# Formulario de Aplicación Grupal Principal (para grupos de 101 empleados en adelante)

**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: ☐ Sociedad tipo S ☐ Sociedad tipo C ☐ Sociedad colectiva ☐ Empresa con un solo dueño ☐ Sociedad de responsabilidad limitada ☐ Sin fines de lucro ☐ Otro (especifique) _____ **N.° 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)? ☐ Sí ☐ No | | |
| 5 | ¿El grupo tiene planeado ofrecer Blue Shield junto con el plan de otra aseguradora? ☐ Sí ☐ No | | |
| | Fecha de comienzo inicial de la cobertura de la otra aseguradora (mes/día/año): | | |
| | ¿El grupo tiene empresas subsidiarias o afiliadas? ☐ Sí ☐ No | | |
| | Si contestó "Sí", detalle lo siguiente: | Número de identificación fiscal | ¿Incluir en la cobertura? |
| | Nombre legal n.° 1 | | ☐ Sí ☐ No |
| | Nombre legal n.° 2 | | ☐ Sí ☐ No |
| | Nombre legal n.° 3 | | ☐ Sí ☐ No |
| | ¿Están todos los empleados cubiertos por la compensación por accidentes de trabajo según lo exige la ley? ☐ Sí Nombre de la aseguradora: _____ ☐ No Si contestó "No", explique: _____ | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **6** | **Contacto del grupo:** | | |
| | Contacto general del grupo (principal; contacto general diario) | A. Nombre del contacto del grupo | B. Puesto de trabajo |
| | | C. Número de teléfono | D. Dirección electrónica (obligatoria) |
| | Contacto del administrador en línea (Esto se aplica si usted brinda su elegibilidad a Blue Shield a través de la herramienta electrónica exclusiva de Blue Shield) | 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 *Evidencia de Cobertura*/Certificado de Seguro (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 las obligaciones legales 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 para encuestas | A. Nombre del contacto del grupo | B. Puesto de trabajo |
| | | C. Número de teléfono | D. Dirección electrónica (obligatoria) |
| | Contacto adicional (especifique) | 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, detállelo 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 empezará el primer día del mes DESPUÉS DE LA FECHA DE CONTRATACIÓN**

a. ☐ Si la contratación se hace el primer día del mes, la cobertura **empezará el primer día del mes siguiente**. Ejemplo: si un empleado fue contratado el 1 de enero, la cobertura empezará el 1 de febrero.
   - ☐ Todos los empleados
   - ☐ Otro (describa) _____

b. ☐ Si la contratación se hace el primer día del mes, la cobertura **empezará el día de la contratación**. Ejemplo: si un empleado fue contratado el 1 de enero, la cobertura empezará el 1 de enero.
   - ☐ Todos los empleados
   - ☐ Otro (describa) _____

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

Ejemplo: si un empleado fue contratado el 15 de enero, la cobertura empezará después de 30 días, o sea, el 1 de marzo.

- ☐ 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 enero, la cobertura empezará después de 60 días, o sea, el 1 de abril.

- ☐ 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 recontratados en:
☐ 1 mes ☐ 90 días ☐ 3 meses ☐ 6 meses ☐ 12 meses ☐ 13 semanas
☐ Cualquier momento; la cobertura empieza el día de la recontratación ☐ Cualquier momento; la cobertura empieza el primer día del mes después de la fecha de recontratación

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 decidir si los empleados y el grupo son elegibles para obtener la cobertura, nos basamos en la información que brinda el grupo.<br>**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]).<br>**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).<br>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 calendario.<br>Para calcular 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.<br>**3. Empleado elegible:** Este término se usa para identificar qué empleados son elegibles para inscribirse y seguir inscritos en la cobertura, y se define de la siguiente manera:<br>• Es un empleado 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 normales de actividades comerciales del empleador; o<br>• Es un propietario de una empresa con un solo dueño o 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.<br>• No se consideran empleados elegibles las personas que trabajan a tiempo parcial, de manera temporal o como reemplazantes. |
| | **8a.** Cantidad total de empleados: |
| | **8b.** Cantidad total de empleados de tiempo completo elegibles: |
| | **8c.** Cantidad total de empleados elegibles que se inscriben en la cobertura de Blue Shield (complete hasta donde usted sabe): |
| | **8d.** Cantidad total de empleados elegibles que rechazan la cobertura de Blue Shield (complete hasta donde usted sabe): |
| | **8e.** Cantidad total de FTE y equivalentes de FTE: |
| | **8f.** ¿Tiene planeado ofrecerles la cobertura de Blue Shield a sus empleados fuera del estado?<br>☐ Sí ☐ No<br>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? | ☐ Sí | ☐ 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? | ☐ Sí | ☐ 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. | ☐ Sí | ☐ No |
| | **9f.** Si contestó "Sí" en 9e, marque todo lo que corresponda:<br>☐ Jubilados anticipados menores de 65 años ☐ Jubilados de 65 años o más<br>¿El grupo hará contribuciones a la cobertura para jubilados? | ☐ Sí | ☐ No |
| | **9g.** ¿Necesita que su cobertura para jubilados se facture aparte de la de sus empleados activos? | ☐ Sí | ☐ 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 | | |
| **9h. Opcional:** Las selecciones de los beneficios son automáticamente las mismas que las que hace el miembro (MLB1, por sus siglas en inglés), y los dependientes solo pueden elegir la misma cantidad de beneficios que los del suscriptor o menos, independientemente de las selecciones de beneficios médicos. Al marcar la siguiente casilla, elimino esta opción y todos los dependientes inscritos tendrán los mismos beneficios que el suscriptor y deberán inscribirse en los beneficios médicos. | | ☐ | |

