

# Solicitud de grupo para empleador

Complete esta solicitud para solicitar cobertura colectiva. Los empleadores grandes con por lo menos 51 empleados en total deben completar 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 entrada en vigor solicitada:

1) Nombre legal del negocio que solicita cobertura

2) Opera bajo el nombre

3) Dirección física. Use esta como dirección postal (si es diferente a la dirección de facturación indicada arriba)  Sí  No

4) Ciudad

5) Estado

6) Código postal

7) Condado

8) Dirección de facturación. ¿También la usa como dirección postal?  Sí  No

9) Ciudad

10) Estado

11) Código postal

12) Condado

13) 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 compañía	Dirección de la compañía (calle, ciudad, estado)	Número de empleados	Número de identificación tributaria	Nombre del propietario (50 % o más del negocio)

16) Nombre de contacto administrativo

17) Puesto

18) Teléfono ( )

19) Dirección de correo electrónico

20) Nombre de contacto para facturación (si es diferente al 16)

21) Puesto

22) Teléfono ( )

23) Dirección de correo electrónico

24) ¿Necesitará diferentes facturas para diferentes lugares?  Sí  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) ¿Tiene actualmente un Tercero administrador (Third Party Administrator, TPA) que administre los beneficios para Planes de arreglos de reembolso de gastos de salud (Health Reimbursement Arrangement, HRA) calificados?  Sí  No

Si respondió Sí, escriba el nombre de su TPA actual: \_\_\_\_\_

Será necesario completar un formulario más de autorización para permitir que las transmisiones de reclamos electrónicos se envíen desde Dean Health Plan a un TPA elegible para sus planes de HRA calificados. Hable con su ejecutivo de ventas de Dean Health Plan para obtener más información.

29) 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

30) 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 declarados en los informes de aportaciones trimestrales del año pasado). ▶ \_\_\_\_\_

31) Información actual de empleados:

a. Número total de empleados activos a tiempo completo (que trabajan al menos 130 horas al mes)

b. Número total de empleados activos equivalentes a tiempo completo (FTE)\* (que trabajan menos de 120 horas por mes):

c. Número de empleados elegibles para recibir cobertura de seguro médico:

d. Número de empleados NO elegibles para recibir cobertura de seguro médico:

e. Del número mencionado en "c.", ¿cuántos renunciaron al seguro?:

f. Cantidad en la letra "e." menos la de la letra "c.":

***Esto debe ser igual a la cantidad de solicitudes que se envían para cobertura.***

\*Si necesita ayuda para determinar la cantidad de FTE, comuníquese con su ejecutivo de ventas de Dean Health Plan.

32) Escriba la siguiente información para cualquier empleado que actualmente no esté activo en el trabajo. Para cada empleado, elija de la siguiente lista el motivo por el que no esté trabajando: *(Si tiene políticas relacionadas con alguno de los motivos mencionados abajo, incluya una copia)*

Nombre	Último día de trabajo	Fecha prevista de reincorporación al trabajo o fecha final de cobertura	Código del motivo	Códigos de motivos:
				a. Actualmente bajo la Ley federal general consolidada de reconciliación presupuestaria (COBRA) o Continuidad a cargo del Estado, en el 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 médica mediante una indemnización
				g. Recibe Compensación de los Trabajadores

## Sección C

### Información de elegibilidad

33) 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):

34) Período de espera para que los nuevos empleados obtengan cobertura de seguro médico: *(tenga en cuenta que no puede ser mayor de 90 días calendario)*

a. Primer día del mes después de:  0 días  30 días  60 días

b. Inmediatamente después de:  0 días  30 días  60 días  90 días

c. Otro:

35) En estas situaciones, ¿se les pide a los empleados que completen el período de espera?

a. Regreso de la suspensión de empleo  Sí  No      b. Regreso de un período de inactividad:  Sí  No      c. Recontratación  Sí  No      d. Tiempo parcial a tiempo completo  Sí  No

Si marcó NO para cualquiera de estas situaciones, escriba cuándo el empleado será elegible para la cobertura si no es inmediatamente después de que el empleado regrese a trabajar:

36) Cláusula de política de inscripción tardía: Seleccione una de estas dos opciones:

Nuestra política tendrá un período de inscripción abierta anual en el momento de la renovación cuando 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.

37) La cancelación de los empleados está vigente: A fin de mes es la disposición estándar para todos los grupos.

