PARA USO EXCLUSIVO DEL EMPLEADOR: N.º DE GRUPO DE BLUE KC _____ N.º DE CLASE _____ N.º DE SUBGRUPO _____

Kansas City

An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Solicitud grupal

BlueKC.com • One Pershing Square, 2301 Main, P.O. Box 419169, Kansas City, MO 64141-6169 • 816-395-2222

GRUPOS CON 2 A 50 EMPLEADOS

Complete todas las casillas de forma LEGIBLE (en letra de imprenta) CON LAPICERO DE TINTA AZUL O NEGRA y firme.

Preferred-Care Blue PPO | BlueSelect Plus PPO

I Información del grupo

1. NOMBRE DE LA COMPAÑÍA (NOMBRE LEGAL COMPLETO)			2. FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA SOLICITADA
3. DOMICILIO			4. P.O. BOX
5. CIUDAD	6. ESTADO	7. CÓDIGO POSTAL	8. CONDADO
9. NOMBRE DE CONTACTO	10. CARGO		11. N.º DE IDENTIFICACIÓN FISCAL FEDERAL
12. NÚMERO DE TELÉFONO	13. NÚMERO DE FAX	14. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
15. NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO ANTERIOR			
16. FECHA EN QUE SE ESTABLECIÓ EL NEGOCIO	17. NATURALEZA DEL NEGOCIO, INCLUIDAS LAS SUBSIDIARIAS		18. CÓDIGO SIC (SI SE CONOCE)

II Selección de la cobertura: Atención médica

19. SOLICITUD de cobertura médica *Seleccione hasta 3 productos en Preferred-Care Blue o BlueSelect únicamente*. *Se aplica solo a empleadores de Misuri:* si se ofrecen productos de Spira, también se debe ofrecer un producto que no sea de este servicio. Los beneficios de Spira se limitan a los servicios proporcionados por proveedores preferidos, excepto los servicios de cuidado de emergencia y ciertas visitas al consultorio por salud mental. Los servicios prestados por proveedores no preferidos no están cubiertos, a menos que se haya indicado específicamente. Los servicios cubiertos para determinadas visitas al consultorio por salud mental incluyen 2 visitas al consultorio por año calendario para diagnósticos o evaluaciones de salud mental con un proveedor no preferido que preste servicios dentro del alcance de su licencia.

PREFERRED-CARE BLUE

Primer (PPO)	Clásico (PPO)	Saver* (PPO)	Tradicional (PPO)	Valor (PPO)
☐ Oro 1,850 ☐ Plata 5,000 ☐ Bronce 6,850	☐ Oro 1,250 ☐ Plata 5,000	☐ Oro 1,500 ☐ Plata 3,500 ☐ Bronce 6,000	☐ Plata 3,500	☐ Bronce 7,750

BLUESELECT PLUS

Tradicional (PPO)	Saver* (PPO)	Spira Care (EPO)	Valor (PPO)
☐ Plata 3,500 ☐ Bronce 6,950	☐ Plata 3,500 ☐ Bronce 6,000	☐ Oro 2,750 ☐ Plata 5,000 ☐ Bronce 8,000 ☐ HSA Plata 3,750 ☐ HSA Bronce 5,750	☐ Bronce 7,750

III Selección de la cobertura: Oftalmológica

20. SOLICITUD de cobertura oftalmológica *Los grupos con 10 o más empleados inscritos en un producto para la vista pueden elegir dos (2) planes oftalmológicos.*

☐ Blue Vue Base	☐ Blue Vue 0/130	☐ Blue Vue 0/150	☐ Blue Vue 0/200
☐ Blue Vue 10/100	☐ Blue Vue 10/130	☐ Blue Vue 10/150	☐ Blue Vue 10/200

