



# Solicitud Grupal Principal para Pequeñas Empresas

Fecha de comienzo: 1 de julio de 2025

Blue Shield of California y

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

Fecha de comienzo de la cobertura solicitada: \_\_\_\_\_

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

## 1A Información del empleador

Nombre legal del grupo

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

Si corresponde, nombre comercial (DBA, por sus siglas en inglés):

Clasificación industrial estándar (SIC, por sus siglas en inglés) y descripción de la industria

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

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección de facturación (si es distinta de la anterior)

Ciudad

Estado

Código postal

Lugar de la sede del grupo

(si es distinto de la "Dirección comercial principal en California" indicada arriba): número y calle (no se aceptan casillas postales)\*

Ciudad

Estado

Código postal

País

\* 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.

## 1B Tamaño del grupo y empleados fuera del estado

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 contratados entre 1 y 100 FTE en total, incluidos los equivalentes de FTE (sin incluir a los propietarios de empresas unipersonales, los socios de una sociedad colectiva, sus cónyuges, sus parejas domésticas legales o los accionistas del 2 % de una sociedad tipo S), 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 aplicable del proceso de evaluación para la aprobación del seguro, como los requisitos relacionados con la contribución y la participación.

En California, se usan la definición y el recuento de empleados de tiempo completo y equivalentes de tiempo completo para determinar el tamaño del grupo y si la mayoría de los empleados trabajan en California. Difiere de la definición y el recuento de "empleados elegibles", que se usan principalmente para determinar qué empleados son elegibles para inscribirse en la cobertura y si el grupo cumple con el requisito de 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 de 130 horas de servicio en total durante un mes calendario.
- **Equivalente de FTE:** este cálculo es para contar los empleados que tienen un promedio de menos de 30 horas de servicio por semana, quienes conjuntamente se cuentan como el equivalente de un empleado de tiempo completo.
- **Cálculo de 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 (no incluya más de 120 horas de servicio por empleado). Divida la cantidad total por 120. Si el resultado es una fracción, redondéelo hacia abajo.

|                                                                                               |                                                                                                                       |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| <b>Cantidad total actual de FTE y equivalentes de FTE</b> _____                               | Si la cantidad actual es mayor que 100, ¿cuántos trabajaron en el trimestre calendario anterior?                      | _____ |
|                                                                                               | Si la cantidad del trimestre calendario anterior es mayor que 100, ¿cuántos trabajaron en el año calendario anterior? | _____ |
| <b>Cantidad total actual de FTE y equivalentes de FTE que trabajan fuera del estado</b> _____ | Cantidad total de FTE y equivalentes de FTE que trabajaron fuera del estado durante el trimestre calendario anterior  | _____ |
|                                                                                               | Cantidad total de FTE y equivalentes de FTE que trabajaron fuera del estado durante el año calendario anterior        | _____ |

## 1C Información de contacto del grupo

Solamente el contacto principal puede obtener acceso a la información del grupo.

|                            |                    |                       |
|----------------------------|--------------------|-----------------------|
| <b>Contacto principal</b>  | Nombre             | Puesto                |
|                            | Número de teléfono | Dirección electrónica |
| <b>Contacto secundario</b> | Nombre             | Puesto                |
|                            | Número de teléfono | Dirección electrónica |

☐ Marque aquí para registrar el contacto principal que tendrá acceso a la cuenta en Internet para ver y/o administrar 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 dentro de la empresa. Para inscribirse o hacer cambios en la cuenta, visite [blueshieldca.com/employer](https://blueshieldca.com/employer).

## 1D Tipo de entidad legal

Elija un tipo de entidad legal:

- ☐ Sociedad tipo S   ☐ Sociedad tipo C   ☐ Sociedad colectiva o sociedad limitada   ☐ Empresa unipersonal  
☐ Sociedad de responsabilidad limitada   ☐ Sin fines de lucro   ☐ Otro (especifique) \_\_\_\_\_

## 1E Empresas afiliadas y subsidiarias

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

¿Los propietarios de esta empresa tienen una cotitularidad con alguna otra empresa y son elegibles para presentar una declaración de impuestos estatal combinada con esa empresa o empresas?