## 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.<br>Nombre del administrador de COBRA: _____<br>La facturación de los miembros de COBRA debe enviarse al: ☐ Grupo ☐ 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** | |
| | Select first plan | Select second plan |
| | Select third plan | Select fourth plan |
| | **Planes Access+ HMO®** | |
| | Select first plan | Select second plan |
| | Select third plan | Select fourth plan |
| | **Planes Local Access+ HMO® [1]** | |
| | Select first plan | Select second plan |
| | 1 Los productos Local Access+ HMO solo están disponibles en condados designados: Marín, Orange, San Francisco, San Luis Obispo, Santa Clara, Santa Cruz, Sonoma, Stanislaus, 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 POS℠** | |
| | Select first plan | Select second plan |
| | **Planes Full PPO/EPO** | |
| | Select first plan | Select second plan |
| | Select third plan | Select fourth plan |
| | **Planes PPO Savings** | |
| | Select first plan | Select second plan |
| | Select third plan | Select fourth plan |
| | **Planes Virtual Blue℠** | |
| | Select first plan | Select second plan |
| | **Planes Tandem PPO/EPO** | |
| | Select first plan | Select second plan |
| | Select third plan | Select fourth plan |
| | **Planes Active Choice® Plus/Active Choice® Classic** | |
| | Select first plan | Select second plan |
| | **Planes Blue Shield 65 Plus℠** | |
| | ☐ Plan personalizado (adjunte el Resumen de Beneficios personalizado) | |
| 12 | **Contribución del empleador requerida para los planes de salud de Blue Shield**<br>Detalle 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. | |
| | **Escriba aquí la cantidad de la contribución del empleador al plan médico:** | |
| | **Para los empleados** _____ **%**<br>Para los jubilados (si corresponde) _____ % | **Para los dependientes** _____ **%**<br>Para los dependientes de jubilados (si corresponde) _____ % |

**13** **Planes de salud asociados a cuentas (ABHP) de Blue Shield**

Detalle si ofrece alguna de las siguientes opciones de cuentas (marque todo lo que corresponda) y brinde el nombre del administrador de cada programa. Detalle 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** |
|---|---|---|---|
| ☐ Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) | ☐ HealthEquity (modelo integrado; Blue Shield comparte los requisitos de elegibilidad y las reclamaciones)<br>• **Obligatorio con la inscripción en la cobertura médica:**<br>☐ Sí ☐ No<br>☐ Otro administrador (opción no integrada) | $ | $ |
| ☐ Cuenta de reembolso de gastos médicos (HRA) | ☐ HealthEquity (modelo integrado; Blue Shield comparte los requisitos de elegibilidad y las reclamaciones)<br>• **Obligatorio con la inscripción en la cobertura médica:**<br>☐ Sí ☐ No<br>☐ Otro administrador (opción no integrada) | $ | $ |
| ☐ Cuenta para el incentivo de la salud (HIA) | ☐ HealthEquity (modelo integrado; Blue Shield comparte los requisitos de elegibilidad y las reclamaciones)<br>• **Obligatorio con la inscripción en la cobertura médica:**<br>☐ Sí ☐ No<br>☐ Otro administrador (opción no integrada) | $ | $ |
| ☐ Cuenta de gastos flexibles de propósito limitado (LPFSA) (cobertura dental y de la vista) solo con HSA | ☐ HealthEquity (modelo integrado; Blue Shield comparte los requisitos de elegibilidad y las reclamaciones)<br>• **Obligatorio con la inscripción en la cobertura médica:**<br>☐ Sí ☐ No<br>☐ Otro administrador (opción no integrada) | $ | $ |
| ☐ Cuenta de gastos flexibles (FSA)<br>☐ FSA para atención médica<br>☐ FSA para atención de dependientes | ☐ HealthEquity (modelo integrado; Blue Shield comparte los requisitos de elegibilidad y las reclamaciones)<br>• **Obligatorio con la inscripción en la cobertura médica:**<br>☐ Sí ☐ No<br>☐ Otro administrador (opción no integrada) | $ | $ |

