

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

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

6	Contacto del grupo:		
	Contacto general del grupo (principal)	A. Nombre del contacto del grupo	B. Puesto de trabajo
		C. Número de teléfono	D. Dirección electrónica (obligatoria)
	Contacto del administrador en línea	A. Nombre del contacto del grupo	B. Puesto de trabajo
		C. Número de teléfono	D. Dirección electrónica (obligatoria)
	Contacto de facturación	A. Nombre del contacto del grupo	B. Puesto de trabajo
		C. Número de teléfono	D. Dirección electrónica (obligatoria)
	Contacto de la <i>Evidencia de Cobertura/Certificado de Seguro</i> (EOC/COI, por sus siglas en inglés)	A. Nombre del contacto del grupo	B. Puesto de trabajo
		C. Número de teléfono	D. Dirección electrónica (obligatoria)
	Contacto legal (responsable de los compromisos legales vinculantes en nombre del grupo del empleador)	A. Nombre del contacto del grupo	B. Puesto de trabajo
		C. Número de teléfono	D. Dirección electrónica (obligatoria)
	Contacto de los planes de salud asociados a cuentas (ABHP, por sus siglas en inglés)	A. Nombre del contacto del grupo	B. Puesto de trabajo
		C. Número de teléfono	D. Dirección electrónica (obligatoria)
	Contacto del administrador de COBRA	A. Nombre del contacto del grupo	B. Puesto de trabajo
		C. Número de teléfono	D. Dirección electrónica (obligatoria)
	Contacto del Informe de Discrepancias en la Inscripción (si usa el intercambio electrónico de datos [EDI, por sus siglas en inglés] para la inscripción electrónica)	A. Nombre del contacto del grupo	B. Puesto de trabajo
		C. Número de teléfono	D. Dirección electrónica (obligatoria)
	Contacto adicional	A. Nombre del contacto del grupo	B. Puesto de trabajo
C. Número de teléfono		D. Dirección electrónica (obligatoria)	
Contacto adicional	A. Nombre del contacto del grupo	B. Puesto de trabajo	
	C. Número de teléfono	D. Dirección electrónica (obligatoria)	

Sección 2. Elegibilidad

7

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

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

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

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

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

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

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

Todos los empleados

Otro (describa) _____

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

a. Si fue contratado el primer día del mes, la cobertura **empezará el primer día del mes siguiente**.
Ejemplo: si un empleado fue contratado el 1 de diciembre de 2019, la cobertura empezará el 1 de enero de 2020.

Todos los empleados

Otro (describa) _____

b. Si fue contratado el primer día del mes, la cobertura **empezará el día de la contratación**.
Ejemplo: si un empleado fue contratado el 1 de diciembre de 2019, la cobertura empezará el 1 de diciembre de 2019.

Todos los empleados

Otro (describa) _____

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

Todos los empleados

Otro (describa) _____

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

Ejemplo: si un empleado fue contratado el 15 de diciembre de 2019, la cobertura empezará el primer día del mes después de 60 días, o sea, el 1 de marzo de 2020.