- ☐ Sí (Complete la información que se pide más abajo).  
☐ No (Certifico que esta empresa no es elegible para presentar una declaración de impuestos estatal combinada con ninguna otra empresa).

| Nombre(s) legal(es) completo(s) de la(s) empresa(s) subsidiaria(s) o afiliada(s) | ¿Incluir en la cobertura?                               |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                                                                                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|                                                                                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|                                                                                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

## 2A Cobertura anterior y cobertura actual

Si el grupo tuvo o tiene actualmente cobertura médica, ¿cuál o cuáles fueron/son las aseguradoras más recientes? \_\_\_\_\_

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

Si contesta "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** Cantidad total de 20 o más empleados, que trabajaron durante el 50 % de los días hábiles del año calendario anterior.
- ☐ **Cal-COBRA** Entre 2 y 19 empleados elegibles, que trabajaron durante el 50 % de los días hábiles del año calendario anterior; o si no estuvo en actividad durante el año calendario anterior, durante el trimestre calendario anterior.

A continuación, brinde información para todos los empleados de COBRA federal y/o Cal-COBRA:

|               | Escribir la cantidad de inscritos actuales | Escribir la cantidad de empleados y/o familiares en período de elección | ¿Se presentaron los formularios de inscripción para todos los participantes que se inscriben? |
|---------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| COBRA federal |                                            |                                                                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                       |
| Cal-COBRA     |                                            |                                                                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                       |

## 3A Cantidades de empleados

|                                                         |                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| _____                                                   | <b>Cantidad total de empleados:</b> cuente todos los empleados de tiempo completo y de tiempo parcial sin tener en cuenta la elegibilidad para la cobertura, incluidos los propietarios y los directivos contratados. |
| _____                                                   | <b>Empleados elegibles*</b><br>Cantidad total de empleados de tiempo completo elegibles.                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿El grupo les ofrece cobertura a los empleados de tiempo parcial? Vea la definición de empleado de tiempo parcial más abajo.                                                                                          |

Si contesta "Sí", \_\_\_\_\_ Cantidad total de empleados de tiempo parcial elegibles.

**Cantidad total de empleados elegibles que se inscriben en la cobertura o que 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 que se indicó arriba.

|                      |                        |                        |                             |                                   |
|----------------------|------------------------|------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| <b>SE INSCRIBEN:</b> | Cobertura médica _____ | Cobertura dental _____ | Cobertura de la vista _____ | Cobertura de seguro de vida _____ |
| <b>RECHAZAN:</b>     | Cobertura médica _____ | Cobertura dental _____ | Cobertura de la vista _____ | Cobertura de seguro de vida _____ |

\* **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:

- **(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 el o 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 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 en el o los lugares habituales de actividades comerciales del empleador un promedio de 30 horas por semana de trabajo, o como mínimo 20 horas, pero no más de 29 horas, a tiempo parcial por semana normal de trabajo durante al menos el 50 % de los días hábiles del trimestre calendario anterior y el grupo ofrece cobertura para los empleados de tiempo parcial, cuando el grupo cumple con todos los requisitos de elegibilidad para empleadores pequeños.
- Como empleado elegible no se incluyen las personas que trabajan de manera temporal o como reemplazantes.

### 3B Elegibilidad del grupo

|                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿El grupo trabaja de forma activa en las actividades comerciales o en el servicio?<br>Si contesta "Sí", significa que la empresa brinda actualmente bienes o servicios.<br>Si contesta "No", significa que la empresa no brinda bienes o servicios actualmente.                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿El grupo se creó principalmente con el objetivo de comprar cobertura de salud?<br>Si contesta "Sí", significa que la empresa se creó solamente para obtener cobertura de atención de la salud, no para brindar bienes o servicios.<br>Si contesta "No", significa que la empresa se creó solamente para brindar bienes o servicios. |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿El grupo contrató entre 1 y 100 empleados durante al menos el 50 % de los días hábiles durante el trimestre calendario anterior o el año calendario anterior, y hay una relación de buena fe entre el empleado y el empleador?                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Su grupo tiene contratado, como mínimo, a un empleado W-2 ("de hecho") que está incluido en el formulario DE-9C del empleador, que cumple con la definición de "empleado elegible", y que no es un propietario de una empresa unipersonal, un socio de una sociedad colectiva ni su cónyuge o pareja doméstica registrada?          |