PARA USO EXCLUSIVO DEL EMPLEADOR: N.º DE GRUPO DE BLUE KC _____ N.º DE CLASE _____ N.º DE SUBGRUPO _____

IV Selección de la cobertura: Dental

21. SOLICITUD de cobertura dental *Elija ofrecer a sus empleados cobertura dental mediante la selección de un plan base. Es posible que los detalles del plan estándar no brinden una descripción completa de todas las características del plan. Los servicios de tipo IV están disponibles solo para grupos elegibles con diez (10) o más empleados inscritos en un producto dental. Blue KC no proporciona beneficios dentales pediátricos e independientes certificados por el intercambio de seguros que cumplan con la Ley Federal de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA) y no cumplan con el requisito de "seguridad razonable".*

Cobertura dental grupal ☐ Sí ☐ No

N.º	**Blue Dental (Tipo I/Tipo II)**	**Deducible individual de $50/Deducible familiar de $150**
1	☐ 100 % Tipo I/80 % Tipo II	Máximo de $1,000 por año calendario
	Blue Dental Plus (Tipo I/Tipo II/Tipo III)	**Deducible individual de $50/Deducible familiar de $150**
2	☐ 100 % Tipo I/80 % Tipo II/50 % Tipo III	Máximo de $1,000 por año calendario
3	☐ 100 % Tipo I/80 % Tipo II/50 % Tipo III	Máximo de $1,500 por año calendario
4	☐ 100 % Tipo I/90 % Tipo II/60 % Tipo III	Máximo de $1,000 por año calendario
5	☐ 100 % Tipo I/90 % Tipo II/60 % Tipo III	Máximo de $1,500 por año calendario
	Blue Dental Preferred (Tipo I/Tipo II/Tipo III/Tipo IV)	**Deducible individual de $50/Deducible familiar de $150 con máximo de $1.000 de por vida para servicios de ortodoncia**
6	☐ 100 % Tipo I/80 % Tipo II/50 % Tipo III/ 50 % Tipo IV	Máximo de $1,000 por año calendario
7	☐ 100 % Tipo I/80 % Tipo II/50 % Tipo III/ 50 % Tipo IV	Máximo de $1,500 por año calendario
8	☐ 100 % Tipo I/90 % Tipo II/60 % Tipo III/ 50 % Tipo IV	Máximo de $1,000 por año calendario
9	☐ 100 % Tipo I/90 % Tipo II/60 % Tipo III/ 50 % Tipo IV	Máximo de $1,500 por año calendario

PARA USO EXCLUSIVO DEL EMPLEADOR: N.º DE GRUPO DE BLUE KC _____ N.º DE CLASE _____ N.º DE SUBGRUPO _____

V Elegibilidad/Participación/Contribución

22. ¿Conoce a algún dependiente discapacitado? ☐ SÍ (proporcione detalles en una página separada) ☐ NO

23. ¿Alguna persona no está trabajando activamente (salvo que sea por las vacaciones programadas)?
☐ SÍ (proporcione detalles en una página separada) ☐ NO

24. ¿Hay algún propietario/socio que deba ser excluido de la indemnización por accidente laboral?
☐ SÍ ☐ NO Si la respuesta es "sí", proporcione los nombres.

25. La fecha de entrada en vigencia para los nuevos empleados y sus dependientes es la siguiente:
☐ Fecha de contratación ☐ El primer día del mes siguiente a la fecha de su contratación
☐ El primer día del mes siguiente a los 30 días ☐ El primer día del mes siguiente a los 60 días

26. Cantidad total de empleados a tiempo completo: _____ Cantidad total de empleados de medio tiempo: _____
Tiempo completo se define como trabajar al menos 30 horas por semana.

27. Cantidad total de empleados de tiempo completo elegibles que presentan la solicitud: ____

28. ¿Hay algún empleado elegible que se encuentre en el período de espera para nuevos empleados? ☐ SÍ ☐ NO Si la respuesta es "sí", proporcione nombres y envíe las solicitudes.

29. ¿Algún empleado/dependiente actual o anterior elegirá la continuación de cobertura de COBRA/estatal en esta nueva póliza grupal de BlueKC?
☐ SÍ ☐ NO
Si la respuesta es "sí", proporcione los nombres.

