

## Solicitud matriz colectiva

# Blue Shield of California y Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

Para grupos de 2 a 50 empleados elegibles

**Vigencia: 1 de enero de 2009**

Aproveche el procedimiento rápido

**Esta conveniente lista de comprobación le facilitará reunir toda la información y los formularios que necesita para el procesamiento de su paquete de solicitud. ¡Marque todas las casillas y listo!**

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Solicitud matriz colectiva (formulario C15385)</li> <li><input type="checkbox"/> Solicitud de inscripción del empleado (formulario C12914)</li> <li><input type="checkbox"/> Las Declaraciones de salud (formulario C15825) son necesarias para la emisión garantizada de los grupos de 2 a 14 empleados a inscribirse y para todos los grupos de emisión no garantizada.</li> <li><input type="checkbox"/> Los Cuestionarios para el empleador (formulario C15146) son necesarios para los grupos de emisión garantizada de 15 o más empleados a inscribirse. Estos deben estar fechados dentro de los siguientes 45 días a partir de la fecha de vigencia solicitada.</li> <li><input type="checkbox"/> "Declaración del Propietario individual, Socio o Director corporativo" (formulario C15293) para todos los propietarios/directores a inscribirse.</li> <li><input type="checkbox"/> La información de salarios de cada empleado será necesaria para la verificación de la elegibilidad, como sigue:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• DE-6 del trimestre anterior (anotar la condición del empleado actualizada, es decir, medio tiempo, tiempo completo o cancelado).</li> <li>• Los cuatro DE-6 del año anterior (todos) si la elegibilidad del grupo está basada en, o incluye, empleados de medio tiempo.</li> <li>• Los registros de nómina de pago (para los empleados contratados después de la presentación del DE-6).</li> <li>• Prueba de la elegibilidad del propietario/empleador si el propietario/empleador no está en el listado del DE-6 (al igual que lo indicado bajo "Grupos únicamente de propietarios" que encontrará más adelante).</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Formularios de rechazo de cobertura para todos los empleados elegibles y cualquier dependiente elegible que rechace la cobertura. Los Formularios de rechazo de cobertura no son necesarios para las solicitudes que son únicamente para seguro dental o de vida.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Una copia del estado de cuenta actual de la compañía aseguradora anterior (si corresponde)</li> <li><input type="checkbox"/> Formulario de discapacidad (si corresponde)</li> <li><input type="checkbox"/> Un <b>cheque comercial</b> por el monto de los pagos correspondientes al primer mes como depósito. Blue Shield of California/Blue Shield of California Life &amp; Health Insurance Company (Blue Shield Life) reembolsará el depósito completo al grupo si se rechaza la solicitud colectiva.</li> <li><input type="checkbox"/> Para los grupos que eligen cobertura Dental HMO o Dental PPO de Blue Shield, cobertura de la visa o seguro de vida con cobertura de salud, sólo se requiere un cheque de depósito. Únicamente anote en el cheque la parte correspondiente al pago de cada producto y emítalo pagadero a Blue Shield.</li> <li><input type="checkbox"/> Los Grupos únicamente de propietarios necesitarán enviar la documentación donde se verifique que son negocios activos, que tienen empleados permanentes de tiempo completo, que incluye, pero no se limita a la siguiente información:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Propietario individual: Formulario 1040 cuadro C del año calendario anterior</li> <li>• Sociedad: Formulario K-1 del año anterior de cada socio</li> <li>• Corporación: Artículos de incorporación (con el sello del estado pegado) que incluye a los funcionarios; formulario K-1 o el rechazo de cobertura firmado para cada funcionario elegible.</li> </ul> </li> </ul> |
|--|---|

# Solicitud matriz colectiva (para grupos de 2 a 50 empleados elegibles)

## Blue Shield of California y Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

Unidad de cobro colectivo

No escriba en el área sombreada.

Access+ HMO® plans	Shield Spectrum PPO <sup>SM</sup> plans	Added Advantage POS <sup>SM</sup> plan	Shield Spectrum PPO <sup>SM</sup> Savings plans
Active Choice <sup>SM</sup> plans*	Access Baja® HMO plans	Dental HMO plans	Dental PPO plans
Otros			

Escriba a máquina o claramente con letra de molde. Use tinta negra.