### 4 Información adicional del grupo

|                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Se les ofrece cobertura de salud a todos los empleados elegibles? (Los empleados que renuncian a la cobertura porque tienen cobertura grupal por medio de otro empleador no se consideran empleados elegibles a los fines de la participación).                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Todos los empleados y sus dependientes que estarán cubiertos por el contrato del plan trabajan o viven en el área de servicio donde el plan brinda o de alguna manera se encarga de que se brinden los servicios de salud?                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Están todos los empleados cubiertos por la compensación por accidentes de trabajo según lo exige la ley?                                                                                                                                                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿El grupo contrata tanto a empleados de una unión como a empleados que no son de una unión?                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿El grupo subcontrató a empleados de una Organización Profesional de Empleadores (PEO, por sus siglas en inglés) en las últimas seis semanas?<br>Un empleado subcontratado está contratado y es remunerado por la PEO. Cuando la PEO solamente brinda servicios administrativos, como la gestión de las nóminas, los empleados no están subcontratados. |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si contesta "Sí", ¿cancelará usted este acuerdo de subcontratación y contratará empleados?                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿El grupo es una empresa derivada?*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿El grupo es una empresa emergente?†                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

\* **Grupo de una empresa derivada:** una empresa formada recientemente en la que una mayoría de los empleados de la nueva empresa han abandonado una empresa establecida ("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 derivada deben haber estado inscritos en Blue Shield por medio de la empresa anterior. El nuevo grupo no debe haber compartido la titularidad con la empresa anterior. Comuníquese con su representante de ventas para obtener más información.

† **Grupo de una empresa emergente:** ha desempeñado actividades comerciales y ha contratado como mínimo a un empleado de hecho elegible durante menos de seis semanas, y cumple con todos los demás requisitos para empleadores pequeños.

### 5 Períodos de espera y de orientación del empleador

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. Si el empleador impone un período de orientación, al completar un formulario de inscripción de un empleado nuevo, la fecha de contratación será el primer día después de que termine el período de orientación.

También se puede imponer un período de espera antes de que empiece la cobertura, el cual empezará el primer día después de cualquier período de orientación y no superará los 90 días.

**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.

|                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>                                | La cobertura empezará el primer día del mes después de la fecha de contratación (si la contratación se hace el primer día del mes, la cobertura empezará el primer día del mes siguiente).                                                                    |
| <input type="checkbox"/>                                | La cobertura empezará el primer día del mes después de que pasen 30 días desde la fecha de contratación.                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/>                                | La cobertura empezará el primer día del mes después de que pasen 60 días desde la fecha de contratación.                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/>                                | La cobertura empieza el día 91 después de la fecha de contratación (si el grupo elige el período de espera de 91 días, es posible que se le facture de manera parcial).                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 de materiales

- Los formularios de Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) están disponibles para todos los planes de salud. Estos formularios brindan un resumen de la cobertura y los beneficios para todos los planes de manera uniforme. Inicie sesión en [blueshieldca.com/policias](https://blueshieldca.com/policias) para revisar los formularios SBC de cualquier plan antes de enviar una solicitud. Una vez que se haya aprobado la solicitud de cobertura del grupo, descargue el o los formularios SBC de los planes de beneficios específicos para su grupo en [blueshieldca.com/sbpd](https://blueshieldca.com/sbpd) para distribuirlos a los empleados.
- El grupo es responsable de distribuir de manera inmediata los folletos *Evidencia de Cobertura* (EOC, por sus siglas en inglés) y otros avisos necesarios relacionados con la cobertura ("materiales necesarios") a los empleados cubiertos. Las versiones electrónicas de los materiales necesarios se envían por correo electrónico directamente al administrador del grupo. Para obtener versiones impresas de los materiales necesarios, comuníquese con nosotros llamando 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 de planes Off-Exchange o Mirror, pero no de los dos. Los paquetes de planes no se pueden combinar. Dentro de un paquete de planes, se pueden ofrecer planes HMO y PPO juntos.

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

### Blue Shield of California Off-Exchange Package for Small Business

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

☐ Elija TODOS los planes PPO.