30. ¿ALGÚN EMPLEADO DE ALGUNA SUBSIDIARIA O COMPAÑÍA AFILIADA ESTARÁ CUBIERTO POR ESTE PLAN?
☐ SÍ ☐ NO (si la respuesta es "sí", complete toda la información) Nombre(s) de la compañía _____
_____ Número de identificación fiscal federal de cada subsidiaria _____
N.º de empleados _____ Dirección _____ Ciudad _____
Estado _____ Código postal _____ Condado _____

31. ¿Se ofrecerá cobertura a los empleados de una o más compañías no afiliadas? ☐ SÍ ☐ NO

VI Información sobre el seguro de vida de USAble

32. SOLICITUD de cobertura de seguro de vida *Seleccione solo un paquete. Cobertura de vida para dependientes para cónyuges ($5.000) e hijos ($2.000) de 6 meses a 26 años de edad incluida en todos los paquetes. Es posible que el resumen del paquete no brinde una descripción completa de todas las características del plan. Para cotizaciones personalizadas del seguro de vida para grupos con 10 o más empleados, se debe pedir una solicitud por separado. Comuníquese con un representante de USAble al 800-370-5856. La participación del empleado debe ser del 100 % si el empleador contribuye el 100 % del costo de la prima.*

Si tiene 2 o más empleados inscritos en el seguro de vida, puede seleccionar los paquetes del 5 al 8. Si contribuye menos del 100 % de la prima, se requiere una participación del 100 % si se inscriben 3 o menos empleados. Si se inscriben 4 o más empleados, se requiere una participación de, al menos, el 75 %.

☐ **Paquete 5**	☐ **Paquete 6**	☐ **Paquete 7**	☐ **Paquete 8**
$25,000 de seguro de vida para empleados	$25,000 de seguro de vida para empleados	$35,000 de seguro de vida para empleados	$35,000 de seguro de vida para empleados
No incluye cobertura por discapacidad a largo plazo.	Incluye la cobertura por discapacidad a largo plazo del paquete 6.	No incluye cobertura por discapacidad a largo plazo.	Incluye la cobertura por discapacidad a largo plazo del paquete 8.

Si tiene 5 o más empleados inscritos en el seguro de vida, puede seleccionar los paquetes del 5 al 8, o los paquetes del 9 al 10 que aparecen a continuación. La contribución del empleador debe ser de, al menos, el 75 % si se selecciona el paquete 9 o 10.

☐ **Paquete 9**	☐ **Paquete 10**
$50,000 de seguro de vida para empleados	$50,000 de seguro de vida para empleados
No incluye cobertura por discapacidad a largo plazo.	Incluye la cobertura por discapacidad a largo plazo del paquete 10.

33. Contribución del empleador para la cobertura del seguro de vida/por accidentes y discapacidad (ya sea en porcentaje o montos en dólares): _____
La contribución del empleador debe ser de, al menos, el 25 % para la cobertura del empleado.

34. ¿Las siguientes coberturas reemplazarán una cobertura similar de una aseguradora anterior? Si la respuesta es "sí", proporcione una copia del plan anterior.

	Cobertura	Si la respuesta es "Sí", proporcione información de la aseguradora anterior	Fecha de finalización
☐ SÍ ☐ NO	Seguro de vida/por accidente y discapacidad		

PARA USO EXCLUSIVO DEL EMPLEADOR: N.º DE GRUPO DE BLUE KC _____ N.º DE CLASE _____ N.º DE SUBGRUPO _____

Cobertura de USAble (continuación)

35. SOLICITUD de cobertura por discapacidad a largo plazo *Seleccione un solo paquete. Es posible que el resumen del paquete no brinde una descripción completa de todas las características del plan. La participación del empleado debe ser del 100 % si el empleador contribuye el 100 % del costo de la prima.* Si tiene 2 o más empleados inscritos en el seguro de vida, puede seleccionar los paquetes del 5 al 8. Si contribuye menos del 100 % de la prima, se requiere una participación del 100 % si se inscriben 3 o menos empleados. Si se inscriben 4 o más empleados, se requiere una participación de, al menos, el 75 %.