| | Selección de beneficios opcionales de Blue Shield of California | |
|---|---|---|
| **14** | • No se pueden comprar sin un plan médico.<br>• En el caso de los paquetes Dual Choice, se deben comprar los mismos beneficios opcionales para todos los planes elegidos.<br>• 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.). | |
| | **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:** |
| | Select plan type 1 | Select plan option 1 |
| | Select plan type 2 | Select plan option 2 |
| | Select plan type 3 | Select plan option 3 |
| | **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] | |
| | Select option 1 | Select option 2 |
| | Select option 3 | Select option 4 |
| | Elija el plan de medicamentos recetados (Enhanced Rx) que corresponda:[1] | |
| | Select option 1 | Select option 2 |
| | Select option 3 | Select option 4 |
| | Elija el plan de medicamentos recetados (Rx Spectrum) que corresponda:[1] | |
| | Select option 1 | Select option 2 |
| | Select option 3 | Select option 4 |
| | 1 Medicamentos de Nivel 4, incluidos los medicamentos especializados, 20 % hasta un máximo de $250. | |
| | **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] | |
| | Select option 1 | Select option 2 |
| | Select option 3 | Select option 4 |
| | Elija el plan de medicamentos recetados (Rx Spectrum) que corresponda:[1] | |
| | Select option 1 | Select option 2 |
| | Select option 3 | Select option 4 |
| | 1 Medicamentos de Nivel 4, incluidos los medicamentos especializados, 30 % hasta un máximo de $250. | |

## Sección 4b. Beneficios especializados. Selección de planes dentales, de la vista y de seguro de vida

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

**15** **El grupo puede elegir una de las siguientes opciones de planes:**

☐ **Opción de plan Single Dental**

☐ **Opciones de planes Dual Choice Dental**

• 1 DPPO + 1 DHMO • 1 DPPO + 1 DINO • 2 DHMO • 2 DPPO

☐ **Opciones de planes Triple Choice Dental**

• 1 DPPO + 1 DHMO + 1 DINO

**Dental HMO**

| Select option 1 | Select option 2 |
|---|---|

**Dental PPO**

| Select option 1 | Select option 2 |
|---|---|

**Dental INO**

Select option

**16** **Contribución del empleador requerida para los planes dentales**

Detalle 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.

**Escriba aquí la cantidad de la contribución del empleador al plan dental:**

| | |
|---|---|
| **Para los empleados** _____% | **Para los dependientes** _____% |
| Para los jubilados (si corresponde) _____% | Para los dependientes de jubilados (si corresponde) _____% |

### Sección SB2: Cobertura de la vista*

**17**

| Select option 1 | Select option 2 |
|---|---|

**Planes de la vista voluntarios†**

| Select option 1 | Select option 2 |
|---|---|

* 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**

Detalle 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.

**Escriba 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 que trabajan de forma activa

**Seguro de vida grupal temporal básico/AD&D para empleados:**

☐ **Cantidad fija** $ _____

☐ **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.

☐ **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 $ _____

☐ **Seguro de vida básico para dependientes:** Select amount

La cantidad de cobertura para dependientes que se indica es por dependiente (cónyuge/pareja doméstica y/o cada hijo) para una tarifa fija. Se requiere la inscripción del empleado en el seguro de vida grupal temporal básico; el beneficio para dependientes no puede ser mayor que el 50 % de la cantidad del beneficio del empleado. Los beneficios para niños de 14 días a 6 meses equivalen al 10 % de la cantidad del seguro de vida básico para dependientes elegida.

**20** **Contribución del empleador requerida para el seguro de vida grupal temporal básico/AD&D**

Detalle el porcentaje de las primas que pagará el grupo para los empleados y los dependientes. En el caso de la cobertura para empleados, el grupo debe contribuir, como mínimo, el 25 % de la prima total del empleado. Si el grupo paga el 100 % de las primas del empleado (consideradas sin contribución), todos los empleados de tiempo completo (que trabajan de forma activa) deben estar inscritos.