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

#### Planes PPO: Red Full PPO

- ☐ Platinum Full PPO 0/0 OffEx
- ☐ Platinum Full PPO 0/10 OffEx
- ☐ Platinum Full PPO 250/10 OffEx
- ☐ Platinum Full PPO 250/15 OffEx
- ☐ Gold Full PPO 0/35 OffEx
- ☐ Gold Full PPO 500/30 OffEx
- ☐ Gold Full PPO 750/30 OffEx
- ☐ Gold Full PPO 1000/30 OffEx
- ☐ Silver Full PPO 1700/60 OffEx
- ☐ Silver Full PPO 2100/65 OffEx\*
- ☐ Silver Full PPO 2350/70 OffEx
- ☐ Bronze Full PPO 4500/65 OffEx
- ☐ Bronze Full PPO 6250/65 OffEx
- ☐ Bronze Full PPO 6500/70 OffEx
- ☐ Bronze Full PPO 6850/55 OffEx
- ☐ Bronze Full PPO 7500/65 OffEx

#### Planes HDHP compatibles con HSA: Red Full PPO

- ☐ Gold Full PPO Savings 1750/15% HDHP PrevRx OffEx
- ☐ Silver Full PPO Savings 2300/30% OffEx
- ☐ Silver Full PPO Savings 2600/35% HDHP PrevRx OffEx
- ☐ Bronze Full PPO Savings 5700/40% OffEx
- ☐ Bronze Full PPO Savings 7500 OffEx

#### Planes HDHP compatibles con HSA:

##### Red Tandem PPO

- ☐ Gold Tandem PPO Savings 1750/15% HDHP PrevRx OffEx
- ☐ Silver Tandem PPO Savings 2300/30% OffEx
- ☐ Silver Tandem PPO Savings 2600/35% HDHP PrevRx OffEx
- ☐ Bronze Tandem PPO Savings 5700/40% OffEx
- ☐ Bronze Tandem PPO Savings 7500 OffEx

#### Planes Tandem PPO: Red Tandem PPO

- ☐ Platinum Tandem PPO 0/0 OffEx
- ☐ Platinum Tandem PPO 0/10 OffEx
- ☐ Platinum Tandem PPO 250/10 OffEx
- ☐ Platinum Tandem PPO 250/15 OffEx
- ☐ Virtual Blue<sup>SM</sup> Platinum Tandem PPO 250/20 OffEx
- ☐ Gold Tandem PPO 0/35 OffEx
- ☐ Gold Tandem PPO 500/30 OffEx
- ☐ Gold Tandem PPO 750/30 OffEx
- ☐ Gold Tandem PPO 1000/30 OffEx
- ☐ Virtual Blue<sup>SM</sup> Gold Tandem PPO 1500/45 OffEx
- ☐ Silver Tandem PPO 1700/60 OffEx
- ☐ Silver Tandem PPO 2100/65 OffEx\*
- ☐ Silver Tandem PPO 2350/70 OffEx
- ☐ Virtual Blue<sup>SM</sup> Silver Tandem PPO 2700/75 OffEx
- ☐ Bronze Tandem PPO 4500/65 OffEx
- ☐ Bronze Tandem PPO 6250/65 OffEx
- ☐ Bronze Tandem PPO 6500/70 OffEx
- ☐ Bronze Tandem PPO 6850/55 OffEx
- ☐ Bronze Tandem PPO 7500/65 OffEx
- ☐ Virtual Blue<sup>SM</sup> Bronze Tandem PPO 7500/75 OffEx

\* El plan Silver Full PPO 2100/65 OffEx y el plan Silver Tandem PPO 2100/65 OffEx brindan cobertura mejorada para los miembros a los que les diagnosticaron diabetes, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés) y enfermedad de la arteria coronaria (CAD, por sus siglas en inglés).

**Planes HMO**

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

☐

Elija TODOS los planes HMO.

☐

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

**Planes Access+ HMO:****Red Access+ HMO**

- ☐ Platinum Access+ HMO® 0/20 OffEx  
☐ Platinum Access+ HMO® 0/25 OffEx  
☐ Platinum Access+ HMO 0/30 OffEx  
☐ Gold Access+ HMO® 0/35 OffEx  
☐ Gold Access+ HMO® 500/35 OffEx  
☐ Gold Access+ HMO® 1000/35 OffEx  
☐ Gold Access+ HMO® 1500/35 OffEx  
☐ Silver Access+ HMO® 2300/70 OffEx  
☐ Silver Access+ HMO® 2750/70 OffEx  
☐ Bronze Access+ HMO® 7000/70 OffEx