☐ Paquete 5	☐ **Paquete 6**	☐ Paquete 7	☐ **Paquete 8**
No incluye cobertura por discapacidad a largo plazo para el empleado.	$500 de cobertura por discapacidad a largo plazo para el empleado.	No incluye cobertura por discapacidad a largo plazo para el empleado.	$1,000 de cobertura por discapacidad a largo plazo para el empleado.
Incluye la cobertura de seguro de vida del paquete 5.	Incluye la cobertura de seguro de vida del paquete 6.	Incluye la cobertura de seguro de vida del paquete 7.	Incluye la cobertura de seguro de vida del paquete 8.

Si tiene 5 o más empleados inscritos en el seguro de vida, puede seleccionar los paquetes del 5 al 8, o los paquetes del 9 al 10 que aparecen a continuación. La contribución del empleador debe ser de, al menos, el 25 % si se selecciona el paquete 9 o 10.

☐ Paquete 9	☐ **Paquete 10**
No incluye cobertura por discapacidad a largo plazo para el empleado.	$1,500 de cobertura por discapacidad a largo plazo para el empleado.
Incluye la cobertura de seguro de vida del paquete 9.	Incluye la cobertura de seguro de vida del paquete 10.

36. Opciones del servicio de formulario W-2 para la cobertura por discapacidad a largo plazo

☐ Opción 1: retener los impuestos federales sobre la renta y la parte del empleado de los impuestos bajo la ley FICA. Preparar y archivar formularios W-2.

☐ Opción 2: retener los impuestos federales sobre la renta y la parte del empleado de los impuestos bajo la ley FICA. El beneficiario de la póliza renuncia a los Servicios de formularios W-2.

Se enviará por correo una descripción detallada de los servicios de formulario W-2 que el beneficiario de la póliza eligió, de conformidad con esta solicitud. Dichos servicios se prestarán de acuerdo con la elección anterior y los procedimientos estándar establecidos.

37. Contribución del empleador para la cobertura del seguro de vida/por accidentes y discapacidad (ya sea en porcentaje o montos en dólares): _____
La contribución del empleador debe ser de, al menos, el 25 % para la cobertura del empleado.

38. ¿Las siguientes coberturas reemplazarán una cobertura similar de una aseguradora anterior? Si la respuesta es "sí", proporcione una copia del plan anterior.

	Cobertura	Si la respuesta es "Sí", proporcione información de la aseguradora anterior	Fecha de finalización
☐ SÍ ☐ NO	Seguro por discapacidad a largo plazo		

VII Información sobre el seguro de vida de USAble

Se acuerda que el seguro grupal, sujeto a los términos y condiciones de las pólizas solicitadas, entrará en vigencia a partir de la fecha solicitada, siempre que esta solicitud sea aprobada por USAble Life por escrito. El seguro no entrará en vigencia a menos que se haya inscrito un mínimo de personas elegibles. Los cambios en los montos de los beneficios entrarán en vigencia en la fecha de aniversario de la póliza que coincida con la fecha del cambio o que sea posterior a esta. Si no se aprueba esta solicitud de seguro, el seguro no entrará en vigencia y se reembolsará cualquier pago anticipado, ya sea obligatorio u opcional. No se garantiza la aprobación de esta solicitud. El empleador no debe cancelar ninguna otra cobertura hasta que USAble Life notifique por escrito que se aprobó esta solicitud. NINGÚN AGENTE DE SEGUROS O CORREDOR ESTÁ AUTORIZADO A OTORGAR LA COBERTURA, APROBAR SOLICITUDES, MODIFICAR PÓLIZAS, O ALTERAR O RENUNCIAR A DERECHOS O REQUISITOS DE USAble Life. USAble Life no está afiliado a Blue Cross and Blue Shield of Kansas City, no ofrece productos ni servicios de Blue Cross ni Blue Shield, y es el único responsable de la cobertura de seguro de vida.

