COBRA fede	Desde el 1 de enero de 2022, el grupo tiene un total de 20 empleados o más que trabajaron el 50% de los días hábiles del año calendario anterior.	ajaron			
		Desde el 1 de enero de 2022, el grupo tiene entre 2 y 19 empleados elegibles que trabajaron 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.				
В	CONTINUACI	ÓN DE LA COBERTURA: ADMINISTRADOR EXTERNO DE COBRA				
	Agregar	Nombre de la empresa				
	☐ Eliminar	Nombre de la empresa				
•	ELEGIBILIDAD	PARA EMPLEADOS DE TIEMPO PARCIAL				
	de todos los em	la cobertura de tiempo parcial, presente este formulario junto con las solicitudes o los rechazos de cobertura oleados de tiempo parcial elegibles. Si usted elimina la cobertura de tiempo parcial, presente este formulario nulario DE-9C más reciente.				
	_	bertura de tiempo parcial obertura de tiempo parcial				
	(De tiempo com se hacen en el c	n empleado elegible es una persona que: oleto) es un empleado permanente que trabaja a tiempo completo en el desempeño de las actividades comerciales del empleador, cuyas tareas los lugares habituales de actividades comerciales del empleador, que trabaja un promedio de 30 horas por semana de trabajo y que ha cumplido eríodo 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 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 similar; y
- recibe una retribución 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 un cónyuge o una pareja doméstica de un propietario de una empresa unipersonal, 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 un promedio de 30 horas por semana de trabajo en el o los lugares habituales de actividades comerciales del empleador 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 ambos. 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 indique la selección de planes de cada empleado.

				e tienen una membresía activa elección de planes de cada er		ueden hacer los cambios a nivel del grupo		
Paquete Off-Exchange Puede		Puede ofre	de ofrecerse junto con el plan HMO de otra aseguradora.					
Paquete Mirror otra aseg			ede ofrecer junto con los planes Off-Exchange. Puede ofrecerse junto con planes de juradora. Estos planes "reflejan" los planes estandarizados que se ofrecen a través de California.					
Blue Shield o	f California (	Off-Exchang	je Packag	ge for Small Business				
Los planes Full PPO y Tar con deducibles altos (HI Planes PPO (HSA, por sus siglas en in PPO y los planes HDHP o			HDHP, po inglés) Fu compati	r sus siglas en inglés) compatib Ill comparten una red de prove	les con la eedores a compart	as. Los planes Full PPO y los planes de salud as cuentas de ahorros para gastos médicos de Blue Shield completa. Los planes Tandem ren una red de proveedores de Blue Shield la red Tandem PPO.		
	Elija TODOS	los planes	PPO, O					
	elija de ma	nera individ	dual la co	antidad de planes que desee c	a continu	ación:		
Planes PPO: R Platinum F Platinum F Platinum F Platinum F Gold Full F Gold Full F Gold Full F Silver Full F Silver Full F Silver Full F Bronze Ful Bronze Ful Bronze Ful Bronze Ful Bronze Ful	FPO 2225/50 PPO 2400/55 I PPO 6250/6 I PPO 6250/6 I PPO 6250/6 I PPO 7500/6	Offex 10 Offex 15 Offex Ex Offex Offex Offex Offex Offex Offex Offex S Offex 5 Offex 5 Offex 5 Offex 5 Offex 5 Offex 5 Offex	Gold I PrevRx Silver I Silver I PrevRx Bronze Bronze Planes HI Red Tand PrevRx Silver I Silver I PrevRx Silver I Bronze	DHP compatibles con HSA: Red Full PPO Savings 1750/15% HDHF  COFFEX Full PPO Savings 2100/25% OffEx Full PPO Savings 2600/35% HDHF  COFFEX Full PPO Savings 5700/40% OffEx Full PPO Savings 7000 OffEx DHP compatibles con HSA: Item PPO  Tandem PPO Savings 1750/15%  COFFEX Tandem PPO Savings 2100/25% Tandem PPO Savings 2600/35%  COFFEX Tandem PPO Savings 5700/40%  Tandem PPO Savings 7000 Off	P K P Ex HDHP OffEx HDHP	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 Platinum Tandem PPO 250/15 OffEx Gold Tandem PPO 0/25 OffEx Gold Tandem PPO 500/30 OffEx Gold Tandem PPO 1000/35 OffEx Silver Tandem PPO 1800/45 OffEx Silver Tandem PPO 2225/50 OffEx Silver Tandem PPO 2400/55 OffEx Bronze Tandem PPO 6250/65 OffEx Bronze Tandem PPO 6850/55 OffEx Bronze Tandem PPO 7500/65 OffEx Bronze Tandem PPO 6500/70 OffEx		
				PPO 2225/50 OffEx brindan cobertura me por sus siglas en inglés) y enfermedad de		ra los miembros a los que les diagnosticaron diabetes, oronaria (CAD, por sus siglas en inglés).		
Planes HMO	•	edes selecto		•		es de proveedores distintas. Local Access+ e las redes Access+ y Local Access+ no se		
	Elija TODOS	los planes	Trio y Loc	cal Access+, O				
	elija TODOS	S los planes	Trio y Ace	cess+, O				
	elija de mo	nera individ	dual la co	antidad de planes que desee d	de Trio/Ad	ccess+ o Trio/Local Access+ a continuación:		
Planes Acces Red Access+ Platinum A Platinum A Gold Acce Gold Acce Gold Acce Gold Acce Gold Acce Silver Acce	Access+ HMC Access+ HMC Access+ HMC ess+ HMO® 0 ess+ HMO® 1 ess+ HMO® 1 ess+ HMO® 2	0° 0/25 Offe 0° 0/30 Offe /30 Offex 00/35 Offex 000/35 Offe 500/35 Offe 500/60 Offe	x	lanes Trio HMO: ed 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 2000/60 Offex Silver Trio HMO 2750/65 Offex Bronze Trio HMO 7000/70 Offe	R	lanes Local Access+ HMO: ed 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® 2750/65 OffEx  Silver Local Access+ HMO® 2750/65 OffEx		

