



SOLICITUD DE GRUPO NUEVO para pequeñas empresas

Fecha de entrada en vigor (mm/dd/aaaa) _____

Envíe la solicitud por correo electrónico a su representante de Community Care Health o a su intermediario.

1: INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

Nombre de la compañía: _____

Razón social (DBA): _____ Sitio web: _____

Tipo de compañía: Empresa de propietario único Sociedad colectiva Sociedad de responsabilidad limitada (LLC) Otro: _____

En actividad desde (mm/dd/aaaa) _____ Número de identificación tributaria federal (EIN) _____ Código SIC (4 dígitos) _____

Dirección física (no incluya apartados de correos) _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Todos los empleados deben contar con un seguro de compensación por accidentes laborales, a menos que por ley no se exija la cobertura. Si no cuenta con dicho seguro de compensación para trabajadores, no es elegible para solicitar la cobertura, salvo que esté exento. Doy fe de que la siguiente información es correcta.

Sí, mi compañía cuenta con un seguro de compensación para trabajadores. Pendiente

Si la respuesta es Sí o Pendiente, indique el nombre de la compañía de seguro: _____ N.º de póliza: _____

(Indique "desconocido" o "pendiente", según corresponda)

Exento de proporcionar compensación para trabajadores por el siguiente motivo: _____

2A: ELEGIBILIDAD DEL EMPLEADOR

Para determinar la cantidad de empleados o empleados elegibles, las compañías afiliadas que reúnan los requisitos para presentar una declaración de impuestos combinada para los impuestos estatales se considerarán como 1 empleador y deben presentar la solicitud como 1 empleador.

¿Su compañía se encuentra afiliada a otra compañía y reúne los requisitos para presentar una declaración de impuestos combinada? Sí No

2B: RECUENTO DE EMPLEADOS

Indique la cantidad total de empleados (a tiempo completo y parcial).

Total _____ Iniciales del signatario autorizado de la compañía _____

Nota: si la cantidad total de empleados indicada anteriormente es igual o menor a 100, omita el texto a continuación y vaya a la sección 2C.

Si la cantidad total de empleados indicada anteriormente es mayor a 100, indique la cantidad total de empleados a tiempo completo y equivalentes a tiempo completo en la línea a continuación. Para obtener información sobre el cálculo de la cantidad de empleados a tiempo completo y equivalentes a tiempo completo (FTE), consulte la Ley sobre grupos pequeños de California (1357.500)(k)(3) o a su asesor jurídico. Para poder acceder a la cobertura de grupo pequeño, su compañía debe tener al menos 1, pero no más de 100 empleados a tiempo completo y equivalentes a tiempo completo en, al menos, el 50 % del trimestre calendario anterior o el año calendario anterior. A los efectos de determinar si un empleador tiene un empleado, los propietarios únicos y sus cónyuges, y los socios de una sociedad colectiva y sus cónyuges, no se consideran como empleados.

Total _____ Iniciales del signatario autorizado de la compañía _____

2C: EMPLEADOS ELEGIBLES

Indique la cantidad total de empleados elegibles.

Total _____ Iniciales del signatario autorizado de la compañía _____

3: CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA ¹

¿A qué tipo de continuación de la cobertura está sujeta su compañía? COBRA federal (20+ empleados) Cal-COBRA (2-19 empleados)

¿Presentará solicitudes para COBRA? Sí No

Para presentar solicitudes para Cal-COBRA, póngase en contacto con nuestro Centro de Servicios para Miembros al 1-855-343-2247.

4: CONTRIBUCIÓN DE LA COMPAÑÍA A LA PRIMA

Contribución de la compañía para la cobertura del empleado

Su contribución a la cobertura del empleado puede ser un porcentaje o una cantidad fija en dólares. Su contribución mínima debe ser de, al menos, el 50 % de la prima del empleado para el plan de seguro médico de Community Care Health con el precio más bajo que usted, el empleador, ofrece.

Contribución de la compañía para los empleados: \$ _____ o _____ % de la prima

Contribución de la compañía para la cobertura del dependiente

Si tiene 50 empleados o más a tiempo completo o equivalentes a tiempo completo, debe ofrecer cobertura para los dependientes.² La cobertura para los dependientes es opcional para los grupos con 49 empleados o menos. **No está obligado a contribuir para la cobertura de los dependientes.**

¿Ofrece cobertura para los dependientes? (Marque "sí" si ofrece cobertura para los dependientes, aunque no haga las contribuciones). Sí No

Contribución de la compañía para los dependientes: \$ _____ o _____ % de la prima (escriba "O" si ofrece cobertura para los dependientes, pero no hace las contribuciones).

