

Solicitud del Grupo Maestro

Ventas a Grupos: Tel: 1-888-371-3060 | Fax: 1-415-955-8819



Balance by CCHP proporcionará servicios de traducción u otra asistencia lingüística gratuita para completar la solicitud. La solicitud, junto con el Formulario de Divulgación / Evidencia de cobertura ("Contrato") constituye el contrato del plan, y que los solicitantes pueden solicitar una copia del Acuerdo antes de la inscripción para conocer los términos y condiciones del contrato del plan.

1. Información sobre el Grupo Empleador			
Nombre Completo y Legal del Negocio:	Tipo de Negocio (sea específico):	Tiempo que tiene el negocio:	Fecha Efectiva: (MM/DD/AA)
Contacto Principal del Grupo (SOLO el Contacto Designado del Grupo tendrá acceso a los datos del grupo):	Título:	Número de Teléfono:	Correo Electrónico:
Contacto Secundario del Grupo SOLO el Contacto Designado del Grupo tendrá acceso a los datos del grupo):	Título:	Número de Teléfono:	Correo Electrónico:
# de Identificación Federal de Empleador:	# de Identificación Estatal de Empleador #:	Número de Fax:	Enviar el paquete administrativo a; <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Agente
Dirección Física de la Empresa, Ciudad, Estado, Código Postal (sin apartado postal):			
Contacto de correo:	Título:	Número de Teléfono:	Correo Electrónico:
Dirección Postal, Ciudad, Estado, Código Postal (si es diferente a la anterior):			
Tipo de Entidad: <input type="checkbox"/> Corporación <input type="checkbox"/> Sociedad Unipersonal <input type="checkbox"/> Sociedad Comanditaria <input type="checkbox"/> Sociedad <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____			
2. Selección de Cobertura de Plan Grupal de Empleadores			
Planes Médicos:			
<input type="checkbox"/> Ruby ¹⁰ HMO Platinum <input type="checkbox"/> Ruby ²⁰ HMO Platinum <input type="checkbox"/> Ruby ⁴⁰ HMO Platinum <input type="checkbox"/> Opal ²⁵ HMO Gold <input type="checkbox"/> Opal ⁵⁰ HMO Silver			
<input type="checkbox"/> Platinum ⁹⁰ HMO <input type="checkbox"/> Gold ⁸⁰ HMO <input type="checkbox"/> Silver ⁷⁰ HMO <input type="checkbox"/> Bronze ⁶⁰ HMO <input type="checkbox"/> Bronze ⁶⁰ HDHP HMO			
Cláusulas adicionales opcionales (se aplica a todos los afiliados de Balance)			
<input type="checkbox"/> Visión para Adultos (VSP) <input type="checkbox"/> Servicio Dental para Adultos (Delta Dental) <input type="checkbox"/> Otro _____			
Nota (s) (solo para uso interno de Balance):			
3. Contribución del Empleador para la Prima		4. Los Empleados Califican para Beneficios a Partir de	
Empleado (min. 50%): \$ / %	Dependiente: \$ / %	1º del mes después: <input type="checkbox"/> Fecha de Contratación <input type="checkbox"/> 30 días <input type="checkbox"/> 60 días Otro _____	
5. Número de Empleados (El empleador es responsable de recopilar los formularios de rechazo de cobertura)			
# Total de empleados:		# Total de empleados elegibles (+ 30 horas / semana):	
Cantidad total de empleados elegibles inscritos en Balance:	Cantidad total de empleados que renuncian a la cobertura:	# promedio anual de empleados:	
6. Información sobre la Aseguradora Actual			
Nombre de su(s) aseguradora(s) médica(a) grupal(es) actual(es):			
¿Quiere reemplazar su cobertura grupal actual? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Fecha de Terminación: _____			
Transportista actual de compensación para trabajadores:		Próxima Fecha de Renovación (MM/DD/AA): / /	

7. Información sobre COBRA / CAL-COBRA

¿Está su grupo sujeto a COBRA o CAL-COBRA actualmente? No Sí, por favor complete lo siguiente para cada persona

Nombre:	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA) / /	Seguro Social:	Tel:	Fecha en que empieza la Continuación: (MM/DD/AA): / /
Descripción del evento que califica:				Fecha (MM/DD/AA): / /
Nombre:	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA) / /	Seguro Social:	Tel:	Fecha en que empieza la Continuación: (MM/DD/AA): / /
Descripción del evento que califica:				Fecha (MM/DD/AA): / /

8. Formulario de Evidencia de Cobertura de Miembros y Avisos

Usted es responsable de la distribución de la Evidencia de cobertura y Avisos a sus empleados cubiertos. Las versiones electrónicas serán distribuidas cuando usted las solicite. El empleador es responsable de distribuir los documentos utilizando uno de los métodos siguientes; 1.) publicando en la intranet de la empresa para el acceso de empleados o, 2) enviando estos documentos por correo electrónico directamente un a sus empleados. Las versiones impresas solamente serán enviadas por correo al empleador directamente a petición.

