Solicitud Grupal Principal

Venta de Grupos: Tel: 1-888-371-3060 | Fax: 1-415-955-8819

Balance by CCHP

CCHP proporcionará traducción u otro tipo de asistencia en el idioma sin cargo para completar la solicitud. La solicitud, junto con el Formulario de Divulgación/Evidencia de Cobertura ("Acuerdo") constituye el contrato del plan, y los solicitantes pueden solicitar una copia del Acuerdo antes de la inscripción para conocer los términos y condiciones del contrato del plan.

1. Información del Grupo del Empleador

Nombre Comercial Legal Completo:	Cuanto Tiempo en el Negocio:	Tipo de Negocio (sea específico):	Fecha de Vigencia: (MM/DD/AA) / /
Contacto del Administrador Principal del Grupo:	Título:	Teléfono:	Correo Electrónico:
Contacto del Administrador Secundario del Grupo:	Título:	Teléfono:	Correo Electrónico:
N.º de Identificación Federal del Empleador:	N.º de Identificación Estatal del Empleador:	Fax:	Enviar kit administrativo a: ☐ Empleador ☐ Agente
Dirección Física de la Empresa, Ciudad, Estado, Código Postal (No se permite apartado de correos):			
Contacto para Facturación:	Título:	Teléfono:	Correo Electrónico:
Dirección de Facturación, Ciudad, Estado, Código Postal (si es diferente a la anterior):			

Tipo de Entidad: ☐ Corporación ☐ Empresa Unipersonal ☐ Corporación S ☐ Sociedad ☐ Oro (explique) _____

2. Selección de Cobertura del Plan Grupal del Empleador

Planes Médicos ☐ Ruby^{10} HMO Platinum ☐ Ruby^{20} HMO Platinum ☐ Ruby^{40} HMO Platinum ☐ Opal^{25} HMO Gold ☐ Opal^{50} HMO Silver ☐ Platinum^{90} HMO ☐ Gold^{80} HMO ☐ Silver^{70} HMO ☐ Bronze^{60} HMO ☐ Bronze^{60} HDHP HMO

Cláusulas opcionales (se aplica a todos los inscritos en Balance) ☐ Visión para Adultos (VSP) ☐ Dental para AOtrodultos (Delta) ☐ Otro _____

Nota(s) (Solo para Uso de CCHP):

3. Contribución de Prima del Empleador

Empleado (min. 50%): $ / %

Dependiente: $ / %

4. Los Empleados serán Elegibles para los Beneficios

1º del mes siguiente: ☐ Fecha de contratación ☐ 30 días ☐ 60 días

Otro: _____

5. Número de Empleados (el empleador es responsable de recopilar los formularios de rechazo de cobertura)

Número total de empleados:	Número total de empleados elegibles (más de 30 horas/semana):	
Número total de empleados elegibles inscritos en Balance:	Número total de empleados que renuncian a la cobertura:	Número promedio anual de empleados:

6. Información de la Aseguradora Actual

Nombre de su(s) aseguradora(s) médica(s) grupal(es) actual(es):

¿Tiene la intención de reemplazar su cobertura grupal existente? ☐ No ☐ Sí, Fecha de Terminación / /

Proveedor Actual de Compensación para Trabajadores:	Fecha de Próxima Renovación (MM/DD/AA): / /

7. Información sobre COBRA / CAL-COBRA

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

1	Nombre:	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA): / /	#SS:	Tel:	Fecha de Inicio de la Continuación (MM/DD/AA): / /
	Descripción del Evento Calificativo:				Fecha (MM/DD/AA): / /
2	Nombre:	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA): / /	#SS:	Tel:	Fecha de Inicio de la Continuación (MM/DD/AA): / /
	Descripción del Evento Calificativo:				Fecha (MM/DD/AA): / /

8. *Forma de Evidencia de Cobertura para Miembros y Avisos*

El empleador es responsable de distribuir la Evidencia de Cobertura y los Avisos a sus empleados cubiertos. Se le distribuirán versiones electrónicas si las solicita. El empleador es responsable de distribuir los documentos utilizando uno de los siguientes métodos; 1.) publicar en la intranet del empleador para el acceso de los empleados o, 2) enviar estos documentos por correo electrónico directamente a sus empleados. Las versiones impresas solo se enviarán por correo al empleador directamente a pedido.

Elijo recibir la Evidencia de Cobertura y los Avisos impresos, no electrónicos. Entiendo que soy responsable de distribuir los documentos a mis empleados cubiertos.