Todos los empleados

Otro (describa) _____

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

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

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

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

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

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

cualquier momento; la cobertura empieza el día de la recontractación

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

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

8 Cantidad de empleados			
Blue Shield le pide al grupo que lea estas definiciones de "empleado" y brinde la información que se pide usando las definiciones que siguen. Para determinar si los empleados y el grupo son elegibles para obtener la cobertura, nos basamos en la información que brinda el grupo.			
<p>1. Todos los empleados: Todas las personas que sean empleados del grupo, incluidos los empleados de tiempo parcial y los empleados de tiempo completo (29 USC 1002 [6]).</p> <p>2. Empleado de tiempo completo (FTE, por sus siglas en inglés) y equivalente de FTE: Los términos "FTE" y "equivalente de FTE" se definen en la Sección 4980H(c)(2) del Internal Revenue Code (Código de Impuestos Internos). Un FTE es un empleado que tiene un promedio de al menos 30 horas de servicio por semana o un mínimo total de 130 horas de servicio durante un mes civil. Para determinar la cantidad de equivalentes de FTE, se debe sumar la cantidad de horas de servicio de todos los empleados que no son FTE correspondiente al mes, sin incluir más de 120 horas de servicio por empleado, y dividir la cantidad total por 120.</p> <p>3. Empleado elegible: Este término se usa para determinar qué empleados son elegibles para inscribirse y seguir inscritos en la cobertura. Un empleado elegible es una persona que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • es una persona que trabaja a tiempo completo en las actividades comerciales del empleador, que normalmente trabaja al menos 30 horas por semana de trabajo y cuyas tareas se hacen en los lugares habituales de actividades comerciales del empleador; o • es un propietario de una empresa unipersonal o un socio de una sociedad colectiva, que trabaja a tiempo completo al menos 30 horas por semana en las actividades comerciales del empleador y que está inscrito como empleado en el contrato de un plan de atención de la salud del empleador. • Los empleados elegibles no incluyen las personas que trabajan a tiempo parcial, de manera temporal o como reemplazantes. 			
8 a. Cantidad total de empleados:			
8 b. Cantidad total de empleados de tiempo completo elegibles:			
8 c. Cantidad total de empleados elegibles que se inscriben en la cobertura de Blue Shield (complete hasta donde usted sabe):			
8 d. Cantidad total de empleados elegibles que rechazan la cobertura de Blue Shield (complete hasta donde usted sabe):			
8 e. Cantidad total de FTE y equivalentes de FTE:			
8 f. ¿Tiene planeado ofrecerles la cobertura de Blue Shield a sus empleados fuera del estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó "Sí", ¿cuántos empleados tiene fuera del estado? _____			
El empleador es responsable de reunir y guardar los formularios de Rechazo de Cobertura, así como de entregar esos formularios a Blue Shield cuando se los pida. Si no se ofrece ningún plan médico de Blue Shield (p. ej., solo se ofrece seguro dental, de la vista o de vida), no se requieren los formularios de Rechazo de Cobertura.			
9	9a. ¿Se les ofrece cobertura de salud a todos los empleados de tiempo completo elegibles?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	9b. Si contestó "No" en 9a, explique:		
	9c. ¿Todos los empleados de tiempo completo elegibles a los que se les ofrece cobertura de salud trabajan de forma activa al menos 30 horas por semana?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	9d. Si contestó "No" en 9c, explique:		
	9e. ¿Los jubilados son elegibles para obtener acceso a los beneficios? Nota: La opción de cobertura para jubilados requiere aprobación previa por medio del proceso de evaluación para la aprobación del seguro.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	9f. Si contestó "Sí" en 9e, marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Jubilados anticipados menores de 65 años <input type="checkbox"/> Jubilados de 65 años o más ¿El grupo hará contribuciones a la cobertura para jubilados?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	9g. ¿Necesita que su cobertura para jubilados se facture aparte de la de sus empleados activos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Si contestó "Sí", brinde la información de la persona de contacto y la dirección a la que debe enviarse la factura mensual para la cobertura para jubilados.		
	Dirección de facturación		
	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre de la persona de contacto	Dirección electrónica		

Sección 3. Información sobre la cobertura continuada de COBRA o Cal-COBRA

10	Su grupo está sujeto a COBRA federal si contrató a 20 empleados o más durante al menos el 50% de los días hábiles en el año calendario anterior. El grupo es el único responsable de todos los aspectos de la administración del Título X de la Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA, Ley Consolidada General de Conciliación Presupuestaria).		
	10a. ¿Cuántos participantes de COBRA tiene actualmente? _____		
	10b. Los empleados o los participantes de COBRA/Cal-COBRA deben completar el Formulario Anexo para Personas con Discapacidad (formulario C11248) si tienen alguna discapacidad o están hospitalizados. Nombre del administrador de COBRA: _____ La facturación de los miembros de COBRA debe enviarse al: <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Administrador de COBRA		
	Brinde la dirección del administrador de COBRA:		
	Dirección de facturación		
	Ciudad	Estado	Código postal