**1** Razón social legal Fecha de vigencia

---

**2** Dirección de cobro: número, calle, ciudad, estado, código postal (Si es un Apartado postal, llene la opción número 3 a continuación)

---

**3** Dirección física del negocio (si es distinta a la indicada anteriormente) Condado

---

**4** Nombre/puesto del contacto del grupo

Núm. de teléfono: (      )      Número de fax (      )

Dirección de correo electrónico:

---

**5** Entidad jurídica     Corporación     Sociedad     Propiedad individual     Otro (especifique)

---

**6** Tipo de negocio (proporcione tantos detalles como sea posible):

Indique las principales industrias y productos/servicios de su negocio

.....

.....

Códigos estándar de clasificación industrial (Código SIC) en el cual está clasificado su negocio:

---

**7** Enumere las compañías afiliadas o subsidiarias. Proporcione los nombres y direcciones. Identifique cuáles subsidiarias deberían incluirse en esta cobertura.

.....

.....

Si ninguna subsidiaria/compañía aplica, marque "N/A"     N/A

---

<b>8</b> Compañías aseguradoras anteriores	¿Ofrece a sus empleados planes de salud de otras compañías aseguradoras? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, anote las fechas del período de inscripción abierta Del: _____ al: _____
Fecha de inicio      Fecha de finalización		

Si se ofrece otra compañía aseguradora (además de Blue Shield), anote el nombre de la misma y la cantidad de empleados cubiertos por esta aseguradora

Nombre: \_\_\_\_\_ Cantidad de empleados: \_\_\_\_\_

---

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

**9** El plan PSP 2250/4500 (elegible para HSA) es el **único** plan de Blue Shield que puede usarse con cualquier producto complementario de la Sección 105 parcialmente financiado o financiado por el empleador.

¿Tiene planificado ofrecer algún plan complementario de la Sección 105 parcialmente financiado o financiado por el empleador?  Sí  No

¿Ofrece o tiene a disposición de sus empleados algún plan o producto que proporciona reembolso para cualquier deducible de Blue Shield, coaseguro o monto de gasto directo que no sea por medio de una cuenta HSA?  Sí  No

Si respondió que sí a cualquiera de las preguntas anteriores, ¿entiende y acepta que si usa cualquier plan de Blue Shield (que no sea PSP 2250/4500) con cualquier producto complementario de la Sección 105 parcialmente financiado o financiado por el empleador, o cualquier otro producto que proporcione reembolso para cualquier deducible de Blue Shield, coaseguro o monto de desembolso directo que no sea por medio de una cuenta HSA, nosotros cancelaremos su cobertura?  Sí  No

**10** Período de espera de un nuevo empleado: \_\_\_\_\_ meses (mínimo 0, máximo 6 meses).

Si el grupo tiene una excepción especial de su período de espera para empleados nuevos del nivel gerencial o ejecutivo, indíquelo aquí: (mínimo 0, máximo 6 meses): \_\_\_\_\_

Los nuevos empleados son elegibles para la inscripción en la primera fecha de facturación después de completar el período de espera del grupo.

**Ejemplo:** La fecha de contratación del empleado es 1/08/07 y el grupo tiene un período de espera de tres meses. El empleado es elegible para la inscripción a partir del 1/11/07. Si la fecha de contratación es el 2/08/07 y el grupo tiene un período de espera de tres meses, el empleado es elegible para la inscripción a partir del 1/12/07.

¿Se exonerará del período de espera para los empleados actuales que trabajan activamente?  Sí  No

**11** Cantidad total de empleados \_\_\_\_\_ Cantidad total de empleados **elegibles** \_\_\_\_\_ Cantidad total de empleados **inscritos** \_\_\_\_\_

Los grupos de 2 a 50 empleados a inscribirse, deberán llenar la Solicitud del empleado (C12914). Si usted tiene 2 a 14 empleados a inscribirse, ellos también deberán llenar la Declaración de salud (C15825).

Cantidad de empleados de tiempo completo en período de espera: \_\_\_\_\_ Cantidad de empleados que rechazan la cobertura: \_\_\_\_\_

**El empleador es responsable de recolectar los formularios de rechazo de cobertura.**

**Para empleadores con menos de 20 empleados:**

¿Tiene actualmente algún empleado inscrito en Medicare?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, proporcione una copia de las tarjetas de calificación de Medicare.