5: PERÍODO DE ESPERA PARA EMPLEADOS NUEVOS

Seleccione uno de los siguientes:

- Primer día del mes después de la fecha de contratación
- Primer día del mes después de un mes de la fecha de contratación
- Primer día del mes después de dos meses de la fecha de contratación, sin superar los 90 días

6: OTRA COBERTURA MÉDICA

¿Su empresa cuenta actualmente con una cobertura de salud grupal activa? Sí No

Nombre de la compañía de seguro: _____ Fecha de renovación _____

¿Ofrecerá a sus empleados un plan de salud para grupo pequeño de otra compañía de seguro, junto con el de CCH?

Sí No Nombre de la compañía de seguro: _____ Cantidad de empleados inscritos: _____

7: ESTADO RESPECTO DE ERISA

¿Su compañía está sujeta a ERISA? ³ Sí No Si no selecciona una respuesta, registraremos su estado como Sí.

8: INFORMACIÓN SOBRE EL SIGNATARIO DEL CONTRATO

Hay solo 1 signatario del contrato. Esta persona principal es responsable de firmar el acuerdo colectivo, de proporcionar información sobre la renovación, y está autorizada a hacer cambios contractuales o en la membresía a su cuenta.

Nombre _____ Inicial del seg. nombre _____ Apellido _____

Dirección (no incluya apartados de correo) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de la oficina _____ Int. _____ Fax _____ Teléfono celular _____

Correo electrónico _____ ¿Cómo debemos comunicarnos con esta persona? (Seleccione solo 1)

Correo electrónico Fax Correo postal

9: INFORMACIÓN DE CONTACTO DE FACTURACIÓN

El contacto de facturación es la persona dentro de su compañía a la cual se dirigen los estados de cuenta. Esta persona tendrá acceso a información del grupo, pero no está autorizada a firmar el acuerdo colectivo ni a hacer cambios contractuales a su cuenta. Solo se admite 1 contacto de facturación. Si cuenta con un administrador externo (Third-Party Administrator, TPA), incluido un intermediario que actúa como TPA para administrar la facturación, omita el texto a continuación y vaya a la sección 10.

Marque aquí si es la misma persona que el signatario del contrato.

Nombre _____ Inicial del seg. nombre _____ Apellido _____

Marque aquí si esta persona también está autorizada a hacer cambios en su contrato.

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de la oficina _____ Int. _____ Fax _____ Teléfono celular _____

Correo electrónico _____ ¿Cómo debemos comunicarnos con esta persona? (Seleccione solo 1)

Correo electrónico Fax Correo postal

10: INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL ADMINISTRADOR EXTERNO (TPA)

El contacto de TPA es una persona, compañía o intermediario externo contratado para administrar la facturación e inscripción del grupo o para administrar exclusivamente sus beneficios de COBRA. Esta persona tendrá acceso a información del grupo, pero no está autorizada a firmar el acuerdo colectivo ni a hacer cambios contractuales a su cuenta.

Nombre de la compañía TPA _____

¿La administración de COBRA federal estará a cargo de un TPA, incluido un intermediario? Sí No Marque aquí si el estado de cuenta de COBRA

se enviará a la dirección de facturación del grupo.

Nombre _____ Inicial del seg. nombre _____ Apellido _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de la oficina _____ Int. _____ Fax _____ Teléfono celular _____

Correo electrónico _____ ¿Cómo debemos comunicarnos con esta persona? (Seleccione solo 1)

Correo electrónico Fax Correo postal

11: INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PARTE INTERESADA

Una parte interesada es un individuo autorizado a acceder a la información de su grupo, por ejemplo, los inscritos, las contribuciones a la prima y las elecciones de plan. Una parte interesada también puede estar autorizada a hacer cambios en su contrato, como agregar/quitar planes, agregar/quitar empleados o aumentar/disminuir las contribuciones de la compañía a la prima.

