

Solicitud de grupo para empleador

Complete esta solicitud para solicitar cobertura colectiva. Los empleadores grandes con por lo menos 51 empleados en total deben llenar todas las secciones de la solicitud. Las secciones D y E no son obligatorias para los empleadores pequeños con 2 hasta 50 empleados.

Sección A		Información del grupo		Fecha de vigencia solicitada:	
1) Nombre legal del negocio que solicita cobertura			2) Opera bajo el nombre		
3) Dirección de facturación (¿es la misma que la dirección de correo postal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No)					
4) Ciudad		5) Estado	6) Código postal		7) Condado
8) Dirección física. Usar esta como dirección postal (si es diferente a la dirección de facturación anterior) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
9) Ciudad		10) Estado	11) Código postal		12) Condado
13) Número de teléfono ()			14) Número de identificación tributaria		
15) Indique los nombres de los negocios con propiedad común (en donde un propietario posea 50 % o más de más de un negocio) que estén solicitando cobertura como parte de esta oferta:					
Nombre de la empresa		Dirección de la empresa (calle, ciudad, estado)		N.º de empleados	Número de identificación tributaria
16) Nombre de contacto administrativo		17) Puesto	18) Número de teléfono ()		19) Dirección de correo electrónico
20) Nombre de contacto para facturación (si es diferente al 16)		21) Puesto	22) Número de teléfono ()		23) Dirección de correo electrónico
24) ¿Necesitará diferentes facturas para diferentes lugares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
25) Actual compañía de seguro médico colectivo (envíe una copia de su estado de cuenta de facturación más reciente).			26) Fecha de renovación actual		27) Años con la compañía de seguros

- 28) Para coordinación de beneficios de Medicare:
- a. En el año calendario anterior, ¿tuvo 100 o más empleados durante el 50 % de los días hábiles? Sí No
- b. En el año calendario anterior, ¿tuvo 20 o más empleados durante el 50 % de los días hábiles? Sí No
- c. Escriba cuántos empleados tiene: _____

Sección B Información de elegibilidad

29) Para determinar la clasificación del tamaño del grupo de su negocio, ¿cuál fue el número promedio de empleados que trabajaron en su negocio durante el año calendario anterior? (Use los números reportados en los informes de aportaciones trimestrales del año pasado). ► _____

30) Información actual de empleados:

a.	Número total de empleados activos:	
b.	Número de empleados elegibles para recibir cobertura de seguro médico:	
c.	Número de empleados NO elegibles para recibir cobertura de seguro médico:	
d.	Del número indicado en "b.", ¿cuántos renuncian al seguro?:	
e.	Cantidad en la letra "b." menos la de la letra "d.":	Esto debe ser igual a la cantidad de solicitudes que se envían para cobertura.

31) Escriba los siguientes detalles para cualquier empleado que actualmente no esté activo en el trabajo. Para cada empleado, elija de la siguiente lista la razón por la que no esté trabajando: (Si tiene políticas relacionadas con alguna de las razones indicadas abajo, incluya una copia)

Nombre	Último día de trabajo	Fecha prevista de regreso al trabajo o fecha final de cobertura	Código de razón	Códigos de razones:
				a. Actualmente bajo la Ley federal general consolidada de reconciliación presupuestaria (COBRA) o Continuidad a cargo del Estado, dentro del período de elección
				b. Despedido
				c. Permiso de ausencia por motivos médicos
				d. Permiso de ausencia por motivos no médicos
				e. Permiso militar
				f. Cobertura de salud a través de una indemnización
				g. Recibo de compensación de los trabajadores

