

## Solicitud grupal del empleador

Complete este documento para solicitar cobertura grupal. Los empleadores grandes con al 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 un total de 2 a 50 empleados.

### Sección A

### Información del grupo

Fecha solicitada de entrada en vigencia:

1) Nombre legal de la empresa que solicita la cobertura		2) Operando bajo el nombre comercial de (dba)	
3) Dirección física: use esta dirección como dirección postal (si es diferente de la dirección de facturación a continuación). <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
4) Ciudad	5) Estado	6) Código postal	7) Condado
8) Dirección de facturación: ¿usar esta misma como dirección postal? <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 fiscal federal	
15) Enumere los nombres de las empresas con propiedad común (donde un propietario posee el 50 % o más de varias empresas):			

Nombre de la empresa	Dirección de la empresa (calle, ciudad, estado)	Cantidad de empleados	Número de identificación fiscal federal	Nombre del propietario (50 % o más de la empresa)	Solicitud de cobertura
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

16) Nombre del contacto administrativo	17) Cargo	18) Número de teléfono ( )	19) Dirección de correo electrónico
20) Nombre del contacto de facturación (si es diferente de la opción 16)	21) Cargo	22) Número de teléfono ( )	23) Dirección de correo electrónico
24) ¿Necesitará facturas separadas para varias ubicaciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
25) Aseguradora de salud grupal actual (Envíe una copia de su estado de cuenta más reciente).		26) Fecha de renovación actual	27) Años de afiliación con la aseguradora

28) ¿Tiene actualmente un Administrador de Terceros (TPA) que administre los beneficios para planes de Acuerdos de Reembolso de Salud (HRA) calificados?  Sí  No  
Si la respuesta es Sí, indique el nombre de su TPA actual: \_\_\_\_\_

Deberá completar un formulario de autorización adicional para permitir que Dean Health Plan envíe una fuente electrónica de reclamos a un TPA para sus planes de HRA calificados. Hable con su ejecutivo de ventas de Dean Health Plan para obtener más información.

29) Para la coordinación de beneficios de Medicare:

- a. En el año calendario anterior, ¿tuvo 100 empleados o más durante el 50 % de los días hábiles?  Sí  No
- b. En el año calendario anterior, ¿tuvo 20 empleados o más durante el 50 % de los días hábiles?  Sí  No
- c. Indique el recuento de empleados: \_\_\_\_\_

### Sección B

### Información de elegibilidad

30) Para determinar la clasificación del tamaño del grupo de su empresa, ¿cuál fue la cantidad promedio de empleados que trabajaron en su empresa durante todo el año calendario anterior? (Utilice las cantidades informadas en los informes trimestrales de contribuciones del año pasado). ► \_\_\_\_\_

31) Información actual del empleado:

a.	Cantidad total de empleados activos de tiempo completo (que trabajan al menos 130 horas por mes)
b.	Cantidad total de empleados activos equivalentes a tiempo completo (FTE)* (que trabajan menos de 120 horas por mes):
c.	Cantidad total de empleados actuales:
d.	De la cantidad indicada en "c", la cantidad de empleados elegibles para el seguro médico:
e.	De la cantidad indicada en "c", la cantidad de empleados NO elegibles para el seguro médico:
f.	De la cantidad indicada en "c.", cuántos renuncian al seguro:
g.	El monto en la letra "f." restado de la letra "d.": <b>Esto debe ser igual a la cantidad de solicitudes que se presentan para la cobertura.</b>

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

32) Proporcione los siguientes detalles para cualquier empleado que no esté activo actualmente en el trabajo. Para cada empleado, elija el motivo por el que no está trabajando activamente de la siguiente lista: *(Si tiene pólizas relacionadas con cualquiera de los motivos enumerados a continuación, proporcione una copia)*

Nombre	Último día de trabajo	Fecha prevista de regreso al trabajo o finalización de la cobertura	Código de motivo	Códigos de motivo:
				a. Actualmente en COBRA o Continuación estatal, dentro del período de elección
				b. Despido
				c. Licencia médica
				d. Licencia no médica
				e. Licencia militar
				f. Cobertura médica a través de un acuerdo de indemnización por despido
				g. Recepción de compensación laboral

## Sección C

### Información de elegibilidad

33) La cobertura debe ofrecerse a todos los empleados elegibles con una semana laboral normal de 30 horas. Indique cuál es su requisito por hora si es menos de 30 horas por semana. (Los empleadores pequeños solo pueden solicitar hasta un mínimo de 20 horas por semana. El requisito por hora para los empleadores grandes y pequeños no puede exceder las 30 horas por semana por ley):

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

- a. Primer día del mes siguiente:  0 días  30 días  60 días
- b. Inmediatamente después:  0 días  30 días  60 días  90 días
- c. Otro: \_\_\_\_\_

35) En las siguientes situaciones, ¿se requiere que los empleados cumplan con el período de espera?