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

11	Planes Trio HMO		
	Elija el primer plan	Elija el segundo plan	
	Elija el tercer plan	Elija el cuarto plan	
	Planes Access+ HMO®		
	Elija el primer plan	Elija el segundo plan	
	Elija el tercer plan	Elija el cuarto plan	
	Planes Trio HMO Savings*		
	Elija el primer plan	Elija el segundo plan	
	* Solo están disponibles en las regiones de San Diego y Sacramento.		
	Planes Access+ HMO® SaveNet¹		
	Elija el primer plan	Elija el segundo plan	
	1 Los productos Access+ HMO SaveNet solo están disponibles junto con nuestros productos Access+ HMO en condados designados: Kern, Marin, Orange, Sacramento, San Francisco, San Luis Obispo, San Mateo, Santa Clara, Santa Cruz, Sonoma, Stanislaus, Ventura y Yolo, y partes de los condados de Contra Costa, Los Ángeles, Riverside, San Bernardino y San Diego.		
	Planes Local Access+ HMO® ²		
	Elija el primer plan	Elija el segundo plan	
	2 Los productos Local Access+ HMO solo están disponibles en condados designados: Marin, Orange, San Francisco, San Luis Obispo, Santa Clara, Santa Cruz, Sonoma, Stanislaus y Yolo, y partes de los condados de Contra Costa, Kern, Los Ángeles, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Mateo y Ventura.		
	Planes Added Advantage POSSM		
	Elija el primer plan	Elija el segundo plan	
	Planes Full PPO/EPO		
	Elija el primer plan	Elija el segundo plan	
	Elija el tercer plan	Elija el cuarto plan	
	Planes PPO Savings		
	Elija el primer plan	Elija el segundo plan	
	Elija el tercer plan	Elija el cuarto plan	
	Planes Tandem PPO/EPO		
	Elija el primer plan	Elija el segundo plan	
	Elija el tercer plan	Elija el cuarto plan	
	Planes Active Choice® Plus/Active Choice® Classic		
	Elija el primer plan	Elija el segundo plan	
	Planes Blue Shield 65 PlusSM		
	<input type="checkbox"/> Plan personalizado (adjunte el Resumen de Beneficios personalizado)		

12	Contribución del empleador requerida para los planes de salud de Blue Shield	
	Indique el porcentaje de las cuotas o primas que pagará el grupo para los empleados y los dependientes. Si el grupo contribuye el 100%, todos los empleados elegibles deben inscribirse.	
	Indique aquí la cantidad de la contribución del empleador al plan médico:	
	Para los empleados _____%	Para los dependientes _____%
	Para los jubilados (si corresponde) _____%	Para los dependientes de jubilados (si corresponde) _____%

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

Selección de beneficios opcionales de Blue Shield of California

14	<ul style="list-style-type: none"> No se pueden comprar sin un plan médico. En el caso de los paquetes Dual Choice, se deben comprar los mismos beneficios opcionales para todos los planes elegidos. El tipo de productos correspondientes a las cláusulas adicionales de beneficios debe combinarse con el tipo de productos correspondientes al plan médico (solo HMO para HMO, etc.). 	
	Cláusula adicional de beneficios por esterilidad; elija el tipo de plan:	Elija la opción de plan:
	Elija el tipo de plan	Elija la opción de plan
	Cláusulas adicionales de beneficios de atención quiropráctica y acupuntura; elija el tipo de plan:	Cláusula adicional de beneficios de audífonos; elija la opción de plan:
	Elija la opción de plan	Elija la opción de plan
	Opciones de planes de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios de Blue Shield of California (disponibles para los planes HMO/POS)	
	Elija el plan de medicamentos recetados (Basic Rx) que corresponda: ¹	
	Elija la opción 1	Elija la opción 2
	Elija la opción 3	Elija la opción 4
	Elija el plan de medicamentos recetados (Enhanced Rx o Premier Rx) que corresponda: ¹	
Elija la opción 1	Elija la opción 2	
Elija la opción 3	Elija la opción 4	
Elija el plan de medicamentos recetados (Rx Spectrum) que corresponda: ¹		
Elija la opción 1	Elija la opción 2	
Elija la opción 3	Elija la opción 4	

