

1 ACERCA DE LA EMPRESANombre legal de la empresa
(como se indica en la licencia local de la empresa, el informe trimestral sobre salarios e impuestos, los documentos corporativos o de la asociación) Seudónimo comercial (si corresponde)

Dirección física (no se admiten apartados postales) Ciudad Estado Código postal Condado

Teléfono Sitio web de la empresa

Tipo de empresa Corporación Empresario por cuenta propia Sociedad colectiva
Compañía de responsabilidad limitada (LLC) OtroEn actividad desde (mm/dd/aaaa) Número de identificación para el impuesto federal (EIN) Código NAICS (6 dígitos) (visite naics.com/search)
/ /

Todos los empleados deben estar cubiertos por la compensación del trabajador, a menos que la ley no lo exija. Usted no es elegible para solicitar cobertura si no tiene compensación del trabajador, a menos que esté exento. Doy fe de que la siguiente información es correcta.

Sí, mi empresa tiene compensación del trabajador. Pendiente

Si la respuesta es "Sí" o "Pendiente", indique el nombre de la empresa de cobertura:

N.º de póliza

(Indique desconocido o pendiente, según corresponda)

Exento de proporcionar compensación del trabajador debido al siguiente motivo:

2 OTRA COBERTURA MÉDICA

¿Su empresa o empresa afiliada (una o más) tiene o ha tenido alguna vez una cobertura de grupo directamente a través de Kaiser Permanente? Si la respuesta es Sí, indique el número de grupo y el nombre de la empresa:

Sí No N.º de grupo: Nombre de la empresa:

¿Su empresa tiene actualmente una cobertura de salud de grupo activa?

Sí No Nombre de la empresa de cobertura: Mes de renovación:

3A ELEGIBILIDAD DEL EMPLEADOR

Para determinar la cantidad de empleados o empleados elegibles, las empresas afiliadas que son elegibles para presentar una declaración de impuestos combinada a efectos de los impuestos estatales se deben considerar como 1 empleador.

¿Está su empresa afiliada a otra empresa y es elegible para presentar una declaración de impuestos combinada? Sí No

Si la respuesta es Sí, indique la siguiente información:

Nombre de la empresa

Dirección Ciudad Estado Código postal
Afiliada Subsidiaria

Número de identificación para el impuesto federal Teléfono

Nombre de la empresa (en letra de imprenta):

3B CANTIDAD DE EMPLEADOS

Indique la cantidad total de empleados en todo el país (**a tiempo completo y a tiempo parcial**).

Total

Nota: Si la cantidad total de empleados indicada arriba es 50 o menos, omita lo siguiente y vaya a la sección 3C.

Si la cantidad total de empleados indicada arriba es superior a 50, indique la cantidad total de **empleados equivalentes a tiempo completo** en la línea que aparece a continuación. Para cumplir con los requisitos de cobertura de grupo pequeño, la empresa debe tener entre 1 y 50 empleados equivalentes a tiempo completo durante por lo menos el 50 % del año calendario anterior. Para obtener información sobre cómo calcular la cantidad de empleados equivalentes a tiempo completo (*full-time equivalent*, FTE), visite <https://www.healthcare.gov/shop-calculators-fte> o consulte a su asesor legal.

Total

3C EMPLEADOS ELEGIBLES Y QUE SE INSCRIBIRÁN

Indique la cantidad total de **empleados elegibles**. TotalIndique la cantidad total de **empleados que se inscribirán**. Total

Horas por semana que los empleados deben trabajar para ser elegibles para la cobertura:

¿Ofrece cobertura para dependientes?¹ Sí No

¹ Si tiene 50 o más empleados a tiempo completo o equivalentes a tiempo completo, debe ofrecer una cobertura para dependientes. Para obtener más información sobre la responsabilidad compartida por el empleador, consulte la sección 4980(H)(C)(2) del Código de Impuestos Internos.

3D COBERTURA PARA PAREJAS DOMÉSTICAS

¿Desea ofrecer cobertura para una pareja doméstica que no está registrada en el estado? Sí No

Consulte "Cobertura para parejas domésticas" en la sección "Acuerdo y firma" para obtener información detallada sobre la cobertura para parejas domésticas que están registradas en el estado y que no lo están.