**Planes Trio HMO:****Red Trio ACO HMO**

- ☐ Platinum Trio HMO 0/20 OffEx  
☐ Platinum Trio HMO 0/25 OffEx  
☐ Platinum Trio HMO 0/30 OffEx  
☐ Gold Trio HMO 0/35 OffEx  
☐ Gold Trio HMO 500/35 OffEx  
☐ Gold Trio HMO 1000/35 OffEx  
☐ Gold Trio HMO 1500/35 OffEx  
☐ Silver Trio HMO 2300/70 OffEx  
☐ Silver Trio HMO 2750/70 OffEx  
☐ Bronze Trio HMO 7000/70 OffEx

**Planes Local Access+ HMO:****Red Local Access+ HMO**

- ☐ Platinum Local Access+ HMO® 0/20 OffEx  
☐ Platinum Local Access+ HMO® 0/25 OffEx  
☐ Platinum Local Access+ HMO® 0/30 OffEx  
☐ Gold Local Access+ HMO® 0/35 OffEx  
☐ Gold Local Access+ HMO® 500/35 OffEx  
☐ Gold Local Access+ HMO® 1000/35 OffEx  
☐ Gold Local Access+ HMO® 1500/35 OffEx  
☐ Silver Local Access+ HMO® 2300/70 OffEx  
☐ Silver Local Access+ HMO® 2750/70 OffEx  
☐ Bronze Local Access+ HMO® 7000/70 OffEx

**Blue Shield of California Mirror Package for Small Business**☐

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

☐

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

**Planes Mirror Platinum**

- ☐ Blue Shield Platinum 90 PPO 0/15 PCP + Child Dental  
☐ Blue Shield Access+ Platinum 90 HMO® 0/20 PCP + Child Dental  
☐ Blue Shield Trio Platinum 90 HMO 0/20 PCP + Child Dental

**Planes Mirror Gold**

- ☐ Blue Shield Gold 80 PPO 350/25 PCP + Child Dental  
☐ Blue Shield Access+ Gold 80 HMO® 250/35 PCP + Child Dental  
☐ Blue Shield Trio Gold 80 HMO 250/35 PCP + Child Dental

**Planes Mirror Silver**

- ☐ Blue Shield Silver 70 PPO 2500/55 PCP + Child Dental  
☐ Blue Shield Silver 70 HDHP PPO 2300/30% PCP + Child Dental Alt  
☐ Blue Shield Access+ Silver 70 HMO® 2500/55 PCP + Child Dental  
☐ Blue Shield Trio Silver 70 HMO 2500/55 PCP + Child Dental

**Planes Mirror Bronze**

- ☐ Blue Shield Bronze 60 PPO 5800/60 PCP + Child Dental  
☐ Blue Shield Bronze 60 HDHP PPO 7500/0% PCP + Child Dental Alt  
☐ Blue Shield Trio Bronze 60 HMO 7000/70 PCP + Child Dental Alt

**7B Selecciones adicionales**

Elija las selecciones adicionales que desee según corresponda.

- ☐ **Sí; HealthEquity**

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

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

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

## 8A Beneficios especializados: Beneficios dentales

Elija una de las siguientes opciones de planes dentales:

- ☐ **Opción de plan dental Single.** Elija UNO de los siguientes planes (HMO o PPO).
- ☐ **Opción de plan dental Dual Choice.** Elija DOS de los siguientes planes (cualquier combinación de HMO o PPO).
- ☐ **Opción de plan dental Triple Choice.** Elija TRES de los siguientes planes en una de estas combinaciones:
- ☐ 2 planes Dental HMO y 1 plan Dental PPO.
- ☐ 3 planes Dental HMO.
- ☐ 2 planes Dental PPO y 1 plan Dental HMO. Esta opción exige que usted ofrezca planes médicos de Blue Shield. Los dos planes Dental PPO deben tener un beneficio de ortodoncia o bien no tener ese beneficio.