Sección C**Información de elegibilidad**

- 32) La cobertura se debe ofrecer a todos los empleados elegibles con una semana de trabajo normal de 30 horas. Indique cuál es su requisito de horas si es menos de 30 horas a la semana. (Los pequeños empleadores pueden solicitar únicamente un mínimo de 20 horas a la semana. El requisito por hora de los empleadores grandes y pequeños no puede superar las 30 horas a la semana por ley):
-
- 33) Período de espera para que los nuevos empleados obtengan cobertura de seguro médico (*tome en cuenta que no puede ser mayor de 90 días*):
- | | |
|----|---|
| a. | Primer día del mes después de: <input type="checkbox"/> 0 días <input type="checkbox"/> 30 días <input type="checkbox"/> 60 días |
| b. | Inmediatamente después de: <input type="checkbox"/> 0 días <input type="checkbox"/> 30 días <input type="checkbox"/> 60 días <input type="checkbox"/> 90 días |
| c. | Otro: |
-
- 34) ¿Los empleados que regresan de un despido, permiso de ausencia, cambio de tiempo completo a medio tiempo o son recontratados tienen que completar el período de espera? Sí No (Si responde "no", incluya la información de su política)
-
- 35) Cláusula de política de inscripción tardía: Seleccione una de estas dos opciones:
- Nuestra política tendrá un período de inscripción abierta anual al momento de la renovación en donde los empleados y los dependientes no cubiertos pueden inscribirse en el plan. Fuera del período de inscripción abierta anual, no se aceptarán solicitudes.
- Nuestra política tendrá un período de espera de 90 días para empleados y dependientes no cubiertos antes de que inicie la cobertura.
-
- 36) La cancelación de los empleados está vigente: A fin de mes Al final del día
-
- 37) La cancelación por edad máxima de dependientes está vigente: A fin de año A fin de mes Al final del día
-
- 38) ¿Tiene un período de orientación adicional para nuevos empleados? Sí No *Si responde "sí", indique la duración (no debe ser de más de 30 días):*
-
- 39) ¿Está solicitando cobertura para pareja de hecho? Sí No *Si responde "sí", se necesita un Anexo de la pareja de hecho. (Proporcione la información de su política)*
-
- 40) ¿Está solicitando cobertura para jubilado? (*disponible para empleadores con 20 o más empleados inscritos*) Sí No (*Proporcione la información de su política*)
- | | |
|----|--------------------------------|
| a. | Número total de jubilados: |
| b. | Requisito de edad mínima: |
| c. | Requisito de años de servicio: |

Sección D**Solo para empleadores grandes (no es obligatorio para empleadores pequeños)**

- 41) Tipo de cobertura actual: HMO POS PPO Asegurado totalmente Financiado por cuenta propia Fecha de renovación: _____
- Si su cobertura incluye planes médicos de deducible alto, ¿financia usted alguno de los deducibles para sus empleados? Sí No
- Si responde "sí", ¿qué cantidad?: _____
-
- | | |
|---------------------------------|---|
| 42) Prima mensual total actual: | a) Próxima prima mensual de renovación o porcentaje de aumento: |
|---------------------------------|---|
-
- 43) Seleccione la estructura de niveles que prefiere:
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nivel 2 (soltero, familia) | <input type="checkbox"/> Nivel 3 especial (soltero, empleado + cónyuge o hijos, familia) |
| <input type="checkbox"/> Nivel 3 (soltero, empleado + 1, familia) | <input type="checkbox"/> Nivel 4 (soltero, empleado + cónyuge, empleado + hijos, familia) |
-
- 44) ¿Ofrecerá su empresa otra compañía de seguro médico junto con Prevea360? Sí No
- Si responde "sí", indique las compañías de seguro que se ofrecen:
-
- 45) **Clases de empleado:** ¿Quiere ofrecer diferentes beneficios por clase de empleado? Sí No
- Si responde "sí", seleccione qué clases tiene:
- Por hora Asalariados Sindicalistas No sindicalistas De medio tiempo De tiempo completo Administrativos No administrativos Ejecutivos
- Otro: _____
- Escriba cualquier clase que esté **excluyendo** de la cobertura:
-
- 46) En la pregunta 33 seleccionó un período de espera para los nuevos empleados. Si quisiera seleccionar diferentes períodos de espera por clase de empleado o permite diferentes cláusulas del plan por clase de empleado, escríbalos aquí (o envíe una lista con esta solicitud):
-
- 47) ¿Tiene diferentes requisitos por hora para las diferentes clases de empleados? Sí No *Si responde "sí", escríbalos aquí:*
-
- 48) ¿Tiene empleados con horarios variables? Sí No
- Si responde "sí", solicite a su representante de ventas la plantilla en su idioma para empleado con horarios variables y envíela con esta solicitud.*