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

14 (cont.)	Opciones de planes de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios de Blue Shield of California (disponibles para los planes PPO, EPO, Active Choice® Classic y Active Choice® Plus)	
	Elija el plan de medicamentos recetados (Enhanced Rx o Premier Rx) que corresponda: ¹	
	Elija la opción 1	Elija la opción 2
	Elija la opción 3	Elija la opción 4
	Elija el plan de medicamentos recetados (Rx Spectrum) que corresponda: ¹	
	Elija la opción 1	Elija la opción 2
	Elija la opción 3	Elija la opción 4
	¹ Medicamentos de Nivel 4, incluidos los medicamentos especializados, 30% hasta un máximo de \$250.	

Sección 4b. Opciones de planes de salud* y de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios* de Blue Shield Life

Marque todas las casillas que correspondan:	
Planes Active Choice*	
Elija el primer plan [LISTA DE PLANES]	Elija el segundo plan [LISTA DE PLANES]
Elija una de las siguientes opciones de deducible de farmacias por año calendario: <input type="checkbox"/> \$0 por persona <input type="checkbox"/> \$150 por persona <input type="checkbox"/> \$250 por persona	
Elija una de las siguientes opciones de planes de medicamentos recetados:	
Elija el primer plan [LISTA DE PLANES]	Elija el segundo plan [LISTA DE PLANES]
¹ Medicamentos de Nivel 4, incluidos los medicamentos especializados, 30% hasta un máximo de \$250. C17607-ML-MED-SP	
Cláusulas adicionales de beneficios opcionales de los planes de salud de Blue Shield Life*	
Audífonos:	
¿El grupo desea agregar una cláusula adicional de beneficios de audífonos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Esterilidad:	
Elija una de las cláusulas adicionales de beneficios por esterilidad:	Elija la opción [LISTA DE OPCIONES]
* Asegurados por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life).	

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

15	El grupo puede elegir una de las siguientes opciones de planes:	
	<input type="checkbox"/> Opción de plan Single Dental	
	<input type="checkbox"/> Opciones de plan Dual Choice Dental • 1 DPPO + 1 DHMO • 2 DHMO • 2 DPPO	
	Dental HMO	
	Elija el primer plan	Elija el segundo plan
16	Contribución del empleador requerida para los planes dentales Indique el porcentaje de las cuotas o primas que pagará el grupo para los empleados y los dependientes. En el caso de la cobertura dental, el empleador debe contribuir, como mínimo, el 50% de la prima del empleado (excepto para los planes voluntarios). Si se paga el 100%, todos los empleados elegibles deben inscribirse.	
	Indique aquí la cantidad de la contribución del empleador al plan dental:	
	Para los empleados _____% Para los jubilados (si corresponde) _____%	Para los dependientes _____% Para los dependientes de jubilados (si corresponde) _____%

Sección SB2: Cobertura de la vista*

17	Elija el primer plan	Elija el segundo plan
	Planes de la vista voluntarios†	
	Elija el primer plan	Elija el segundo plan
* Asegurados por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life).		
† Para obtener acceso a un plan de la vista voluntario, se debe inscribir a un mínimo de 10 empleados que tengan cobertura médica de Blue Shield Life o, si no tienen la cobertura médica de Blue Shield Life, que el 25% de los empleados sean elegibles. C17607-ML-SB-SP		

