



Gran Empresa

## Solicitud para 2026

(más de 51 empleados)

La solicitud debe completarse de manera electrónica o con tinta azul o negra.

| Información del grupo suscriptor                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre legal completo del empleador –en lo sucesivo, denominado “grupo suscriptor” –<br>(incluya la puntuación y las abreviaturas):                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Número del grupo:                                                                    |
| Nombre comercial:                                                                                                                                                                                    | Teléfono:                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Fax:                                                                                 |
| Dirección (calle, ciudad, estado, código postal):                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Fecha de entrada en vigor:                                                           |
| Dirección de facturación (si es diferente de la dirección indicada arriba):                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Fecha de registro:                                                                   |
| Empresas subsidiarias/afiliadas y otras filiales del empleador:                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | N.º de ID del empleador/N.º de ID fiscal federal:                                    |
| Nombre y cargo del administrador de los beneficios del grupo:                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Teléfono del administrador:                                                          |
| Dirección del administrador de los beneficios del grupo:                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Correo electrónico del administrador:                                                |
| Nombre y cargo del contacto con el área de facturación:                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Teléfono del contacto con el área de facturación:                                    |
| Dirección del contacto con el área de facturación:                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Correo electrónico del contacto con el área de facturación:                          |
| Nombre y cargo del contacto con el administrador de COBRA:                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Teléfono del contacto con el administrador de COBRA:                                 |
| Dirección del contacto con el administrador de COBRA:                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Correo electrónico del contacto con el administrador de COBRA:                       |
| Nombre de la aseguradora a cargo de la indemnización por accidentes y enfermedades laborales:                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Número de póliza:                                                                    |
| Tipo de organización                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Sociedad anónima<br><input type="checkbox"/> Empresa unipersonal<br><input type="checkbox"/> Sociedad colectiva<br><input type="checkbox"/> Otro (Describa):<br><hr/> <hr/> | <input type="checkbox"/> Asociación (según la definición de la sección 743.522 de los ORS)*<br><input type="checkbox"/> Fideicomiso (según la definición de la sección 743.522 de los ORS)*<br><input type="checkbox"/> Grupo ilimitado (según la definición de la sección 743.522 de los ORS)* | Tipo de empresa:<br><hr/> Fecha de inicio del negocio:<br><hr/> Código SIC:<br><hr/> |

(continúa)

## Tipo de organización (continuación)

\*¿Está la asociación/el fideicomiso/el grupo ilimitado registrado y autorizado en la División de Regulación Financiera como asegurado colectivo?

☐ Sí, número de autorización actual de la División de Regulación Financiera: \_\_\_\_\_

☐ No ☐ N/A

### ¿El grupo está sujeto a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para Empleados (por sus siglas en inglés, ERISA)?

En general, la ERISA se aplica a todos los planes de salud de los empleadores. Las empresas unipersonales o las sociedades colectivas que no tienen empleados pueden no estar sujetos a ERISA. El grupo suscriptor debe notificar a Health Net si ocurren cambios en su estado con respecto a ERISA.

☐ Sí, el año del plan según ERISA comienza en el mes de: \_\_\_\_\_ ☐ No

(Nota: Los gobiernos locales, estatales y federales, y los planes de la iglesia no están sujetos a los requisitos de la ERISA).

## Información sobre la elegibilidad (esta disposición solo puede modificarse en el momento de la renovación anual del contrato del grupo).

Empleados: empleados regulares, activos y de tiempo completo que trabajen al menos \_\_\_\_\_ horas/semana (deben ser al menos 30 horas).

☐ Dependientes: cónyuge legal, pareja doméstica e hijos (desde el nacimiento hasta los 26 años) del cónyuge legal o la pareja doméstica.

## Período de prueba del empleador (los empleados deben inscribirse en un plazo de 31 días después de haber conseguido la elegibilidad).