38) La cancelación por edad máxima de dependientes está vigente:  A fin de año  A fin de mes  Al final del día

39) ¿Tiene otro período de orientación para nuevos empleados?  Sí  No *Si respondió Sí, indique la duración (no debe ser de más de 30 días):*

40) ¿Está solicitando cobertura para pareja doméstica?  Sí  No *(Dé la información de su póliza) (Si respondió Sí, se necesita un Anexo firmado para pareja doméstica).*

41) ¿Está solicitando cobertura para jubilado? *(disponible para empleadores con 20 o más empleados inscritos)*  Sí  No *(Dé la información de su póliza)*

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)

42) Tipo de cobertura actual:  HMO  POS  PPO  Totalmente asegurado  Financiado por cuenta propia      Fecha de renovación \_\_\_\_\_

Si su cobertura incluye planes de deducible alto, ¿financia usted alguno de los deducibles para sus empleados?  Sí  No

Si respondió Sí, ¿qué cantidad? \_\_\_\_\_

43) Prima mensual total actual:

a) Próxima prima mensual de renovación o porcentaje de aumento:

44) Seleccione la estructura de niveles que prefiere:

Nivel 2 (soltero, familia)

Nivel 3 especial (soltero, empleado + cónyuge o hijos, familia)

Nivel 3 (soltero, empleado + 1, familia)

Nivel 4 (soltero, empleado + cónyuge, empleado + hijos, familia)

45) ¿Ofrecerá su empresa otra compañía de seguro médico junto con Dean Health Plan ("Dean")?  Sí  No

Si respondió Sí, indique las compañías de seguros que se ofrecerán:

46) **Clases de empleado:** ¿Quiere ofrecer diferentes beneficios por clase de empleado?  Sí  No

Si respondió Sí, seleccione qué clases tiene:

Por hora  Asalariados  Sindicalistas  No sindicalistas  De tiempo parcial  De tiempo completo  Administrativos  No administrativos  Ejecutivos

Otro: \_\_\_\_\_

Escriba cualquier clase que esté **excluyendo** de la cobertura:

47) La pregunta 33 le pedía seleccionar 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, escríbalo aquí (o envíe una lista con esta solicitud):

48) ¿Tiene diferentes requisitos por hora para las diferentes clases de empleados?  Sí  No Si respondió Sí, escríbalos aquí:

49) ¿Tiene empleados con horarios variables?  Sí  No

Si respondió 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

Los empleadores grandes con por lo menos 51 empleados en total deben responder todas las preguntas de esta sección. No es obligatorio que los empleadores pequeños con 2 hasta 50 empleados completen esta sección.

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

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 trabaje menos del tiempo completo por alguna condición médica?  Sí  No

b. Que le haya dicho que le recomendaron recibir tratamiento, 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

Dé 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 Dean para dar la información actualizada.

**Todos los empleadores:** Firmando esta solicitud, comprendo y estoy de acuerdo con que:

a. Todas las declaraciones y respuestas que dé están completas y son verdaderas según mi leal saber y entender.

b. Dean se basará parcialmente en la información registrada en esta solicitud para tomar su decisión de aceptarla y expedir la cobertura o no hacerlo.

c. Dean puede retrasar/anular esta solicitud de cobertura por información incompleta, inexacta o extemporánea.

d. La cobertura no está vigente hasta que Dean proporcione la aceptación final. No debo cancelar mi cobertura actual hasta que haya recibido confirmación por escrito de Dean.

e. Un empleado que no esté activamente en el trabajo en la fecha de entrada en vigor 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 bróker de seguros, que actúe en cualquier capacidad, no tiene autoridad para alterar esta solicitud y vincular a Dean mediante ninguna promesa o representación, ni anular o cambiar términos, condiciones o cláusulas de la póliza de seguro colectiva o algún requisito impuesto por Dean.

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. Dean 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 Dean no pueda imponer una participación mínima más estricta que la siguiente lista:

	Número de EE elegibles (sin jubilados, Cobra y exenciones)	Requisitos de participación
<b>Cobertura exclusiva de Dean Health Plan</b> (Grupos pequeños y grandes)	2-4	2 asegurados
	5-6	3 asegurados
	7	4 asegurados
	8-9	5 asegurados
	10	6 asegurados
	Más de 11	El número de asegurados debe ser el 50 % de los EE elegibles
<b>Cobertura de Dual Choice</b> (Solo para grupos grandes)	2-50	El número de asegurados debe ser el 50 % de los EE elegibles
	51-99	El número de asegurados debe ser el 50 % de los EE elegibles
	Más de 100	El número de asegurados debe ser el 50 % de los EE elegibles

## FIRMAS DEL EMPLEADOR Y EL AGENTE EN LA SIGUIENTE PÁGINA

**Sección F (continúa)****Certificación del empleador/agente**

---

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 Dean mediante ninguna promesa o representación, ni anular o cambiar términos, condiciones o cláusulas de la póliza de seguro colectiva o algún requisito impuesto por Dean.

Firma del agente emisor de la compañía: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del agente en letra de molde: \_\_\_\_\_ Nombre de la agencia: \_\_\_\_\_