9. Firma y Recibo Condicional

Esta es una solicitud de cobertura únicamente. El grupo entiende que no existirá ningún contrato de cobertura hasta que CCHP haya completado su revisión y comunicado al agente del solicitante que la solicitud ha sido aceptada y se emitirá un servicio de salud grupal/póliza grupal. El representante del grupo certifica, a su leal saber y entender, que todas las respuestas dadas son verdaderas, correctas y completas. El grupo entiende que si cometió fraude o tergiversó intencionalmente cualquier hecho material junto con esta solicitud dentro de los primeros 24 meses de la emisión de la cobertura, CCHP puede buscar uno de los siguientes remedios: la cobertura puede ser cancelada o las cuotas aplicables /primas pueden ajustarse, o después de la notificación, el contrato de servicios de salud/póliza de seguro puede ser rescindido.

Nosotros, el empleador, garantizamos que toda la información en esta solicitud es verdadera y completa, y que CCHP puede basarse en esta solicitud para decidir si brinda cobertura. Si la solicitud no está completa, CCHP se reserva el derecho de rechazarla y notificarnos por escrito. Entendemos y aceptamos que ninguna cobertura entrará en vigencia antes de la fecha determinada por CCHP y solo si hemos pagado nuestra contribución del primer mes y se acepta esta solicitud, y que debemos mantener vigente la cobertura anterior hasta que CCHP nos notifique la aceptación. Si se acepta esta solicitud, se convierte en parte de nuestro contrato con CCHP.

Entendemos que (excepto en los casos de Reclamos Menores) todas y cada una de las disputas, incluidas las reclamaciones de negligencia médica (es decir, si los servicios médicos prestados bajo el plan de salud fueron innecesarios o no autorizados o si se prestaron de manera inadecuada, negligente o incompetente), que puede surgir en virtud del acuerdo entre nosotros y CCHP y cualquiera de estos afiliados se determinará mediante la presentación a arbitraje vinculante según lo dispuesto por la ley de California. Cualquier disputa de este tipo no se resolverá mediante una demanda o recurso a un proceso judicial, excepto que la ley aplicable disponga la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. TODAS LAS PARTES DE ESTE CONTRATO, AL ENTRAR EN EL, RENUNCIAN A SU DERECHO CONSTITUCIONAL DE QUE CUALQUIER DISPUTA SE DECIDA EN UN TRIBUNAL DE JUSTICIA ANTE UN JURADO, Y EN SU LUGAR ESTÁN ACEPTANDO EL USO DEL ARBITRAJE OBLIGATORIO. Para obtener más información sobre el arbitraje obligatorio, consulte su Evidencia de Cobertura y Aviso.

Firma del Empleador/Representante Autorizado: X	Imprima su Nombre:	Título:	Fecha (MM/DD/AA): / /

10. Certificación de Agente (Para ser completado por su agente después de completar esta solicitud)

Yo, _____, ayudé al solicitante a presentar esta solicitud. Toda la información en el cuestionario de salud fue completada por el solicitante. Le aconsejé al solicitante que respondiera todas las preguntas de manera completa y veraz y que no retuviera ninguna información solicitada. Le expliqué que ocultar información puede resultar en la cancelación de la cobertura en el futuro. A mi leal saber y entender, la información en esta solicitud es completa y precisa. Le expliqué al solicitante, en un lenguaje fácil de entender, el riesgo que corre el solicitante de proporcionar información inexacta, y el solicitante entendió la explicación.

Aviso para el agente: Si ha ayudado al solicitante a presentar esta solicitud, la ley exige que dé fe de esta ayuda. Si, al hacer esta declaración, declara como verdadero algún hecho material que sabe que es falso, estará sujeto a una sanción civil de hasta diez mil ($10,000) dólares, según lo autorizado por el Código de Salud y Seguridad de California, sección 1389.8(c).) o la sección 10119.3 del Código de Seguros, además de cualquier otra sanción aplicable o remedio disponible bajo la ley vigente.

Firma del Agente X	Nombre del Agente:	Número de licencia de CA:	Nota(s) (Solo para uso de CCHP):
Correo electrónico:	Teléfono:	Fax:	Fecha (MM/DD/AA): / /

Solo para uso de CCHP

Sales Representante de ventas / Ejecutiva de ventas [ ] gerente de ventas [ ] COO [ ]

Pago [CC / Factura / # Cheque # [ ] Cantidad [ ] fecha [ ]

Recibido por Inscripción [ ] fecha de envío del paquete [ ]