Sección E

Preguntas médicas para empleadores grandes (no es obligatorio para empleadores pequeños)

49) Según mi leal saber y entender, ¿hay algún empleado o dependiente que será asegurado y:

- a. que esté totalmente discapacitado, confinado en un hospital o en una unidad de dependencia a químicos, que tenga permiso por enfermedad, permiso médico o trabajo menos del tiempo completo por alguna condición médica? Sí No
- b. que le haya dicho que le recomendaron recibir tratamiento, someterse a una operación quirúrgica o ser hospitalizado en los próximos seis meses? Sí No
- c. que ya sea elegible para recibir beneficios por discapacidad de algún tipo, o que ya los reciba, y que estén relacionados con una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal? Sí No

Escriba más información de las respuestas anteriores que sean afirmativas. Si fuera necesario, use hojas de papel adicionales.

Número de pregunta	Nombre	Condición	Fecha del diagnóstico	Tratamiento actual o fecha de recuperación	N.º de días de trabajo perdidos

Proporcione el manual/contrato del empleado que describa sus políticas y procedimientos con relación a la cobertura del empleado, períodos de espera y otra elegibilidad para ayudarlo a crear su póliza de seguro.

Sección F

Certificación del empleador/agente

Si la información proporcionada cambia durante la revisión de esta solicitud, comuníquese con Prevea360 para dar la información actualizada.

Todos los empleadores: Al firmar esta solicitud comprendo y estoy de acuerdo con que:

- a. Todas las declaraciones y respuestas que proporcione están completas y son verdaderas según mi leal saber y entender.
- b. Prevea360 se basará parcialmente en la información registrada en esta solicitud para tomar su decisión de aceptarla y emitir la cobertura o no hacerlo.
- c. Prevea360 puede retrasar/anular esta solicitud de cobertura por información incompleta, inexacta o extemporánea.
- d. La cobertura no está vigente hasta que Prevea360 proporcione la aceptación final. No debo cancelar mi cobertura actual hasta que haya recibido confirmación por escrito de Prevea360.
- e. Un empleado que no esté activamente en el trabajo en la fecha de vigencia asignada no será elegible hasta que haya regresado al trabajo a tiempo completo (con excepción del periodo de vacaciones o tiempo de permiso médico/por enfermedad).
- f. Un agente, agencia o corredor de seguros, que actúe en cualquier capacidad, no tiene autoridad para alterar esta solicitud y vincular a Prevea360 mediante ninguna promesa o representación, ni anular o cambiar términos, condiciones o cláusulas de la póliza de seguro colectiva o algún requerimiento impuesto por Prevea360.
- g. Acepto contribuir con un mínimo del 25 % de la cantidad de la prima de póliza individual para todos los empleados cubiertos.
- h. Ningún empleador puede solicitar que los empleados trabajen más de 30 horas a la semana para ser elegibles para la cobertura de seguro.
- i. Prevea360 puede negarse a emitir la cobertura a empleadores pequeños (excepto durante el período de inscripción garantizado de un mes al año) o terminar la cobertura para empleadores grandes o pequeños si no se cumplen los requisitos de participación mínima. Es posible que Prevea360 no pueda imponer una participación mínima más estricta que la siguiente lista:

Número de empleados elegibles	Requisitos de participación	Número de empleados elegibles	Requisitos de participación
2 a 4	2 participantes	5 a 6	3 participantes
7	4 participantes	8 a 9	5 participantes
10	6 participantes	11 a 25	50%
Más de 26	50 % (20 % si el empleador grande es de doble elección con otra compañía de seguros)		

Firma del representante del empleador: _____ Fecha de la firma: _____

Puesto del representante del empleador: _____

Sección G

Certificación del agente

Yo, como el agente emisor de la compañía, certifico que he participado activamente en la solicitud y colocación de este seguro. Comprendo que no tengo autoridad para alterar esta solicitud y vincular a Prevea360 mediante ninguna promesa o representación, ni anular o cambiar términos, condiciones o cláusulas de la póliza de seguro colectiva o algún requerimiento impuesto por Prevea360.

Firma del agente emisor de la compañía: _____ Fecha: _____

Nombre del agente en letra de molde: _____ Nombre de la agencia: _____