### Planes Dental HMO

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

### Planes Dental PPO

- |                                                                   |                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bronze DPPO/\$1000/MAC                   | <input type="checkbox"/> Gold DPPO/\$1500/U90/Adult+Child Ortho     |
| <input type="checkbox"/> Bronze DPPO/\$1000/MAC/Child Only Ortho  | <input type="checkbox"/> Gold DPPO/\$2000/U90                       |
| <input type="checkbox"/> Bronze DPPO/\$1500/MAC                   | <input type="checkbox"/> Gold DPPO/\$2000/U90/Adult+Child Ortho     |
| <input type="checkbox"/> Bronze DPPO/\$1500/MAC/Child Only Ortho  | <input type="checkbox"/> Platinum DPPO/\$2500/U90                   |
| <input type="checkbox"/> Silver DPPO/\$1500/MAC                   | <input type="checkbox"/> Platinum DPPO/\$2500/U90/Adult+Child Ortho |
| <input type="checkbox"/> Silver DPPO/\$1500/MAC/Adult+Child Ortho | <input type="checkbox"/> Platinum DPPO/\$3000/U90                   |
| <input type="checkbox"/> Silver DPPO/\$1500/U90                   | <input type="checkbox"/> Platinum DPPO/\$3000/U90/Adult+Child Ortho |
| <input type="checkbox"/> Silver DPPO/\$1500/U90/Adult+Child Ortho | <input type="checkbox"/> Platinum DPPO/\$5000/U90                   |
| <input type="checkbox"/> Gold DPPO/\$1500/MAC                     | <input type="checkbox"/> Platinum DPPO/\$5000/U90/Adult+Child Ortho |
| <input type="checkbox"/> Gold DPPO/\$1500/MAC/Adult+Child Ortho   | <input type="checkbox"/> Diamond DPPO/\$3000/U95                    |
| <input type="checkbox"/> Gold DPPO/\$2000/MAC                     | <input type="checkbox"/> Diamond DPPO/\$3000/U95/Adult+Child Ortho  |
| <input type="checkbox"/> Gold DPPO/\$2000/MAC/Adult+Child Ortho   | <input type="checkbox"/> Diamond DPPO/\$5000/U95                    |
| <input type="checkbox"/> Gold DPPO/\$1500/U90                     | <input type="checkbox"/> Diamond DPPO/\$5000/U95/Adult+Child Ortho  |

### Planes Dental PPO voluntarios\*

- |                                                           |                                                                            |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bronze Voluntary DPPO/\$1000/MAC | <input type="checkbox"/> Bronze Voluntary DPPO/\$1000/MAC/Child Only Ortho |
| <input type="checkbox"/> Bronze Voluntary DPPO/\$1500/MAC | <input type="checkbox"/> Bronze Voluntary DPPO/\$1500/MAC/Child Only Ortho |

\* Los planes dentales voluntarios exigen la inscripción de un empleado elegible. Los planes voluntarios incluyen un período de espera de 12 meses para los servicios mayores y los servicios de ortodoncia (plan Ortho).

## 8B Beneficios especializados: Beneficios de la vista\*

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

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

| Ultimate Vision for<br>Small Business (12-12-12)                          | Preferred Vision for<br>Small Business (12-12-24)                          | Basic Vision for<br>Small Business (12-24-24)                          |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ultimate Vision Plus 0/0/150/150                 | <input type="checkbox"/> Preferred Vision Plus 0/0/150/150                 | <input type="checkbox"/> Basic Vision Plus 0/0/150/150                 |
| <input type="checkbox"/> Ultimate Vision 0/0/150                          | <input type="checkbox"/> Preferred Vision 0/0/150                          | <input type="checkbox"/> Basic Vision 0/0/150                          |
| <input type="checkbox"/> Ultimate Vision Plus 10/25/150/150               | <input type="checkbox"/> Preferred Vision Plus 10/25/150/150               | <input type="checkbox"/> Basic Vision Plus 10/25/150/150               |
| <input type="checkbox"/> Ultimate Vision 10/25/150                        | <input type="checkbox"/> Preferred Vision 10/25/150                        | <input type="checkbox"/> Basic Vision 10/25/150                        |
| <input type="checkbox"/> Ultimate Vision 0/0/120                          | <input type="checkbox"/> Preferred Vision 0/0/120                          | <input type="checkbox"/> Basic Vision 0/0/120                          |
| <input type="checkbox"/> Ultimate Vision 10/25/120                        | <input type="checkbox"/> Preferred Vision 10/25/120                        | <input type="checkbox"/> Basic Vision 10/25/120                        |
| <input type="checkbox"/> Ultimate Vision Voluntary 10/25/150 <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> Preferred Vision Voluntary 10/25/120 <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> Basic Vision Voluntary 10/25/120 <sup>1</sup> |

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

<sup>1</sup> Los planes de la vista voluntarios exigen la inscripción de un (1) empleado elegible como mínimo.