18	Contribución del empleador requerida para los planes de la vista	
	Indique el porcentaje de las primas que pagará el grupo para los empleados y los dependientes. En el caso de la cobertura de la vista, el empleador debe contribuir, como mínimo, el 25% de la prima total del empleado (excepto para los planes voluntarios). Si se paga el 100%, todos los empleados elegibles deben inscribirse.	
	Indique aquí la cantidad de la contribución del empleador al plan de la vista:	
	Para los empleados _____%	Para los dependientes _____%
	Para los jubilados (si corresponde) _____%	Para los dependientes de jubilados (si corresponde) _____%

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

19	Elegibilidad: Todos los empleados de tiempo completo
	Seguro de vida/AD&D del empleado: <input type="checkbox"/> Cantidad fija \$ _____ <input type="checkbox"/> Múltiplo del salario _____ veces el salario, hasta un máximo de \$ _____ Las cantidades de beneficio establecidas según el salario se redondean al siguiente valor de \$1,000 más alto. <input type="checkbox"/> Escalonado: 1. Descripción de clase _____; cantidad de \$ _____. 2. Descripción de clase _____; cantidad de \$ _____. 3. Descripción de clase _____; cantidad de \$ _____. 4. Descripción de clase _____; cantidad de \$ _____. <input type="checkbox"/> Seguro de vida para dependientes: Elija la cantidad La cantidad de cobertura para dependientes que se indica es por dependiente, y la cobertura solo está disponible para los empleados que también eligen el seguro de vida. El beneficio para dependientes no puede ser superior al 50% del beneficio para el empleado. Los beneficios para niños de 14 días a 6 meses de edad equivalen al 10% del beneficio para dependientes.

20	Contribución del empleador requerida para el seguro de vida	
	Indique el porcentaje de las primas que pagará el grupo para los empleados y los dependientes. En el caso de la cobertura de seguro de vida, 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.	
	Indique aquí la cantidad de la contribución al seguro de vida:	
	Para los empleados _____%	Para los dependientes _____%
	Para los jubilados (si corresponde) _____%	Para los dependientes de jubilados (si corresponde) _____%

21	Seguro de vida suplementario y seguro AD&D suplementario grupales*: La cobertura está sujeta a los niveles de participación y a la Evidencia de Asegurabilidad.	
	Seguro de vida suplementario y seguro AD&D suplementario del empleado (marque todo lo que corresponda):	
	<input type="checkbox"/> Seguro de vida suplementario <input type="checkbox"/> Seguro AD&D suplementario Clase(s) elegible(s) _____ <input type="checkbox"/> "Todos los empleados elegibles" u <input type="checkbox"/> Otra _____ <input type="checkbox"/> Aumentos de \$ _____ <input type="checkbox"/> Múltiplo(s) del salario: _____ veces el salario Máximo de \$ _____ Emisión garantizada de \$ _____	
	Seguro de vida suplementario y seguro AD&D suplementario para el cónyuge o la pareja doméstica. Solo está disponible si el empleado también elige el seguro de vida suplementario, y no puede superar el 50% de la cantidad del beneficio del empleado. (Marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Seguro de vida suplementario <input type="checkbox"/> Seguro AD&D suplementario Aumentos de \$ _____ hasta un máximo de \$ _____ Emisión garantizada de \$ _____	
	Seguro de vida suplementario y seguro AD&D suplementario para uno o más hijos. Solo está disponible si el empleado también compra el seguro de vida suplementario y el seguro AD&D suplementario, y no puede superar el 50% de la cantidad del beneficio del empleado. Aumentos de \$ _____ hasta un máximo de \$ _____	

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

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

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

Pago (cheque depositado; esta cantidad se aplicará a la prima del primer mes)

- 23** Por medio de este documento, el grupo acepta ofrecer un depósito inicial basado en la inscripción prevista en Blue Shield y, si la solicitud presentada se aprueba, promete pagarle a esta empresa según corresponda cualquier saldo necesario para formar el pago inicial total correspondiente a los beneficios grupales identificados en este formulario. Se entiende que la cobertura no empezará hasta que la solicitud haya sido aprobada y las condiciones de cobertura hayan sido aceptadas por el empleador.
- Tenga en cuenta que depositar el cheque del grupo no significa que la solicitud del grupo esté aprobada. Blue Shield of California reembolsará al grupo el depósito completo si se rechaza la solicitud del grupo.