¿Hay empleados fuera del estado?  Sí  No ¿Cuántos empleados fuera del estado tiene? \_\_\_\_\_

¿Ofrece cobertura para los empleados fuera del estado?  Sí  No

**12** ¿Se les está ofreciendo cobertura médica a los empleados de tiempo completo que son elegibles?  Sí  No

Si la respuesta es No, explique:

**¿Están trabajando activamente todos los empleados elegibles de tiempo completo a quienes va a ofrecerles cobertura de salud por lo menos 30 horas por semana?**

Sí  No Si la respuesta es No, explique:

¿Desea ofrecerles cobertura a sus empleados permanentes que trabajan menos de 30 horas pero no menos de 20 horas por semana?

Sí  No

**13 Cobertura de pareja doméstica** (marque una opción) Las parejas domésticas en las opciones 1 y 2 también deben cumplir con los requisitos de elegibilidad de dependientes de Blue Shield, tal como está definido contractualmente.

1. Cobertura limitada: Registrado en el Estado de California (ambas personas han presentado una Declaración de unión doméstica ante el Estado de California. Ambas personas deben ser del mismo sexo. Se permite parejas del sexo opuesto si una de las personas de la pareja tiene por lo menos 62 años de edad y es elegible para el Seguro Social).

2. Cobertura amplia: No se requiere el Registro en el Estado de California (la pareja puede ser del mismo sexo o del sexo opuesto)

**14** ¿Están todos los empleados cubiertos por el plan de compensación para el trabajador conforme lo requerido por la ley?

Sí Nombre de la compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

No Si la respuesta es No, explique:

**15** ¿Hay algún participante de COBRA inscribiéndose en un plan de Blue Shield/Blue Shield Life que sea discapacitado o esté hospitalizado, o hay algún empleado activo que actualmente no esté trabajando, que esté discapacitado u hospitalizado?  Sí  No Si la respuesta es Sí, llene el Formulario de anexo de discapacidad N.º C11248.

**16** A) ¿Está su grupo sujeto a la ley federal COBRA?  Sí  No

B) ¿Cuántos participantes actualmente en COBRA o Cal-COBRA tiene? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos están en el período de elegibilidad? \_\_\_\_\_

## Beneficios médicos

### 17 Dual Choice<sup>1</sup> Marque esta casilla para Dual Choice (2 o más empleados a inscribirse). Elija un plan Access+ HMO y otro plan que no sea HMO.

**Paquete Suite Deal<sup>1,2</sup>**  Marque esta casilla para ofrecer todos los planes especificados que se detallan a continuación (2 o más empleados a inscribirse). Los empleadores pueden ofrecer Access Baja<sup>®</sup> HMO además del Paquete Suite Deal.

Access+ HMO	Shield Spectrum PPO	Shield Spectrum PPO Savings <sup>5</sup>
Access+ HMO Plan 20 Value	Shield Spectrum PPO Plan 500 Standard*	Shield Spectrum PPO Savings Plan 1800/3600*
Access+ HMO Plan 30	Shield Spectrum PPO Plan 500 Value*	Shield Spectrum PPO Savings Plan 3000/6000*
	Shield Spectrum PPO Plan 1000 Value*	
	Shield Spectrum PPO Plan 1500 Value*	
	Shield Spectrum PPO Plan 2000 Value* <sup>6</sup>	

**PlanSelect<sup>SM</sup> Packages<sup>3,4</sup>** Grupos con 2 a 50 empleados inscritos, seleccione entre 2 y 28 planes; no incluye los planes Access Baja. Los empleadores pueden ofrecer los planes Access Baja además de PlanSelect.

**Todos los planes**  **Planes seleccionados (elijá entre los planes a continuación)**

#### Access+ HMO

<input type="checkbox"/> Access+ HMO Plan 5	<input type="checkbox"/> Access+ HMO Plan 10	<input type="checkbox"/> Access+ HMO Plan 15	<input type="checkbox"/> Access+ HMO Plan 20
<input type="checkbox"/> Access+ HMO Plan 20 Value	<input type="checkbox"/> Access+ HMO Plan 30	<input type="checkbox"/> Access+ HMO Plan 25	<input type="checkbox"/> Access+ HMO Plan 40