¿Se aplicarán condiciones de elegibilidad antes del período de prueba (por ejemplo, estar en una categoría laboral elegible, reunir los requisitos de certificación relacionados con el puesto o cumplir con el período de orientación del empleo de manera razonable y de buena fe)? ☐ Sí ☐ No

### Empleados recién contratados:

primer día del mes o en alguna de las siguientes fechas:

☐ Fecha de contratación ☐ 30 días después de la fecha de contratación ☐ 60 días después de la fecha de contratación

**Empleados recientemente elegibles:** primer día del mes siguiente a la fecha de elegibilidad ☐ Sí ☐ No

### Definición de “Empleados recientemente elegibles” (maque todas las opciones que correspondan):

☐ Empleado de tiempo parcial a empleado regular de tiempo completo. Especifique la cantidad de horas: \_\_\_\_\_

☐ Exempleado recontratado. Recontratado en un plazo de \_\_\_\_\_ días o \_\_\_\_\_ meses. No se puede exceder los 9 meses. Los empleados despedidos por reducción de personal no están sujetos a ningún período de espera si se les vuelve a contratar en un plazo de 9 meses.

☐ Empleado trasladado

☐ Otro (debe tener aprobación previa según la determinación de cobertura): \_\_\_\_\_

### Definición de “Dependientes recientemente elegibles”:

Para los hijos: fecha de nacimiento o entrega en adopción.

Para cónyuge, pareja doméstica e hijastros: primer día del mes a partir de la fecha del matrimonio o de la certificación de la pareja doméstica.

### Renuncia al período de espera de elegibilidad (solo para grupos nuevos):

¿Desea renunciar al período de espera de elegibilidad para todos los empleados actuales?

☐ Sí, todos los empleados actuales serán elegibles para beneficios a partir de la fecha de entrada en vigor.

☐ No, los empleados actuales que no hayan completado el período de prueba deben terminar de cumplirlo.

(continúa)

**Cobertura aplicada para (todos los planes médicos incluyen beneficios de atención alternativa). Indique el nombre del plan elegido (por ejemplo, P25-500-2-8750DX)**

|                                                        |                                                        |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PPO: _____                    | <input type="checkbox"/> Medicamentos recetados: _____ |
| <input type="checkbox"/> Compatible con HDHP HSA _____ | <input type="checkbox"/> Servicios dentales: _____     |
| <input type="checkbox"/> Otras cláusulas: _____        | <input type="checkbox"/> Atención de la vista: _____   |

**Tarifas mensuales. Adjunte una copia de las tarifas vendidas.**

Indique la selección del plan del grupo resaltando todos los planes y las cláusulas correspondientes del plan.

**Contribución del empleador (El empleador debe contribuir con al menos el 50% del costo de la cobertura del empleado).**

Cobertura de los empleados: \_\_\_\_\_ % de la tarifa mensual O \$ \_\_\_\_\_ de la tarifa mensual

Cobertura de los dependientes: \_\_\_\_\_ % de la tarifa mensual O \$ \_\_\_\_\_ de la tarifa mensual

## Requisitos para la participación

Los siguientes requisitos de aportes y de participación mínimos estándares son los que corresponden, a menos que se modifiquen durante la cotización o la renovación de las presunciones de determinación de cobertura. Todos los empleados inscriptos deben tener una relación laboral de buena fe con el grupo empleador. Si el empleador exige a los empleados que contribuyan a la prima solo para empleados, debe inscribirse en el plan un mínimo del 75% de todos los empleados elegibles. Si la cotización se ha publicado asumiendo que se ofrece más de un plan de salud, la inscripción de Health Net representa el mayor de los siguientes porcentajes: el 38% de la población elegible o 19 empleados activos inscriptos. Si la cobertura se ofrece sobre una base no contributiva, la inscripción en el plan de salud será del 100% de la población elegible. Se debe presentar una *Renuncia a la Cobertura/Exención* para todos los empleados y dependientes que renuncien a la cobertura. El empleador debe contribuir con al menos el 50% del costo de la cobertura del empleado. Los empleados elegibles deben ser trabajadores regulares de tiempo completo. Si no se cumplen con los requisitos de aporte mínimo y de participación mínima, se puede cancelar el contrato o no renovarlo.

(continúa)

## Información sobre la inscripción

Debido a los requisitos de información del pagador secundario de Medicare, debe introducir la cantidad total de empleados en todo el mundo contratados por la empresa o empresas que solicitan la cobertura: \_\_\_\_\_

**Importante:** Las normas federales exigen que notifique inmediatamente a Health Net si la cantidad de empleados cambia entre los intervalos de 0 a 19, de 20 a 99, más de 100. Cuento a todos los empleados en los Estados Unidos, independientemente de si son elegibles para recibir cobertura, incluidos los empleados de tiempo completo, de tiempo parcial, subcontratados, etc. No incluya 1099 empleados.