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

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

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

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

El seguro de vida/por muerte y desmembramiento accidentales (AD&D, por sus siglas en inglés) para empleados exige la inscripción de dos empleados elegibles.

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

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

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

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

| Brinde una descripción de la clase |  | Fijo                              | Múltiplo del salario                                              |                                          |
|------------------------------------|--|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Hasta un máximo de cuatro clases   |  | Indique la cantidad del beneficio | Elija el multiplicador del salario                                | Indique la cantidad del beneficio máximo |
| Clase 1                            |  | \$ _____                          | <input type="checkbox"/> 1 vez o <input type="checkbox"/> 2 veces | \$ _____                                 |
| Clase 2                            |  | \$ _____                          | <input type="checkbox"/> 1 vez o <input type="checkbox"/> 2 veces | \$ _____                                 |
| Clase 3                            |  | \$ _____                          | <input type="checkbox"/> 1 vez o <input type="checkbox"/> 2 veces | \$ _____                                 |
| Clase 4                            |  | \$ _____                          | <input type="checkbox"/> 1 vez o <input type="checkbox"/> 2 veces | \$ _____                                 |

## 9 Contribuciones del empleador

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

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

## 10A Información del productor (debe completarla el productor o el agente general)

|                                                                                                   |                                                                                                                      |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Nombre de la agencia del productor (según está asociado al número de identificación fiscal)       | Número de identificación 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                                                               | Número de teléfono del productor                                                                                     |               |
| Dirección del productor; número y calle (no se aceptan casillas postales)                         |                                                                                                                      |               |
| Ciudad                                                                                            | Estado                                                                                                               | Código postal |
| ¿El productor tiene un contacto delegado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                                                                                                                      |               |
| Si contesta "Sí", indique el nombre del delegado                                                  | Dirección electrónica del delegado                                                                                   |               |
| ¿Hay una comisión compartida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No             |                                                                                                                      |               |
| Nombre del productor n.º 2                                                                        | Si contesta "Sí", especifique los porcentajes:<br>productor n.º 1 _____%; productor n.º 2 _____%                     |               |
| Número de identificación fiscal del productor n.º 2                                               |                                                                                                                      |               |

## 10B 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 está completa y es correcta. Le he explicado al solicitante, de manera fácil de entender, el riesgo que supone para el solicitante brindar información incorrecta, y el solicitante entendió las explicaciones.

**Aviso importante: Si usted declara intencionalmente como verdadero cualquier hecho fundamental que sabe que es falso, estará sujeto a una multa civil de hasta veinte mil dólares (\$20,000) de acuerdo con la Sección 1389.8 del California Health and Safety Code (Código de Salud y Seguridad de California), además de cualquier sanción o determinación disponible que corresponda conforme a la ley vigente.**

|                     |                                   |                                                         |
|---------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Fecha (obligatoria) | Firma del productor (obligatoria) | Nombre del productor en letra de imprenta (obligatorio) |
| _____               | X _____                           | _____                                                   |

## 10C Información del agente general (debe completarla el productor o el agente general, si corresponde)

|                                                                                       |                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre de la agencia general (según está asociado al número de identificación fiscal) | Número de identificación fiscal de la agencia general (para el pago de comisiones) |
| Nombre del contacto de la agencia general                                             | Dirección electrónica del contacto de la agencia general                           |

## 11 Declaraciones y firma del empleador

Al firmar abajo, 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 habrá 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 las primas que se pedían 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 falseó intencionalmente cualquier hecho fundamental en relación con esta solicitud dentro de los primeros 24 meses siguientes a la emisión de la cobertura, es posible que Blue Shield tome alguna de las siguientes determinaciones: que se cancele la cobertura, que se cambien las cuotas/primas correspondientes o que, previo aviso, se cancele el contrato de servicios de salud.
4. Para su protección, la ley de California exige que en este formulario aparezca lo siguiente: Toda persona que, con conocimiento, presente información falsa o fraudulenta para obtener o cambiar una cobertura de seguro, o para hacer una reclamación para el pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y a la reclusión en una prisión estatal.

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