#### Shield Spectrum PPO

<input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO Plan, Zero Deductible	<input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO Plan 250 Premier	<input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO Plan 250 Standard
<input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO Plan 500 Premier	<input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO Plan 500 Standard*	<input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO Plan 1000
<input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO Plan 500 Value*	<input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO Plan 750 Value*	<input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO Plan 3000*
<input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO Plan 1000 Value*	<input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO Plan 1500 Value*	<input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO Plan 2000 Value* <sup>6</sup>

#### Shield Spectrum PPO Savings<sup>5</sup>

<input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO Savings Plan 1800/3600*	<input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO Savings Plan 2250/4500
<input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO Savings Plan 2500*	<input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO Savings Plan 3000/6000*
<input type="checkbox"/> Shield Spectrum PPO Savings Plan 4800* <sup>7</sup>	

#### Added Advantage POS

Added Advantage POS Plan

#### Active Choice Plan\*<sup>7</sup>

Active Choice Plan 750 SG  
 Active Choice Plan 500 SG

#### Access Baja HMO

Access Baja HMO Plan 5  
 Access Baja HMO Plan 10

## Beneficios opcionales (no pueden adquirirse sin un plan médico)

### 18 Para los paquetes Dual Choice, Suite Deal y PlanSelect, cada beneficio opcional debe adquirirse para todos los planes médicos seleccionados.

<input type="checkbox"/> Tratamiento de abuso de sustancias como paciente hospitalizado	<input type="checkbox"/> Vision Basic 0/130	<input type="checkbox"/> Flexible spending account (cuenta de gasto flexible): Flex 123
<input type="checkbox"/> Anexo de infertilidad	<input type="checkbox"/> Vision Basic 10/130	<input type="checkbox"/> Premium Only Plan (POP)
<input type="checkbox"/> Access+ HMO y/o anexo de quiropráctico de POS	<input type="checkbox"/> Vision Basic 0/100	
<input type="checkbox"/> Access+ HMO y/o anexo de quiropráctico/acupuntura de POS	<input type="checkbox"/> Vision Basic 10/75	

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

- 1 Si se ofrece con un plan HMO de otra compañía, la participación mínima en los planes de Blue Shield combinados debe ser igual al que sea mayor entre cinco empleados inscritos o 50% de la cantidad total de empleados inscritos.
- 2 Se requiere la participación del 65% en el Paquete Suite Deal.
- 3 Se requiere la participación del 75% en los planes PlanSelect de Blue Shield.
- 4 Si se ofrece con un plan HMO de otra compañía, la participación mínima en los planes de Blue Shield combinados debe ser igual al que sea mayor entre cinco empleados inscritos o 75% de la cantidad total de empleados inscritos.
- 5 Plan de salud con deducible alto elegible para HSA.
- 6 La cobertura de medicamentos recetados de este plan únicamente proporciona cobertura para medicamentos genéricos y excluye específicamente la cobertura para recetas médicas de marca.
- 7 Cuando se ofrece un plan Active Choice o el Shield Spectrum PPO Savings Plan 4800 como un plan individual de Blue Shield Life junto con el plan HMO de otro asegurador: la inscripción mínima para Blue Shield Life es cinco empleados activos o 20% del total de empleados inscritos, lo que sea mayor.

## Beneficios dentales<sup>1</sup>

**19 Paquete Suite Deal Dental<sup>2</sup>**  Marque esta casilla para ofrecer todos los cinco planes especificados que se detallan a continuación (2 o más empleados a inscribirse).

Dental PPO – Smile Basic 75/1000/No Ortho/MAC	Dental HMO Basic
Dental PPO – Smile Value 50/1500/No Ortho/MAC	Dental HMO Plus
Dental PPO – Smile Deluxe Plus 2000 50/2000/Ortho/MAC	

**Dual Option<sup>3</sup>**  Marque esta casilla para Dual Option (2 o más empleados a inscribirse). Elija dos planes dentales entre los siguientes.