Cantidad promedio de personas empleadas durante todo el año calendario anterior, independientemente de si eran elegibles para recibir cobertura o no: \_\_\_\_\_

Se considera “empleado” a cualquier persona para quien la compañía emite un *Formulario W-2*, incluidos los empleados de tiempo completo y de tiempo parcial, independientemente de su elegibilidad para recibir cobertura de seguro.<sup>1,2</sup>

Para calcular el número promedio de empleados, determine el número de empleados de cada mes, súmelo para obtener el total anual y, luego, divídalo por 12. Redondee al número entero más cercano, por ejemplo:  $24.6 = 25$ . Escriba el número en cifras, es decir, ingrese “3”, no “tres”.

Si forma parte de un plan de salud de grupo de múltiples empleadores y desea que Medicare sea el seguro primario, ¿los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (por sus siglas en inglés, CMS) han aprobado una excepción para pequeños empleadores para su grupo? ☐ Sí ☐ No

Cantidad de empleados que trabajan un horario regular de 30 horas semanales o más en la fecha en que debe entrar en vigor la cobertura. (Los empleados elegibles no incluyen a los empleados que trabajan con carácter temporal o como sustitutos): \_\_\_\_\_

Cantidad de empleados elegibles para inscribirse en el plan según las disposiciones de elegibilidad establecidas por el grupo suscriptor: \_\_\_\_\_

Cantidad de empleados que se inscriben: \_\_\_\_\_

Cantidad de dependientes que se inscriben: \_\_\_\_\_

Cantidad total de empleados que renuncian a la cobertura: \_\_\_\_\_

Se incluye una *Renuncia a la Cobertura/Exención* para todos los empleados y dependientes elegibles que no se inscriban: ☐ Sí ☐ No

## Cobertura de 24 horas

La cobertura de 24 horas solo se brinda a las empresas unipersonales, los socios y los funcionarios corporativos del grupo suscriptor que no están sujetos a recibir la cobertura de indemnización por accidentes y enfermedades laborales obligatoria. La cobertura de 24 horas no se extiende a ningún miembro de la familia que no sea también una empresa unipersonal, un socio o un funcionario corporativo del grupo suscriptor. En el momento de la inscripción colectiva o individual, debe facilitarse el nombre y el cargo de la persona elegible para la cobertura de 24 horas.

Nombre: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

## Otras coberturas actuales

¿Esta cobertura sustituye a un plan médico colectivo actual? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es “Sí”, indique el nombre y el número de póliza de la aseguradora actual: \_\_\_\_\_

¿Se ofrecen otras coberturas colectivas? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es “Sí”, indique las aseguradoras y coberturas ofrecidas: \_\_\_\_\_

Si la respuesta es “Sí”, confirme que la estructura tarifaria es similar en todas las aseguradoras: ☐ Sí ☐ No

<sup>1</sup>Esta información se brinda a los efectos de la clasificación y no para determinar el tamaño del grupo. La determinación de cómo contabilizar a los empleados de entidades corporativas relacionadas, a la hora de calcular el tamaño del grupo a efectos de la tasa de pérdidas para la industria de seguros médicos, se basa en si las entidades se consideran un único empleador en virtud de la sección 414 del Código de Rentas Internas (subsección (b), (c), (m) u (o)) y no se basa en el estado de identificación fiscal múltiple de las entidades relacionadas.

<sup>2</sup>Consulte la sección 836-053-0015 de las OAR para obtener más información.

(continúa)