- a. Regreso del despido  Sí  No b. Regreso de la licencia  Sí  No c. Recontratación  Sí  No d. De tiempo parcial a tiempo completo  Sí  No

Si se marca NO para cualquiera de estas situaciones, indique cuándo el empleado será elegible para la cobertura si no es inmediatamente después de que el empleado regrese al trabajo:

36) Disposición de inscripción tardía: Seleccione una de las 2 opciones siguientes:

- Nuestra póliza tendrá un período de inscripción abierta anual tras la renovación en el que los empleados y dependientes no cubiertos pueden inscribirse en el plan. Fuera del período de inscripción abierta anual no se aceptarán solicitudes.
- Nuestra póliza tendrá un período de espera de 90 días para los empleados y dependientes no cubiertos antes de que comience la cobertura.

37) El despido del empleado entra en vigencia: Fin de mes es la disposición estándar para todos los grupos.

38) La terminación por edad máxima del dependiente entra en vigencia:  Fin de año  Fin de mes  Fin de día

39) ¿Tiene un período de orientación adicional para los nuevos empleados?  Sí  No *Si la respuesta es Sí, indique la duración (no debe exceder los 30 días):*

40) ¿Está solicitando cobertura de pareja de hecho?  Sí  No *(Proporcione la información de su póliza) (Si la respuesta es Sí, se requiere un Anexo para la pareja de hecho firmado).*

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

- a. Cantidad total de jubilados: \_\_\_\_\_
- b. Requisito de edad mínima: \_\_\_\_\_
- c. Requisito de años de servicio: \_\_\_\_\_

## Sección D

### Empleadores grandes únicamente (no obligatorio para empleadores pequeños)

42) Tipo de cobertura actual:  HMO  POS  PPO  Totalmente asegurado  Autofinanciado Fecha de renovación \_\_\_\_\_

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

Si la respuesta es Sí, ¿qué cantidad? \_\_\_\_\_

43) Prima mensual total actual: \_\_\_\_\_ a) Próxima renovación de la prima mensual o % de aumento: \_\_\_\_\_

44) Seleccione la estructura de nivel que prefiera:

- Nivel 2 (individual, familiar)  Nivel 3 especial (individual, empleado+cónyuge o hijo[s], familia)
- Nivel 3 (individual, empleado+1, familia)  Nivel 4 (individual, empleado+cónyuge, empleado+hijo[s], familia)

45) Elija UNA opción de acumulación de beneficios:  Año del plan  Año calendario

46) ¿Su empresa ofrecerá otra aseguradora de salud junto con Dean Health Plan ("Dean")?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, enumere las aseguradoras de salud ofrecidas: \_\_\_\_\_

47) **Clases de empleados:** ¿Desea ofrecer diferentes beneficios por clase de empleado?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, seleccione qué clases tiene:

- Por hora  Asalariado  Sindicalizado  No sindicalizado  A tiempo parcial  A tiempo completo  Gerencia  Que no es de gerencia  Ejecutivos
- Otro: \_\_\_\_\_

Enumere todas las clases que excluye de la cobertura: \_\_\_\_\_

48) La pregunta 34 le exigió seleccionar un período de espera para los nuevos empleados. Si desea diferentes períodos de espera según la clase de empleado o permite diferentes disposiciones del plan según la clase de empleado, enumere esa información aquí (o envíe una lista con esta solicitud):

49) ¿Tiene diferentes requisitos por hora para diferentes clases de empleados?  Sí  No Si la respuesta es Sí, enumérelas aquí:

50) ¿Tiene empleados de horas variables?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, solicite la plantilla de idioma del empleado de hora variable a su representante de ventas y envíela con esta solicitud.