### PPO Smile plans

<input type="checkbox"/> Dental PPO – Smile <sup>SM</sup> Basic 75/1000/No Ortho/MAC	<input type="checkbox"/> Smile Deluxe 2000 50/2000/No Ortho/MAC
<input type="checkbox"/> Dental PPO – Smile Value 50/1500/No Ortho/MAC	<input type="checkbox"/> Smile Deluxe 50/1500/Ortho/MAC
<input type="checkbox"/> Dental PPO – Smile 50/1500/No Ortho/MAC	<input type="checkbox"/> Smile Deluxe Plus 2000 50/2000/Ortho/MAC
<input type="checkbox"/> Dental PPO – Smile Plus 50/1500/Ortho/MAC	<input type="checkbox"/> Smile Deluxe Gold 50/1500/Ortho/U85
<input type="checkbox"/> Dental PPO – Smile Plus Gold 50/1500/Ortho/U85	

### Dental HMO plans

<input type="checkbox"/> Dental HMO Basic	<input type="checkbox"/> Otro plan dental (especifique) _____
<input type="checkbox"/> Dental HMO Plus	_____
<input type="checkbox"/> Dental HMO Deluxe	_____

### Planes dentales voluntarios<sup>4</sup>

<input type="checkbox"/> Dental PPO – Smile Basic Voluntary 75/1000/No Ortho/MAC	<input type="checkbox"/> Dental HMO Voluntary
--	---

## Contribución del empleado

**20 Contribución médica:** El empleador debe contribuir ya sea (1) con un monto definido de al menos \$100 por empleado (o el costo de las tarifas totales del empleado, lo que sea menor) o (2) un mínimo de 50% de las tarifas totales del empleado.

**Indique aquí el monto de la contribución:** Para empleados \_\_\_\_% o \$ \_\_\_\_\_ Para dependientes \_\_\_\_% o \$ \_\_\_\_\_

Si el empleador contribuye con el 100% de las tarifas del empleado, todos los empleados elegibles para un plan de salud colectivo deben inscribirse en la cobertura que ofrece el grupo de cualquier compañía aseguradora o plan de salud.

**Contribución dental:** para la contribución del empleado, anote el porcentaje de tarifas pagadas por el empleador (debe ser por lo menos 50% de las tarifas totales del empleado) para los empleados y sus dependientes. Si es el 100%, todos los empleados elegibles deben inscribirse.

Indique aquí el monto de contribución: Para empleados \_\_\_\_% Para dependientes \_\_\_\_%

## Planes colectivos de seguro de vida temporal y MyDA\*

**21 Seguro de vida del empleado:** beneficio mínimo \$15,000. Si se elige nivelado, incluya la descripción de la clase.

Fijo \$ \_\_\_\_\_  Múltiplo del salario \_\_\_\_\_ multiplicado por el salario, máximo \$ \_\_\_\_\_  
 Nivelado \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_; \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_; \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
 Descripción de clase Descripción de clase Descripción de clase

100% pagado por el empleador  Contributivo: Empleador paga \_\_\_\_% por los empleados (mínimo 25%), \_\_\_\_% por los dependientes

**Elegibilidad:**  Todos los empleados de tiempo completo  Únicamente aquellos empleados inscritos en el plan Blue Shield/Blue Shield Life Medical Plan

Seguro de vida del dependiente (disponible únicamente con el seguro de vida/MyDA del empleado): \$ \_\_\_\_\_ cónyuge/pareja doméstica/hijos) (mín. \$1,000/máx. \$5,000, en incrementos de \$1,000; el beneficio del cónyuge/pareja doméstica debe ser igual al beneficio de los hijos). Para ser elegible para la cobertura de seguro de vida, los solicitantes deben estar trabajando activamente durante un mínimo de 20 horas a la semana y no se pueden inscribir en los planes Access Baja.

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

1 Si la cobertura dental es un anexo de la cobertura de salud, aplican los lineamientos de la participación de la cobertura de salud (excepto para el paquete voluntario o Suite Deal Dental).

2 Se requiere la participación del 65% en el paquete Suite Deal Dental.

3 Se requiere la participación del 75% si uno o ambos planes son planes no voluntarios.

4 Cuando se combina un plan no voluntario con un plan voluntario, se requiere la participación del 75% de los empleados elegibles. Cuando se ofrecen uno o dos planes voluntarios, no hay requisitos de participación de los empleados.