4 CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA

¿La empresa tuvo 20 o más empleados durante por lo menos el 50 % de los días hábiles del año calendario anterior (de enero a diciembre), por lo que está sujeta a la Ley COBRA? Sí No

¿Presenta solicitudes para COBRA? Sí No

5A ESTADO SEGÚN ERISA

¿Su empresa está sujeta a la Ley ERISA?² Sí No Si no selecciona una opción, registraremos su respuesta como Sí.

² La Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA) es una ley federal que establece estándares mínimos en los planes de beneficios para empleados por parte de organizaciones de empleados y empleadores privados. Muchos planes de salud de grupo están sujetos a la Ley ERISA, aunque en general los planes que se ofrecen a través del gobierno y de la iglesia no lo están. Si no está seguro del estado según la Ley ERISA de su plan de salud de grupo, le recomendamos que consulte a un asesor financiero o legal antes de responder.

Nombre de la empresa (en letra de imprenta):

8A PLANES MÉDICOS

Seleccione la metodología de tarifa para su grupo:

Tarifa según la edad

Tarifa compuesta

Los beneficios de [HMO], [Kaiser Permanente Plus], [Deductible HMO], [Deductible Kaiser Permanente Plus], [Added Choice], [Qualified Health Saving Account (HSA) HDHP], [Virtual Complete], [Virtual Forward], [Flexible Choice (opción 1 de HMO)] y [HSA Qualified Flexible Choice (opción 1 de HDHP)] están suscritos por KFHP-MAS. Los beneficios de [Flexible Choice (opción 2 de PPO y opción 3 fuera de la red)] y [HSA Qualified Flexible Choice (opción 2 de PPO y opción 3 fuera de la red)] están suscritos por KPIC.

† El empleador determina a su entera discreción si desea abrir una cuenta de ahorros para gastos médicos (*health savings account*, HSA), si contribuir a dicha cuenta y, en tal caso, cuánto contribuir para los empleados que se inscriban en ciertos planes. Los grupos pueden seleccionar hasta 4 planes médicos.

PLANES DE GRUPOS PEQUEÑOS EN MARYLAND

| | Signature | Select | | Signature | Select |
|---|-----------|--------|---|-----------|--------|
| [KP MD Platinum 0 Ded/Vision] | | | [KP MD Silver 1800 Ded/350 RxDed/Vision] | | |
| [KP MD Platinum Plus 0 Ded/Vision] | | N/C | [KP MD Silver Plus 1800 Ded/350 RxDed/Vision] | | N/C |
| [KP MD Platinum 500 Ded/Vision] | | | [KP MD Silver 2500 Ded/Vision] | | |
| [KP MD Gold 0 Ded/Vision] | | | [KP MD Silver Added Choice 2500 Ded/Vision] | | |
| [KP MD Gold Plus 0 Ded/Vision] | | N/C | [KP MD Silver Virtual Forward 3000 Ded] | | |
| [KP MD Gold 500 Ded/Vision] | | N/C | [KP MD Silver 4000 Ded/400 RxDed/Vision] | | |
| [KP MD Gold 1000 Ded/100 RxDed/Vision] | | | [KP MD Silver Plus 4000 Ded/400 RxDed/Vision] | | N/C |
| [KP MD Gold Added Choice 1000 Ded/100 RxDed] | | | [KP MD Silver 2000 Ded/HSA/Vision†] | | |
| [KP MD Gold 1500 Ded/150 RxDed/Vision] | | | [KP MD Silver 3000 Ded/HSA/Vision†] | | |
| [KP MD Gold Plus 1500 Ded/150 RxDed/Vision] | | N/C | [KP MD Silver 4000 Ded/HSA/Vision†] | | N/C |
| [KP MD Gold Virtual Complete 2000 Ded] | | | [KP MD Bronze 6500 Ded/Vision] | | |
| [KP MD Gold 1650 Ded/HSA/Vision†] | | N/C | [KP MD Bronze Plus 6500 Ded/Vision] | | N/C |
| [KP MD Gold Flexible Choice 0 Ded/300 RxDed] | | | [KP MD Bronze 6150 Ded/HSA/Vision†] | | N/C |
| [KP MD Gold Flexible Choice 1000 Ded/200 RxDed] | | N/C | [KP MD Bronze 7000 Ded/HSA/Vision†] | | |
| [KP MD Gold Flexible Choice 1650 Ded/HSA/Vision†] | | N/C | | | |