Acuerdo

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

Autorización y firma

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

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

Firma del representante autorizado del grupo

Nombre y puesto (en letra de imprenta)

Fecha

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

26	Nombre de la empresa del productor principal		
	Nombre del contacto del productor principal	Número de teléfono del contacto del productor principal	
	Dirección de la oficina del productor principal		
	Ciudad	Estado	Código postal
	Dirección electrónica del contacto del productor principal		
	N.º de identificación fiscal del productor principal		
	Número de licencia del Department of Insurance (Departamento de Seguros) del contacto del productor principal		
	Nombre de la empresa del productor secundario		
	Nombre del contacto del productor secundario	Número de teléfono del contacto del productor secundario	
	Dirección de la oficina del productor secundario		
	Ciudad	Estado	Código postal
	Dirección electrónica del contacto del productor secundario		
	N.º de identificación fiscal del productor secundario		
	Número de licencia del Department of Insurance (Departamento de Seguros) del contacto del productor secundario		
_____	_____	_____	
Fecha de hoy (obligatoria)	Firma del productor principal (obligatoria)	Nombre del productor en letra de imprenta	
_____	_____	_____	
Fecha de hoy (obligatoria)	Firma del productor secundario (si corresponde)	Nombre del productor en letra de imprenta	
27	Número de identificación fiscal de la agencia general		
	Nombre de la agencia general		
	Fecha de hoy (obligatoria)	Firma autorizada del agente general (obligatoria)	Nombre del contacto del agente general en letra de imprenta

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' ákohwiindzindoogí: Díí naaltsoosish yíiniłta'go bíniǰhah? Doo bíniǰhahgóó éí, naaltsoos nich'í' yiidóoltaǰíí ła' nihee hółó. Díí naaltsoos áldó' t'áá Diné k'ehjí ádoonííł nínízingo bíǰhah. Doo ɓaąh ílínígó shíká' adoowoł nínízingó nihich'í' béesh bee hodíłnih dóó námboo éí díí Blue Shield bee néího' díłzinígí bine'déé' bikáá' éí doodagó éí (866) 346-7198 jí' 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)

મહમ: 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 បានដើរឬទេ? 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 kiag 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 ਫੋਨ ਕਰੋ। ਵਧੇਰੇ ਮਦਦ ਲਈ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ ਇਨਸੂਰੈਂਸ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। Punjabi

សេវាកម្មភាសាភូតគីតថ្ងៃ។ 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 hólíqodoo nínízingo éí bííghah. Naaltsoos naanínáhájeehígí shich'í' yíidooltah éí doodagó ła' shich'í' ádoolníí nínízingo bííghah. Shíká a'doowoł nínízingo nihich'í' béesh bee hodílnih dóo námbóo éí díí ninaaltsoos dootł'ízhígí bee néiho'dílninígí bine'déé' bikáá' éí doodagó éí (866)346-7198jí' hodílnih. Hózhó shíká anáá'doowoł nínízingo éí díí béeso ách'áqah naa'nil bíł haz'áají' 1-800-927-4357jí' hodílnih. Navajo

ບໍລິການແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ທ່ານສາມາດຂໍເອົາຜູ້ແປພາສາໄດ້. ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ອ່ານເອກະສານໃຫ້ທ່ານຟັງ ແລະ ສົ່ງເອກະສານບາງຢ່າງທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ໃຫ້ໂທຫາພວກເຮົາຕາມເບີໂທລະສັບທີ່ມີ ໃນບັດປະຈໍາຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ໂທຫາເບີ1-866-346-7198. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມໂທຫາ ພະແນກ ປະກັນໄພຂອງ ລັດຄາລິຟໍເນຍໄດ້ທີ່ເບີ1-800-927-4357. Laotian