Opto por recibir la Evidencia de Cobertura y los Avisos impresos, no electrónicos. Yo entiendo que soy responsable de distribuir los documentos a mis empleados cubiertos.

9. Firma y Recibo Condicional

Esta es una solicitud solamente para cobertura. El grupo entiende que no existirá ningún contrato de cobertura hasta que Balance haya completado su revisión y comunicado al solicitante o agente del solicitante que la solicitud ha sido aceptada y se emitirá una póliza de servicios de salud de grupo/grupal. El representante del grupo certifica que conforme a su mejor leal saber y entender, todas las respuestas dadas son verdaderas, correctas y completas. El grupo entiende que si se ha cometido fraude o ha presentado una tergiversación intencional de cualquier hecho material, en relación con esta solicitud dentro de los primeros 24 meses de emisión de la cobertura, Balance puede ejercer una de las siguientes soluciones: la cobertura puede ser cancelada o las cuotas aplicables / primas pueden ajustarse o después de un aviso, el contrato del Servicio de Salud del/póliza de seguro puede ser rescindido(a).

Nosotros, el empleador, garantizamos que toda la información en esta solicitud es verdadera y completa, y que Balance puede confiar en esta solicitud para decidir si se proporciona cobertura. Si la solicitud no está completa, Balance se reserva el derecho de rechazarla y nos notificará por escrito. Entendemos y estamos de acuerdo que la cobertura no será efectiva antes de la fecha determinada por Balance y sólo si hemos pagado la contribución de nuestro primer mes y se acepta esta solicitud, y que debemos mantener la cobertura previa en vigor hasta que seamos notificados de la aceptación por parte de Balance. Si se acepta esta solicitud, se convierte en parte de nuestro contrato con Balance.

Entiendo que (a excepción de los casos de reclamos menores) cualquiera y todas las disputas, incluidas las reclamaciones de negligencia médica (es decir de si algún servicio médico proporcionado bajo el plan de salud eran innecesarios o no autorizados o fueron prestados de forma inadecuada, negligente o incompetente), que puedan surgir en el marco del acuerdo entre nosotros y Balance y cualquiera de estos afiliados se determinará por la sumisión a arbitraje vinculante conforme a lo dispuesto por la ley de California. Cualquier controversia no será resuelta por una demanda o recurso a proceso judicial, salvo que la legislación aplicable prevea la revisión judicial del procedimiento de arbitraje. **TODAS LAS PARTES EN EL PRESENTE CONTRATO, POR ENTRAR EN EL, ESTÁN RENUNCIANDO A SU DERECHO CONSTITUCIONAL A QUE DICHAS DISPUTAS SEAN RESUELTAS EN UN TRIBUNAL DE LEY ANTE UN JURADO, Y EN VEZ SE ACEPTA EL USO DE ARBITRAJE OBLIGATORIO.** Para obtener más información sobre el arbitraje obligatorio, por favor consulte su Evidencia de Cobertura.

X

Firma del Empleador /Representante Autorizado _____ Escriba el Nombre y el Título en Letra de Imprenta _____ Fecha (MM/DD/AA): _____

10. Certificación del Agente (Deberá ser completado por su agente de seguros una vez usted haya llenado esta solicitud.)

Yo, _____, asistí al solicitante en la presentación de esta solicitud. Toda la información en el cuestionario de salud fue completada por el solicitante. Le aconsejé al solicitante responder a todas las preguntas completamente y con la verdad y que ninguna información solicitada debe ser retenida. Le expliqué que la retención de información puede resultar en la cancelación de la cobertura en el futuro. A mi mejor leal saber y entender, la información en esta solicitud es completa y exacta. Le expliqué al solicitante, en lenguaje fácil de entender, el riesgo para el solicitante de suministrar información inexacta, y el solicitante entendió la explicación.

Aviso para el agente: Si ha ayudado al solicitante a presentar esta solicitud, la ley requiere que usted de fe de esta asistencia. Si, al hacer esta certificación, usted afirma como verdad cualquier hecho que sabes que es falso, estará sujeto a una multa de hasta diez mil (\$10,000) dólares, según lo autoriza la sección del Código de Salud y Seguridad de California 1389.8 (c) o la sección del Código de Seguros 10119.3, además de otras sanciones o remedios aplicables disponibles bajo la ley actual.

Firma del agente/corridor X	Nombre del agente/corridor:	Número de licencia de CA:	Nota (s) (solo para uso interno de Balance):
Correo Electrónico:	Número de Teléfono:	Número de Fax:	Fecha (MM/DD/AA): / /

Uso exclusivo de Balance:

Sales Representative / Sales Executive []	Sales Manager []	COO []
Payment [CC / Bill / Check #]	Amount []	Date []
Rec'd Enrollment []	Packet Sent Date []	