Nombre _____ Inicial del seg. nombre _____ Apellido _____

Marque aquí si esta persona también está autorizada a hacer cambios en su contrato.

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de la oficina _____ Int. _____ Fax _____ Teléfono celular _____

Correo electrónico _____ ¿Cómo debemos comunicarnos con esta persona? (Seleccione solo 1)

Correo electrónico Fax Correo postal

PARTE INTERESADA ADICIONAL

Nombre _____ Inicial del seg. nombre _____ Apellido _____

Marque aquí si esta persona también está autorizada a hacer cambios en su contrato.

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de la oficina _____ Int. _____ Fax _____ Teléfono celular _____

Correo electrónico _____ ¿Cómo debemos comunicarnos con esta persona? (Seleccione solo 1)

Correo electrónico Fax Correo postal

12: AGENTE/INTERMEDIARIO DE REGISTRO AUTORIZADO PARA COMMUNITY CARE HEALTH

Su agente/intermediario designado para Community Care Health debe completar esta sección después de completar esta solicitud. Si usted es un intermediario que no está registrado como empresa o agente en Community Care Health, póngase en contacto con el servicio de atención al cliente de Community Care Health al 1-855-343-2247.

Aviso para el agente o intermediario:

Si usted ayudó al solicitante a presentar esta solicitud, la ley exige que dé fe de que así lo hizo. Si, al declarar esto, usted señala como verdadero cualquier dato importante que sabe que es falso, quedará sujeto a una sanción civil de hasta diez mil dólares (\$10,000), según lo autorizado por la sección 1389.S(c) del Código de Salud y Seguridad de California o la sección 10119.3 del Código de Seguros, además de cualquier otra sanción o medida correspondiente según la ley vigente.

Debe seleccionar Sí o No:

Ayudé al solicitante a presentar esta solicitud. A mi leal saber y entender, la información en la presente solicitud está completa y es precisa. Le expliqué al solicitante, en un lenguaje fácil de entender, el riesgo que representa para el solicitante proporcionar información incorrecta, y el solicitante entendió la explicación. Sí No

Nombre del agente _____ Número de permiso _____

Teléfono de la oficina _____ Fax _____ Teléfono celular _____

Correo electrónico _____

Nombre de la empresa _____ Identificación de la empresa intermediaria para Community Care Health _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Firma del agente/intermediario _____

Fecha _____

X _____

13: PLANES DE SALUD

Seleccione el(los) plan(es) que quiere ofrecer. Si desea más información sobre los planes indicados a continuación, póngase en contacto con su representante de ventas o agente/intermediario.

HMO

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bronze 60 HDHP HMO 7050/0 | <input type="checkbox"/> Gold 80 HMO 250/35 | <input type="checkbox"/> Platinum 90 HMO 0/10/500 * |
| <input type="checkbox"/> Bronze 60 HMO 6300/65 * | <input type="checkbox"/> Gold 80 HMO HRA 2150/35 * | <input type="checkbox"/> Platinum 90 HMO 0/25 * |
| <input type="checkbox"/> Silver 70 HMO 2250/50 * | <input type="checkbox"/> Gold 80 HMO 500/35 * | <input type="checkbox"/> Platinum 90 HMO 0/10/250 * |
| <input type="checkbox"/> Silver 70 HDHP HMO 2850/25 | <input type="checkbox"/> Gold 80 HMO 750/30 * | <input type="checkbox"/> Platinum 90 HMO 0/20 |
| <input type="checkbox"/> Silver 70 HMO HRA 2250/50 * | <input type="checkbox"/> Gold 80 HMO 1000/35 * | |

EPO

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Silver 70 EPO 1500/50 * | <input type="checkbox"/> Gold 80 EPO 250/30 * | <input type="checkbox"/> Platinum 90 EPO 0/15 * |
| <input type="checkbox"/> Silver 70 HDHP EPO 2850/25 * | <input type="checkbox"/> Gold 80 EPO 500/30 * | <input type="checkbox"/> Platinum 90 EPO 0/25 * |
| | <input type="checkbox"/> Gold 80 EPO 750/30 * | |
| | <input type="checkbox"/> Gold 80 EPO 1500/35 * | |

*Estos planes incluyen beneficios quiroprácticos.