## Declaración del grupo suscriptor

1. Deseamos inscribirnos como cuenta colectiva en Health Net Health Plan of Oregon, Inc. (en adelante, “el plan”). Queda entendido que la cobertura no entrará en vigor hasta que la solicitud haya sido aceptada por el plan.
2. Comprendemos las normas de elegibilidad aplicables a la inscripción de los empleados y la garantía de renovación, salvo en caso de falta de pago y otros motivos permitidos por la legislación de Oregon. Si no se cumplen con los requisitos de aporte mínimo y de participación mínima, se puede cancelar el contrato o no renovarlo.
3. En caso de que se acepte esta solicitud, nos comprometemos a cooperar con el plan para cumplir con todos los requisitos de la sección 2715 de la Ley de Servicios de Salud Pública relacionados con la divulgación de información sobre los beneficios y resúmenes del plan a los beneficiarios y participantes del plan que sean elegibles y renueven su cobertura. El solicitante reconoce que el documento “*Resumen de Beneficios y Cobertura para Personas Elegibles y Cubiertas: Instrucciones de Reproducción y Distribución*” del plan se emitirá dentro de los 7 días hábiles posteriores a la recepción de la *Solicitud de Grupo de Grandes Empresas* y acepta asumir las responsabilidades asignadas al “grupo” en virtud de este.
4. Entendemos que las primas se pagan por adelantado y deben abonarse a más tardar el primer día de cada mes.
5. Entendemos que la cobertura de un afiliado termina el último día del mes en que deja de ser elegible conforme a las disposiciones de elegibilidad del grupo.
6. Comprendemos que habrá un período de inscripción abierta por año de contrato. Dicho período abarcará los 30 días previos a la fecha de entrada en vigor de la renovación.
7. Adjuntamos la cantidad de \$\_\_\_\_\_ como depósito de la prima del primer mes (depósito mínimo del 90% de la prima). Tras la aceptación de la solicitud por parte del plan, nos comprometemos a abonar al plan cualquier saldo necesario para constituir el pago inicial completo de los beneficios colectivos identificados en esta solicitud.
8. La firma del solicitante más abajo confirma lo siguiente: a) el solicitante acepta todos los términos y condiciones establecidos en esta solicitud, incluidas las condiciones de inscripción y las presunciones de determinación de cobertura; y b) la exactitud y completitud de la información que el solicitante proporcionó en esta solicitud.
9. El Acuerdo, que consiste en el *Contrato del Plan* que se emitirá como descripción de la cobertura y se complementará con esta *Solicitud de Grupo*, se ha celebrado entre Health Net Health Plan of Oregon, Inc. y el grupo suscriptor con el fin de proporcionar a los empleados inscritos elegibles y a los dependientes inscritos elegibles los beneficios de atención de salud especificados en el *Contrato del Plan*. El Acuerdo puede modificarse, en cualquier momento, con el consentimiento por escrito del grupo suscriptor y de Health Net Health Plan of Oregon, Inc. Las modificaciones están sujetas a las reglamentaciones estatales y federales.

| Grupo suscriptor                                         | Health Net Health Plan of Oregon, Inc.       |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Legalizado en: _____, Oregon                             | Legalizado en: Tigard, Oregon                |
| Fecha de aceptación:                                     | Fecha de aceptación:                         |
| Firma del representante autorizado del grupo suscriptor: | Firma del representante autorizado del plan: |
| Nombre en letra de imprenta:                             | Nombre en letra de imprenta:                 |
| Cargo:                                                   | Cargo:                                       |

(continúa)

## Declaración del productor

Certifico que toda la información incluida en esta solicitud es correcta, a mi leal saber y entender. También certifico que:

1. Esta empresa es un establecimiento comercial de buena fe o es elegible de otro modo para contratar cobertura de seguro en el estado de Oregon.
2. Se explicaron todos los requisitos de participación y se cumplieron los requisitos mínimos de participación.
3. Se brindó una explicación completa de las coberturas, las disposiciones de inscripción, los requisitos de elegibilidad, los beneficios, las limitaciones y las exclusiones, y el solicitante o empleador la entendió.
4. Se brindó una explicación completa de los deducibles, los copagos y el coseguro (si corresponde), y el empleador la entendió.
5. No conozco ningún motivo por el que no deba ofrecerse la cobertura del plan y recomiendo que se ofrezca dicha cobertura.

**Importante:** Si actualmente no tiene licencia del estado de Oregon y ha sido designado por Health Net Health Plan of Oregon, Inc., adjunte una copia legalizada del acuerdo de productor de Health Net y su licencia actual. Las comisiones no se abonarán antes de la concesión de la licencia y el nombramiento oficial.

**Firma del productor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Productor del registro (nombre en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Número del productor: \_\_\_\_\_

Nombre de la empresa/agencia: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nivel de la comisión: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Comisión dividida: porcentaje de comisión del productor secundario: \_\_\_\_\_

Productor secundario (nombre en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Número de productor secundario: \_\_\_\_\_