Nombre de la empresa (en letra de imprenta):

8B PLANES CON CLÁUSULA DE ATENCIÓN DENTAL (opcional)

| Solo adultos (a partir de los 19 años) | Adulto + familia (adulto e hijo), con ortodoncia cosmética |
|---|---|
| [Small Group Dental EPO] | [Small Group EPO + KP OrthoPlus] |
| [Small Group Dental PPO Basic] | [Small Group Dental PPO Basic + KP OrthoPlus] |
| [Small Group PPO] | [Small Group Dental PPO + KP OrthoPlus] |
| [Small Group PPO High] | [Small Group Dental PPO High + KP OrthoPlus] |
| [Small Group POS] | [SG Dental POS + KP OrthoPlus] |

| Adulto + hijo, con ortodoncia cosmética | Solo hijos, con ortodoncia cosmética |
|--|---|
| [SG Dental EPO + KP OrthoPlus] | [KP OrthoPlus EPO] |
| [SG Dental PPO Basic + KP OrthoPlus] | [KP OrthoPlus PPO] |
| [SG Dental PPO + KP OrthoPlus] | |
| [SG Dental PPO High + KP OrthoPlus] | |
| [SG Dental POS + KP OrthoPlus] | |

| Pautas de las opciones para grupos pequeños | |
|--|---|
| Opción multiplan | El grupo puede ofrecer varios planes de atención dental a sus empleados, siempre que reúna los requisitos de participación en el plan de salud. |
| Requisitos de participación | Se aplican a nivel del grupo, incluso cuando se ofrezcan varios planes para adultos. Los grupos deben alcanzar el porcentaje de participación del [50 %]. |
| Requisitos para comprar el beneficio de ortodoncia cosmética | <ul style="list-style-type: none"> • El grupo debe tener un mínimo de 5 miembros inscritos (se excluyen las exenciones). • El beneficio de ortodoncia cosmética se puede seleccionar para que cubra a adultos y niños (ortodoncia para la familia), o solamente a niños (ortodoncia solo para niños). • Si se selecciona, la cláusula de ortodoncia cosmética se debe ofrecer en todas las opciones de planes de atención dental Kaiser Permanente Smile para ese grupo. • Solo los tres primeros niños cubiertos por el beneficio de ortodoncia cosmética están sujetos a las tarifas. |
| Reembolso de PPO o POS | Todos los planes PPO y POS tienen beneficios fuera de la red que reembolsan el monto máximo permitido. |
| Planes de salud Flexible Choice y Added Choice | Los planes de salud Flexible Choice y Added Choice incluyen el plan KP Smile Kids SG Embedded Dental PPO y solo pueden combinarse con planes SG Adult Dental PPO o POS. |

Indique el número total de empleados que se inscribirán y que participan en la opción dental:

Los beneficios dentales están suscritos por KFHP-MAS y son administrados por Liberty Dental Plan. Los grupos que quieran solicitar el cálculo de la tarifa de prima compuesta no pueden seleccionar una mejora del plan dental.

Nombre de la empresa (en letra de imprenta):

9 INFORMACIÓN IMPORTANTE: LÉALA DETENIDAMENTE

Esta es una solicitud de cobertura solamente. No existe contrato de cobertura hasta que Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP-MAS) o Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) haya finalizado su revisión y le haya comunicado a la empresa solicitante o al corredor de seguros del solicitante que se ha aceptado la solicitud y que se emitirá un contrato de plan de salud de grupo o una póliza de grupo.

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. (KFHP-MAS) o Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) se identifican colectiva o individualmente en esta solicitud como "Kaiser Permanente", "KFHP-MAS" o "KPIC".