Los planes HDHP admiten HSA. Si ha seleccionado uno de los planes de salud HDHP o HRA indicados anteriormente, indique si también desearía que Community Care Health administre su cuenta de pagos de salud HSA o HRA. Si selecciona Sí, un representante de Community Care Health se pondrá en contacto con usted para proporcionarle más información sobre los siguientes pasos que deberá seguir, ya que se requieren otros documentos y tasas administrativas.

¿Desea que CCH administre su HSA? Sí No ¿Desea que CCH administre su HRA? Sí No

Para que pueda tomar una decisión informada, los documentos de Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) de todos nuestros planes están disponibles en communitycarehealth.org. Los SBC resumen información importante sobre nuestras opciones de cobertura médica en un formato estándar, para que pueda comparar fácilmente los beneficios y la cobertura ofrecidos por Community Care Health y otras compañías de seguro.

14: BENEFICIO POR INFERTILIDAD

El beneficio opcional por infertilidad está disponible solo para grupos con 20 empleados elegibles o más donde Community Care Health es la única compañía de seguro. Si selecciona este beneficio, se agregará a todos los planes HMO que ofrece, y el costo se incluirá en la tarifa del plan de salud.

Agregar beneficio por infertilidad

15: INFORMACIÓN IMPORTANTE: LÉALA DETENIDAMENTE

Esta es solamente una solicitud de cobertura. No habrá ningún contrato de cobertura hasta que Community Care Health haya completado su revisión y haya comunicado a la empresa solicitante o al intermediario del solicitante que la solicitud ha sido aceptada y que se expedirá un contrato de plan de salud de grupo/póliza de grupo.

Todos los grupos podrían estar sujetos a un proceso de recertificación. La recertificación se lleva a cabo para garantizar que los grupos cumplan con todos los requisitos de Community Care Health y aquellos establecidos en el Código de Salud y Seguridad de California y la Ley de Asistencia Sanitaria Asequible.

Aviso: la ley de California prohíbe que los planes de servicios de asistencia sanitaria/compañías de seguro médico exijan o usen un análisis de VIH como condición para obtener cobertura/cobertura de seguro médico.

16: INFORMACIÓN ADICIONAL

1. El empleador conserva todas las responsabilidades administrativas relativas a COBRA (tales como notificar a los beneficiarios que reúnen los requisitos sobre los derechos según COBRA y procesar las elecciones de COBRA), pero delega a Community Care Health las siguientes funciones administrativas: facturar a los miembros de Cal-COBRA las primas aplicables (el empleador autoriza al plan de salud a agregar un cargo administrativo por este servicio) y revocar a miembros de Cal-COBRA por el incumplimiento del pago de las primas de Cal-COBRA o el vencimiento del tiempo límite previsto que el empleador especifica para la cobertura de Cal-COBRA. Si cuenta con un administrador externo (TPA), póngase en contacto con su representante de Community Care Health.
2. Si desea más información sobre la responsabilidad compartida del empleador, consulte la sección 4980 (H)(C)(2) del Código de Impuestos Internos.
3. ERISA es una ley federal que fija estándares mínimos para planes de beneficios para empleados establecidos por empleadores privados y organizaciones de empleados. Muchos planes de salud de grupo están sujetos a ERISA, aunque los planes gubernamentales y de la iglesia generalmente no lo están. Si no está seguro sobre el estado de su plan de salud de grupo con respecto a ERISA, le recomendamos que consulte a su asesor financiero o jurídico antes de responder.

17: FIRMA

Como funcionario principal/corporativo de la compañía, que tiene autoridad para celebrar un contrato con Community Care Health, acuerdo que:

- Se depositarán las primas mensuales prepagas en la cuenta de Community Care Health en la fecha de pago que figure en el estado de cuenta de Community Care Health.
- Mi compañía usará los formularios de solicitud de inscripción para el empleado proporcionados o aprobados por Community Care Health para los empleados nuevos.
- Los datos de elegibilidad proporcionados por mi compañía a Community Care Health incluirán fechas de entrada en vigor de la cobertura para los empleados de mi compañía en conformidad con el requisito de período de espera en la Ley de Asistencia Sanitaria Asequible y las normas federales, que establecen que los períodos de espera no pueden superar los 90 días. Mi compañía reconoce que la fecha de entrada en vigor de la cobertura para los empleados nuevos y sus familiares dependientes elegibles será el 1.º día del mes y no superará el período de espera establecido por mi compañía.
- Mi compañía acatará las disposiciones del contrato.