	Blue Shield of California Mirro	r Package for Small Bu	siness					
	Nota: No se puede ofrecer junto con los planes Off-Exchange. Puede ofrecerse junto con planes de otra aseguradora. Estos							
	planes "reflejan" los planes estandarizados que se ofrecen a través de Covered California.							
	Elija TODOS los p	planes Trio HMO y Full I	PPO, O					
	elija de manero	a individual la cantidad	d de planes	que dese	e de Trio HMO y/o Full PPC	a continuación:		
	Planes Platinum Mirror  ☐ Blue Shield Trio Platinum 90 HMO 0/20 + Child Dental ☐ Blue Shield Platinum 90 PPO 0/15 + Child Dental			Planes Gold Mirror  ☐ Blue Shield Trio Gold 80 HMO 250/35 + Child Dental ☐ Blue Shield Gold 80 PPO 350/25 + Child Dental				
-	Planes Silver Mirror  ☐ Blue Shield Trio Silver 70 HMO 2250/55 + Child Dental  ☐ Blue Shield Silver 70 PPO 2250/50 + Child Dental							
	SELECCIONES ADICION	ALES						
	Elija las selecciones adicional	les que desee según c	orresponda.					
	☐ Sí; HealthEquity ☐ Eliminar HealthEquity	elige HealthEquity, B	Blue Shield co brindar und	omparte ir experien				
	Sí; cláusula adicional de beneficios por esterilidad			_				
	☐ Eliminar la cláusula adicional de beneficios por esterilidad de todos los planes médicos	Si se elige esta opción, se agregará una cláusula adicional de beneficios por esterilidad a t los planes médicos para todo el grupo. Esta cláusula adicional se puede ofrecer junto con paquete de planes Off-Exchange o Mirror, HMO y PPO.						
		4 D 0						
	BENEFICIOS ESPECIALIZA							
	Junto con este formulario, incluya un Censo de Empleados que indique 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 a nivel del grupo sin un Censo de Empleados que indique la selección de planes de cada empleado.							
	Elija una de las siguientes op	ciones de planes der	ntales:					
	Opción de plan dental Sing	<b>gle</b> . Elija UNO de los sig	guientes plar	nes (HMO d	o PPO), O BIEN			
	Opción de plan dental Dual Choice. Elija DOS de los siguientes planes (cualquier combinación de HMO o PPO), O BIEN							
	Opción de plan dental Triple Choice. Elija TRES de los siguientes planes en una de estas combinaciones:							
	_							
	2 planes Dental HMO y 1 plan Dental PPO; O							
	3 planes Dental HMO;							
			I plan Dental HMO. Esta opción exige que usted ofrezca planes médicos de Blue Shield. PO deben tener un beneficio de ortodoncia o bien no tener ese beneficio.					
	Planes Dental HMO							
		DHMO Standard		Plus	☐ DHMO Deluxe	☐ DHMO Voluntary		
		DHMO Standard	☐ DHMO I	Plus	☐ DHMO Deluxe	☐ DHMO Voluntary		