**Cobertura de la vista\*** (se puede adquirir con o sin plan médico)

<b>22 Vision Standard (12/12/24)</b>	<b>Vision Plus (12/12/24)</b>	<b>Vision Deluxe (12/12/12)</b>
<input type="checkbox"/> Vision Standard 0/75	<input type="checkbox"/> Vision Plus 0/75	<input type="checkbox"/> Vision Deluxe 0/100
<input type="checkbox"/> Vision Standard 10/75	<input type="checkbox"/> Vision Plus 10/75	<input type="checkbox"/> Vision Plus 10/130
<input type="checkbox"/> Vision Standard 25/75	<input type="checkbox"/> Vision Plus 0/100	<input type="checkbox"/> Vision Deluxe 10/100
<input type="checkbox"/> Vision Standard 0/100	<input type="checkbox"/> Vision Plus 10/100	<input type="checkbox"/> Vision Deluxe 0/130
<input type="checkbox"/> Vision Standard 0/130	<input type="checkbox"/> Vision Plus 0/130	<input type="checkbox"/> Vision Deluxe 10/130
<input type="checkbox"/> Vision Standard 10/130	<input type="checkbox"/> Vision Plus 10/130	

**Autorización** debe firmarse la siguiente sección de autorización.

(Blue Shield of California/Blue Shield Life requiere una copia original de este documento legal con la firma original).

**23** Ésta es únicamente una solicitud de cobertura. No existirá contrato de cobertura hasta que Blue Shield/Blue Shield Life complete su revisión y comunique al solicitante o al corredor del solicitante que la solicitud fue aceptada y que se emitirá un contrato colectivo de servicios de salud/póliza colectiva. Certifico según mi leal saber y entender, que todas las respuestas proporcionadas son verdaderas, correctas y completas. Entiendo que si he falsificado u omitido algún hecho sustancial, se puede cancelar cualquier cobertura aprobada por Blue Shield/Blue Shield Life, se puede rescindir el contrato de servicios de salud/póliza de seguros, o se pueden ajustar los pagos/tarifas que aplican.

Firma autorizada

Nombre y puesto (escribir con letra de molde)

Fecha

NOTA: Blue Shield Life no ofrece la cobertura de seguro de vida a los empleadores que tengan menos de 10 empleados debido a la ley estatal. Sin embargo, al solicitar ser un empleador participante en el Small Employer Group Trust (fideicomiso para empleadores de grupos pequeños), se puede obtener esta cobertura. El empleador entiende que el Small Employer Group Trust y su compañía aseguradora pueden basarse en esta solicitud y cualquier solicitud individual para decidir si permite participar al empleador en el Small Employer Group Trust. El empleador entiende y acepta que la cobertura no estará vigente: 1) antes de la fecha determinada por el Small Employer Group Trust y su compañía aseguradora y 2) antes de que el empleador haya pagado la prima del primer mes. El empleador entiende y acepta que el empleador recibirá una Enmienda de participación del Small Employer Group Trust y dicha Enmienda de participación se incorporará y será parte de la póliza de seguro de vida colectivo del Small Employer Group Trust. El empleador entiende y acepta que el Small Employer Group Trust le proporcionará al empleador una copia de dicha póliza de seguro de vida colectivo del Small Employer Group Trust, y que todas las comunicaciones relacionadas con dicha póliza deberán enviarse al Small Employer Group Trust y su compañía aseguradora, directamente a cargo.

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

## Información del productor (la debe llenar el productor o agente general)

24 Nombre del productor		Correo electrónico del productor	
Nombre del contacto/dirección de correo electrónico	Núm. de teléfono: (    ) (    )	Número de fax (    )	
Dirección del productor (no se aceptan apartados postales)			
Ciudad	Estado	CÓDIGO POSTAL	
Número de Identificación tributaria del agente general	Número de identificación tributaria del productor (las comisiones se declararán bajo este número)		
Número de licencia del Departamento de Seguros	Región	Número de código	
¿Es ésta una comisión dividida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, defina la división _____ % / _____ %	Nombre del segundo agente redactor	
Nombre del agente general		Correo electrónico del agente general	
¿Preferiría que nos comunicáramos con usted por fax o por correo electrónico?			
Fecha de hoy (obligatoria) ____ / ____ / ____	Firma del productor (obligatorio) X _____	Escriba el nombre con letra de molde _____	
<b>Certifico según mi leal saber y entender que todas las respuestas proporcionadas arriba son verdaderas, correctas y completas.</b>			
Ejecutivo(a) de cuentas de Blue Shield	Núm. de teléfono: (    )	Número de fax	Número de oficina
Ejecutivo y región de la cuenta		Gerente de cuenta/representante de servicio (si corresponde)	