He leído, entendido y aceptado las Pautas de suscripción para grupos pequeños 2020 (2-100) de Community Care Health, que pueden estar incluidas en mi cotización de tarifas o, si no están incluidas, que están disponibles en communitycarehealth.org.

Declaro que mi compañía se ajusta a la definición de "pequeño empleador" como se define en las leyes federales y estatales pertinentes. Tengo un mínimo de 1 empleado W-2 (sin incluir al propietario, cónyuge o pareja de hecho legal) y doy fe de que al menos el 70 % de los empleados elegibles están cubiertos por la cobertura de grupo.

Entiendo que después de presentar esta solicitud completa, Community Care Health, dentro de 30 días, me informará cuáles son los cargos reales de las primas para los planes seleccionados en conformidad con la sección 1357.512 del Código de Salud y Seguridad y, luego, tendré 30 días para ejercer el derecho a adquirir la cobertura al valor de las primas cotizado.

Entiendo que hay una Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC), un Programa de beneficios, y un Resumen de beneficios y cobertura (SBC) para cada uno de mis planes médicos disponibles en communitycarehealth.org. Acepto proporcionar a mis empleados elegibles copias de estos documentos sobre el(los) plan(es) que he elegido o que cambie en el futuro.

Certifico, a mi leal saber y entender, que todas las respuestas proporcionadas son verdaderas, correctas y completas. Entiendo que si he llevado a cabo un acto o práctica que constituye fraude o he falsificado de manera intencional un dato importante, se podrá cancelar cualquier cobertura aprobada por Community Care Health o se podrán modificar las primas/tarifas correspondientes.

Entiendo que si Community Care Health pretende cancelar, rescindir o revocar mi cobertura, se me enviará una notificación como corresponde según 28 CCR 1300.65.1 y 1300.65.2 al menos 30 días antes de la fecha de entrada en vigor de la cancelación, rescisión o revocación que explica la fecha de entrada en vigor, los motivos para la rescisión o revocación prevista, y donde se me notifica mi derecho a presentar una queja sobre la decisión de Community Care Health ante el director del Departamento de Atención Médica Administrada. Entiendo que después de 24 meses de la expedición de mi contrato con Community Care Health/póliza de seguro de Community Care Health, Community Care Health no rescindiré mi contrato/póliza del plan por ningún motivo y no cancelará mi contrato/póliza del plan, ni limitará ninguna de las disposiciones de mi contrato/póliza del plan, ni aumentará las primas de mi contrato/póliza del plan debido a omisiones, falsificaciones o imprecisiones en el formulario de solicitud, sean estas deliberadas o no.

ACUERDO DE ARBITRAJE DE COMMUNITY CARE HEALTH*

Entiendo que (excepto para casos ante juzgados de reclamaciones de menor cuantía, reclamaciones sujetas a un procedimiento de apelación de Medicare o la regulación del procedimiento de reclamaciones según ERISA y toda otra reclamación que no se pueda someter a arbitraje obligatorio en virtud de la ley vigente) cualquier litigio entre, por un lado, mi persona, mis herederos, parientes u otras partes asociadas y, por el otro, Community Care Health, cualquiera de los proveedores de atención médica contratados, administradores u otras partes asociadas, por la supuesta infracción de cualquier deber derivado o relacionado con la membresía en Community Care Health, incluida cualquier reclamación por negligencia médica u hospitalaria (una reclamación de que los servicios médicos fueron innecesarios o no autorizados o proporcionados de manera inapropiada, negligente o incompetente), por responsabilidad de las instalaciones o relacionada con la cobertura o la prestación de servicios o entrega de insumos, independientemente de la teoría jurídica, deberá decidirse por arbitraje obligatorio en conformidad con la ley de California y no mediante un pleito o proceso judicial, salvo que la ley vigente estipule la revisión judicial del procedimiento de arbitraje. Acepto renunciar a nuestro derecho a un juicio por jurado y acepto el uso del arbitraje obligatorio. Entiendo que la disposición completa sobre arbitraje está incluida en la Evidencia de cobertura.

Signatario autorizado de la compañía (nombre, en letra de imprenta)

Cargo (en letra de imprenta)

Firma

Fecha