Planes De	ntal PPO voluntarios**					
☐ Bronze Voluntary DPPO/\$1		DPPO/\$1000/MAC Bronze Voluntary DPPO/\$1000/MAC/Child Only				
† Este plan Los planes c ** Los plane	voluntario no incluye períodos con la abreviatura ADV (del ing s voluntarios incluyen un perío	a inscripción de un empleado elegible. de espera. No es necesario presentar una pri glés "advantage" [ventaja]) alientan a los mie do de espera de 12 meses para los servicios r por las siglas en inglés de "No Rollover").	embros a usar provee	dores de la red.		
		OS: BENEFICIOS DE LA VIS				
Cuando e	el grupo deja de ofrec	a un Censo de Empleados que ind er planes que tienen una membre indique la selección de planes de	sía activa, no se	pueden hacer los cambios a nivel del grupo		
Elija una	de las siguientes opcio	ones de planes de la vista:				
		ingle. Elija UNO de los siguientes p				
☐ Opciór	n de plan de la vista D	ual Choice. Elija DOS de las sigui	entes opciones	de planes:		
	Ultimate Vision for	Preferred V		Basic Vision for		
	mall Business (12-12-12	<u>_</u>	•	Small Business (12-24-24)		
Ultimate Ultimate Ultimate Ultimate Ultimate Ultimate	e Vision Plus 0/0/150/15 e Vision 0/0/150 e Vision Plus 10/25/150/ e Vision 10/25/150 e Vision 0/0/120 e Vision 10/25/120 e Vision Voluntary 10/2:	Preferred Vision 0/0/  150 Preferred Vision Plus  Preferred Vision 10/2  Preferred Vision 0/0/  Preferred Vision 10/2	7150 10/25/150/150 25/150 7120 25/120	☐ Basic Vision Plus 0/0/150/150 ☐ Basic Vision 0/0/150 ☐ Basic Vision Plus 10/25/150/150 ☐ Basic Vision 10/25/150 ☐ Basic Vision 0/0/120 ☐ Basic Vision 10/25/120 ☐ Basic Vision Voluntary 10/25/120		
Cuando u (AD&D, po	un grupo de 10 o más p or sus siglas en inglés) p	oor primera vez, se debe incluir co	de vida y por n on este formular	nuerte y desmembramiento accidentales io la cotización de tarifas combinadas para		
				remporal como la tarifa del seguro AD&D.		
Elija el mo	odelo y la cantidad de	e cobertura del plan de seguro d	e vida entre las	siguientes opciones:		
desea (		a para dependientes. Si ofrece se	plan para los empleados: fijo, múltiplo del salario o escalonado. Determine si tam dependientes. Si ofrece seguro de vida para dependientes, el grupo también deb empleados.			
		eficios. Use el cuadro de cantida es para cada tipo de plan.	ides de los bene	eficios que está al final de esta sección para		
	1. Elija el o los planes	2. Brinde los detalles de los bene	ficios Descrip	ción		
	☐ Fijo	Cantidad del beneficio: \$		os empleados están cubiertos por la misma od fija (hasta la cantidad máxima).		
Empleado	☐ Múltiplo del salario	1 vez el salario, o 2 veces el salario Hasta un beneficio máximo de:  \$	múltiplo una o d máxima	s empleados están cubiertos por el mismo del salario a una cantidad equivalente a os veces el salario anual (hasta la cantidad I). Las cantidades de beneficio se redondean ente valor de \$1,000 más alto.		
	☐ Escalonado	Elija entre las opciones del cuad de seguro de vida escalonado d está abajo	que cuatro), benefici	oleados están cubiertos según la clase (hasta que se define con diferentes niveles de os. Las clases pueden ser fijas o múltiplos del y esta selección puede variar para cada clase		
☐ Depen	diente	Cantidad del beneficio:	eligen e niños de	nte está disponible para los empleados que el seguro de vida/AD&D. Los beneficios para e 14 días a seis meses equivalen al 10% del io total, y no hay cobertura para bebés desde		

el nacimiento hasta los 14 días. El seguro AD&D no

está disponible para los dependientes.