## Sección E

### Preguntas médicas sobre empleadores grandes

Los empleadores grandes con al menos 51 empleados en total deben completar todas las secciones de la solicitud. Los empleadores pequeños con un total de 2 a 50 empleados no están obligados a completar esta sección.

51) A su leal saber y entender, ¿hay algún empleado o dependiente que deba ser asegurado?:

a. En la actualidad, ¿quién está totalmente discapacitado, incapacitado, confinado en un hospital o unidad de tratamiento de adicciones, con licencia por enfermedad, licencia médica o trabajando menos de tiempo completo debido a una afección médica?  Sí  No

b. ¿Algún empleado le ha informado que se le ha aconsejado someterse a un tratamiento, una cirugía o una hospitalización en los próximos seis meses?  Sí  No

c. ¿Está en proceso de calificar o recibir beneficios por discapacidad de cualquier tipo relacionados con una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal?  Sí  No

Proporcione detalles para cualquier respuesta afirmativa de arriba. Si es necesario, use hojas de papel adicionales.

Número de pregunta	Nombre	Afección	Fecha del diagnóstico	Tratamiento actual o fecha de recuperación	Cantidad de días de trabajo perdidos

Proporcione su manual/contrato del empleado que describa sus políticas y procedimientos con respecto a la cobertura del empleado, los períodos de espera y otra elegibilidad para ayudar en la creación de su póliza de seguro.

## Sección F

### Certificación del empleador/agente

Si la información de alguna solicitud cambia durante la revisión de esta, comuníquese con Dean para dar la información revisada.

**Todos los empleadores:** Al firmar esta solicitud, comprendo y acepto lo siguiente:

a. Todas las declaraciones y respuestas que he dado son completas y verdaderas a mi leal saber y entender.

b. Dean se guiará de la información registrada en esta solicitud para su decisión de aceptar esta solicitud y emitir la cobertura. Dean puede retrasar/anular esta solicitud de cobertura debido a información incompleta, inexacta o inoportuna.

c. La cobertura no estará vigente hasta que Dean otorgue la aceptación final. No debo cancelar mi cobertura actual hasta que haya recibido la confirmación por escrito de Dean.

d. Un empleado que no esté trabajando activamente en la fecha de entrada en vigencia asignada no será elegible hasta que haya regresado al trabajo a tiempo completo (con excepción del tiempo de vacaciones o licencia médica/por enfermedad).

e. Un agente, agencia o corredor, que actúe en cualquier capacidad, no tiene autoridad para alterar esta solicitud para vincular a Dean mediante cualquier promesa o representación, o renunciar o cambiar términos, condiciones o disposiciones de la póliza de seguro grupal o cualquier requisito impuesto por Dean.

f. Acepto contribuir un mínimo del 25 % del monto de la prima de la póliza única a todos los empleados cubiertos.

g. Ningún empleador puede exigir que los empleados trabajen más de 30 horas por semana para ser elegibles para la cobertura del seguro.

h. Dean puede optar por no emitir cobertura para empleadores pequeños (excepto durante el período anual de inscripción garantizada de un mes) o cancelar la cobertura existente para empleadores grandes o pequeños si no se cumplen los requisitos mínimos de participación. Dean no puede imponer una participación mínima más estricta que la siguiente lista:

	Cantidad de empleados elegibles (sin incluir jubilados, COBRA y exenciones)	Requisitos de participación
<b>Cobertura de Dean Health Plan únicamente</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	La cantidad de asegurados debe ser el 50 % de los empleados elegibles.
<b>Cobertura Dual Choice</b> (solo para grupos grandes)	2-50	La cantidad de asegurados debe ser el 50 % de los empleados elegibles.
	51-99	La cantidad de asegurados debe ser el 30 % de los empleados elegibles.
	Más de 100	La cantidad de asegurados debe ser el 20 % de los empleados elegibles.

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

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

---

Firma del representante del empleador: \_\_\_\_\_ Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

Cargo del representante del empleador: \_\_\_\_\_

**Sección G****Certificación del agente**

---

Yo, en calidad de agente redactor, certifico que he participado activamente en la solicitud y contratación de este seguro. Comprendo que no tengo autoridad para alterar esta solicitud para vincular a Dean mediante cualquier promesa o representación, o renunciar o cambiar términos, condiciones o disposiciones de la póliza de seguro grupal o cualquier requisito impuesto por Dean.

Firma del agente redactor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del agente, en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Nombre de la agencia: \_\_\_\_\_