PARA USO EXCLUSIVO DEL EMPLEADOR: N.º DE GRUPO DE BLUE KC _____ N.º DE CLASE _____ N.º DE SUBGRUPO _____

VIII IMPORTANTE: Lea con atención

La Compañía declara que la información proporcionada anteriormente está completa y es precisa, lo cual se puede corroborar mediante los registros comerciales que la Compañía conserva. La Compañía comprende que la información proporcionada en el presente documento será la base de cualquier cobertura emitida y que esta solicitud se adjuntará e incorporará a cualquier póliza que Blue Cross and Blue Shield of Kansas City ("Blue KC") pueda emitir en virtud del presente. La Compañía acepta proporcionar la documentación solicitada por la aseguradora, en la cual se establece que se cumplen todos los requisitos de elegibilidad y participación correspondientes del contrato grupal. La Compañía acepta que proporcionar información incompleta, inexacta o inoportuna puede afectar la cobertura individual o grupal, o puede afectar las tarifas. La Compañía notificará a la aseguradora de inmediato sobre cualquier cambio en esta información que pueda afectar la elegibilidad de los empleados o de sus dependientes, incluida la incorporación de cualquier empleado o dependiente recientemente elegible. La aseguradora tendrá derecho a basarse en la información más actualizada que tenga en su poder con respecto a la elegibilidad de los empleados y sus dependientes para proporcionar cobertura.

Durante la rescisión del contrato grupal o después de esta, la Compañía otorga a la aseguradora permiso para usar o transferir a entidades externas, para fines de investigación y análisis, las reclamaciones y los datos médicos relacionados en posesión de la aseguradora. Las partes mantendrán la confidencialidad de cualquier información relacionada con las personas cubiertas, de acuerdo con cualquier ley aplicable. Ninguna de las partes podrá divulgar información comercial confidencial de la otra sin el consentimiento previo por escrito de esta.

Se entiende y acuerda que el seguro entrará en vigencia solo en la fecha especificada por la aseguradora, después de que esta haya aprobado la solicitud y se haya pagado la primera prima por completo. El cheque cancelado de la Compañía es un comprobante del depósito. El depósito se aplicará a la primera prima adeudada si se aprueba la solicitud de cobertura grupal. El depósito no es reembolsable después de que se haya aprobado y emitido la cobertura grupal.

NO CANCELE LA COBERTURA MÉDICA ACTUAL HASTA QUE RECIBA UNA NOTIFICACIÓN DE APROBACIÓN POR ESCRITO.

Firma del empleador _____ Fecha _____

Cargo _____

Información del agente de seguros / Solo para uso de la oficina de Blue KC

NOMBRE DEL AGENTE (EN LETRA DE IMPRENTA) NÚMERO DEL AGENTE	ACUERDO DE COMISIONES DE LA COBERTURA DE SALUD	ACUERDO DE COMISIONES DE LA COBERTURA DENTAL
NÚMERO DE TELÉFONO	ACUERDO DE COMISIONES DEL SEGURO DE VIDA	ACUERDO DE COMISIONES DE LA COBERTURA OFTALMOLÓGICA
NOMBRE DE LA AGENCIA	NÚMERO DE GRUPO DE BLUE KC	NÚMERO PRINCIPAL DE BLUE KC
CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO DE LA OFICINA DEL AGENTE	NÚMERO DEL AGENTE COMERCIAL	
FIRMA DEL AGENTE DE SEGUROS _____		FECHA _____

Avisos

Resumen de beneficios y cobertura

Si desea una copia de un Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) para el producto que está solicitando, visite BlueKC.com. También puede obtener una copia impresa, sin cargo alguno, llamando al 1-877-410-6716. La información en el SBC está sujeta a cambio antes de su fecha de vigencia.

Aviso relacionado con la protección de las creencias religiosas y las convicciones morales

Su cobertura no incluye la cobertura opcional para la interrupción del embarazo.