\$1,000; \$2,000; \$3,000;

\$4,000; 0 \$5,000

\$1,000; \$2,000; \$3,000;

\$4,000; \$5,000; \$7,500;

\$10,000; o \$20,000

2-9

10-24

25-50

51-100

8C cont.

**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, fija o múltiplo del salario, para cada clase. Las opciones de planes pueden variar según la clase. La cantidad del beneficio para cada clase no debe superar 2.5 veces la cantidad de la siguiente clase más baja.

Brinde la descripción de la clase		Fijo	Múltiplo del salario		
	Hasta un máximo de cuatro clases	Indique la cantidad del beneficio	Elija el mult del sa	•	Indique 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	\$
Cuadro de canti	idades de los beneficios (úselo po	ara determinar la cantidad c	del beneficio o	el beneficio m	náximo para su tipo de pla
	Fijo	Múltiplo del sala:	io	•	ıro de vida básico ra dependientes
Cantidad de empleados elegibles	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.		dependiente 50% del ber El cónyuge hijos debe	del seguro de vida para es no puede ser superior a neficio para el empleado. e/pareja doméstica y los en estar cubiertos por la antidad del beneficio.

\$30,000 o \$50,000

\$50,000-\$300,000 para 1 vez el

salario anual y \$50,000-\$500,000

para 2 veces el salario anual

\$50,000-\$300,000 para 1 vez el

salario anual y \$50,000-\$500,000

para 2 veces el salario anual

\$50,000-\$300,000 para 1 vez el

salario anual y \$50,000-\$600,000

para 2 veces el salario anual

El seguro de vida/AD&D para empleados exige la inscripción de dos empleados elegibles.

\$15,000-\$50,000

\$15,000-\$100,000

\$15,000-\$150,000

\$15,000-\$150,000;

\$175,000; o \$200,000

#### 9 CONTRIBUCIONES DEL EMPLEADOR

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

Cobertura médica	Empleado:	% o \$ % o \$	El empleador debe contribuir (1) como mínimo el 50% de la prima total del empleado, o (2) una contribución mínima definida 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.
Cobertura dental	Empleado: Dependiente:	% o \$ % o \$	El empleador debe contribuir, 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.
Cobertura de la vista	Empleado: _	% o \$ % o \$	El empleador debe contribuir, 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.
Seguro de vida temporal básico y AD&D	Empleado: _	%	El empleador debe contribuir, 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.

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

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

1. El grupo entiende que ningún cambio solicitado 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 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 en Blue Shield.
X		
Firma del representante autorizado del grupo		Fecha
Nombre del representante autorizado del grupo e	en letra de imprenta	
Puesto del representante autorizado del grupo en	n letra de imprenta	
INFORMACIÓN DEL AGENTE GENERAL		
Nombre de la agencia general	N.º de identificación fiscal pago de comisiones)	de la agencia general (para el

#### 11

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



# Notices available online

## **Nondiscrimination and Language Assistance Services**

Blue Shield complies with applicable state and federal civil rights laws. We also offer language assistance services at no additional cost.

View our nondiscrimination notice and language assistance notice: blueshieldca.com/notices. You can also call for language assistance services: (866) 346-7198 (TTY: 711)

If you are unable to access the website above and would like to receive a copy of the nondiscrimination notice and language assistance notice, please call Customer Care at **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

## Servicios de asistencia en idiomas y avisos de no discriminación

Blue Shield cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables. También, ofrecemos servicios de asistencia en idiomas sin costo adicional.

Vea nuestro aviso de no discriminación y nuestro aviso de asistencia en idiomas en blueshieldca.com/notices. Para obtener servicios de asistencia en idiomas, también puede llamar al (866) 346-7198 (TTY: 711).

Si no puede acceder al sitio web que aparece arriba y desea recibir una copia del aviso de no discriminación y del aviso de asistencia en idiomas, llame a Atención al Cliente al **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

## 非歧視通知和語言協助服務

Blue Shield 遵守適用的州及聯邦政府的民權法。同時,我們免費提供語言協助服務。

如需檢視我司的非歧視通知和語言幫助通知,請造訪 blueshieldca.com/notices。您還可致電尋求語言協助服務: (866) 346-7198 (TTY: 711)。

如果您無法造訪上述網站,且希望收到一份非歧視通知和語言幫助通知的副本,請致電客戶服務部,電話: (888) 256-3650 (TTY: 711)。