**Escriba aquí la cantidad de la contribución al seguro de vida grupal temporal básico/AD&D:**

| | |
|---|---|
| **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):

☐ Seguro de vida suplementario ☐ Seguro AD&D suplementario

Clase(s) elegible(s) ☐ Todos los empleados elegibles o ☐ Clases _____

☐ Aumentos de $_____ o ☐ Múltiplo(s) del salario:_____ veces el salario

Máximo de $ _____ o _____ veces el salario, la cantidad que sea menor

Emisión garantizada de $ _____ Rango de edades _____

Emisión garantizada de $ _____ Rango de edades _____

Emisión garantizada de $ _____ Rango de edades _____

**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 ser mayor que ☐ el 50 % o ☐ el 100 % de la cantidad del beneficio del empleado (marque todo lo que corresponda):

☐ Seguro de vida suplementario ☐ Seguro AD&D suplementario

Aumentos de $ _____ hasta un máximo de $ _____

Emisión garantizada de $ _____ Rango de edades _____

Emisión garantizada de $ _____ Rango de edades _____

Emisión garantizada de $ _____ Rango de edades _____

| | |
|---|---|
| **21** | **Seguro de vida suplementario y seguro AD&D suplementario para uno o más hijos.**<br>Solo está disponible si el empleado también compra el seguro de vida suplementario y el seguro AD&D suplementario, y no puede ser mayor que ☐ el 50 % o ☐ el 100 % de la cantidad del beneficio del empleado (marque todo lo que corresponda).<br>☐ Seguro de vida suplementario ☐ Seguro AD&D suplementario<br>Aumentos de $ _____ hasta un máximo de $ _____<br>Emisión garantizada de $ _____ Rango de edades _____<br>Emisión garantizada de $ _____ Rango de edades _____<br>Emisión garantizada de $ _____ Rango de edades _____<br>*Asegurados por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life). C17607-ML-SB-SP |

**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.<br>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.<br>**Nota:** Puede iniciar sesión en **blueshieldca.com/policies** y descargar el *Resumen de Beneficios y Cobertura* (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. |

**Acuerdo**

| | |
|---|---|
| **23** | Por medio de este documento, el grupo pide los productos grupales elegidos en este formulario de aplicación, tal como se detallan esos planes de beneficios en el o los resúmenes de beneficios, y entiende y acepta lo siguiente:<br>1. Los beneficios del grupo no tendrán validez a menos que:<br>a. Blue Shield reciba y apruebe el formulario de aplicación; y<br>b. 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).<br>2. El grupo acepta pagarle puntualmente a Blue Shield las cuotas o primas mensuales requeridas.<br>3. El grupo acepta lo siguiente:<br>a. Inscribir a todos los empleados cuando sean elegibles si el Contrato de Servicios de Salud o la Póliza Grupal se hacen sin contribución.<br>b. 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 hacen con contribución.<br>4. 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.<br>5. 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 forma 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.<br>6. 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.<br>Se entiende que el grupo acepta recibir mensajes electrónicos de Blue Shield. |

| Autorización y firma | |
|---|---|
| **24** | La siguiente sección de autorización debe estar firmada por el contacto o representante principal del grupo. **Este documento es un formulario de aplicación para obtener cobertura. El grupo entiende que no habrá un contrato de cobertura hasta que Blue Shield haya terminado la revisión y haya comunicado a la persona que aplica o a su productor que el formulario de aplicación ha sido aceptado y que se ha hecho un contrato grupal de servicios de salud. El representante del grupo certifica que, hasta donde él o ella sabe, todas las respuestas brindadas en este formulario de aplicación son verdaderas y correctas, y están completas. El grupo entiende que, si cometió fraude o falseó intencionalmente cualquier hecho fundamental en relación con este formulario de aplicación, es posible que Blue Shield of California tome alguna de las siguientes decisiones dentro de los primeros 24 meses de cobertura: que se cancele la cobertura grupal, que se ajusten las cuotas o primas correspondientes, o bien 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, correctas, y están completas.**<br><br>Firma del representante autorizado del grupo _____ Nombre y puesto (en letra de imprenta) _____ Fecha _____ |
| | Para su protección, la ley de California exige que aparezca lo siguiente en este formulario:<br>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. |
| | La ley de California prohíbe que las compañías de seguros de salud exijan o usen una prueba de VIH como condición para obtener cobertura de seguro de salud. |

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

**25** 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

Número 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

Número de identificación fiscal del productor secundario

Número de licencia del Department of Insurance del contacto del productor secundario

**Declaración del productor/agente general**

Declaración del agente/corredor de seguros que brinda ayuda para presentar este formulario de aplicación: (1) Hasta donde yo sé, la información del formulario está completa y es correcta; y (2) le he explicado a la persona que aplica, de manera fácil de entender, el riesgo que significa para esta persona brindar información incorrecta, y entendió las explicaciones.

Si un agente o corredor de seguros intencionalmente declara como verdadero cualquier hecho fundamental que sabe que es falso, esa persona estará sujeta a una multa civil de hasta diez mil dólares ($10,000), además de cualquier sanción o determinación disponible que corresponda según la ley actual. Cualquier fiscal puede presentar un proceso civil para imponer una multa civil. Estas multas se deben pagar al Insurance Fund (Fondo del Seguro).

| _____ 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 |

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 |
|---|---|---|