10A AGENTE O CORREDOR DE SEGUROS AUTORIZADO DESIGNADO POR KAISER PERMANENTE**Para que lo complete el corredor de seguros**

Según mi leal saber y entender, la información sobre empleo y de otro tipo que aparece en esta solicitud es completa y exacta. Confirmando que represento a mi cliente y actúo en su nombre, y no para un empleado ni como empleado de KFHP-MAS o KPIC. He explicado los beneficios y las limitaciones de la cobertura y le he aconsejado a mi cliente no cancelar ninguna cobertura existente hasta que se reciba un aviso por escrito de que la cobertura solicitada en el nuevo programa se ha aprobado. Comprendo que no tengo derecho a vincular esta cobertura ni a modificar los términos del seguro.

Principal (agente o corredor de seguros autorizado)Nombre del agente o corredor de seguros Correo electrónico % distribuidoNombre de la compañía Número nacional de productor (NPN)

Identificación de la compañía del corredor de seguros en Kaiser Permanente

Firma del agente o corredor de seguros Fecha Nombre de la agencia general**Secundario (solo si se agrega otra compañía; no corresponde para un segundo agente o corredor de seguros de la misma compañía)**Nombre del agente o corredor de seguros % distribuidoNombre de la compañía Número nacional de productor (NPN)**10B ACCESO DEL AGENTE GENERAL**

Para brindarle servicios a su organización, el agente o corredor de seguros puede trabajar con un agente general (*general agent, GA*), que es una compañía diferente de la de su agente o corredor de seguros. Se otorgará a un agente general designado el mismo acceso a la información específica de su grupo y el mismo permiso para hacer cambios que su agente o corredor de seguros, a menos que usted elija no autorizar el acceso.

No marque la siguiente casilla si da su consentimiento.

Marque esta casilla **SOLO** si **NO** autoriza a un agente general a acceder a la información específica de su grupo, a brindarle servicios a su organización, a cambiar información del grupo o a actuar en su nombre.

Nombre de la empresa (en letra de imprenta):

11 ACUERDO Y FIRMA

Como funcionario o titular de la empresa con autoridad para firmar un contrato con KFHP-MAS y KPIC, acepto lo siguiente:

- KFHP-MAS o KPIC determinará la fecha de vigencia, que será la posterior de las siguientes opciones:
 - a) la fecha en que KFHP-MAS o KPIC apruebe por escrito esta solicitud;
 - b) cualquier fecha de vigencia solicitada que no sea anterior a la fecha en que el solicitante firme este acuerdo y KFHP-MAS o KPIC apruebe la solicitud;
 - c) la fecha en que KFHP-MAS o KPIC establezca para el inicio de la cobertura en el caso de que esta solicitud no esté acompañada por toda la información que KFHP-MAS o KPIC necesita.
- Para que el plan entre en vigencia, se debe recibir el pago total del primer mes y KFHP-MAS o KPIC debe aprobar por escrito la solicitud.
- Las primas mensuales prepagadas se publicarán en la cuenta de Kaiser Permanente antes de la fecha de vencimiento del estado de cuenta de Kaiser Permanente.
- Mi empresa usará los formularios de inscripción para empleados que KFHP-MAS y KPIC proporcionaron o aprobaron para los nuevos empleados.
- Al presentar esta solicitud, actúa en nombre y representación de sí misma y como agente y representante de sus empleados y de los participantes según la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA), si corresponde. El solicitante no es el agente ni el representante de KFHP-MAS o KPIC para ningún efecto de esta solicitud o un acuerdo de grupo emitido de conformidad con esta solicitud.
- Los datos de elegibilidad proporcionados por mi empresa a KFHP-MAS o KPIC incluirán las fechas de vigencia de la cobertura para los empleados de la empresa a quienes corresponda la elegibilidad de conformidad con el requisito de periodo de espera según la Ley de Cuidado de Salud Asequible y las disposiciones federales, que exigen que los periodos de espera no excedan los 90 días. Mi empresa entiende que la fecha de vigencia de la cobertura para empleados nuevos y sus dependientes familiares elegibles no excederá el periodo de espera establecido por la empresa. Todos los empleados a tiempo completo y a tiempo parcial, si el empleador decide ofrecer cobertura a empleados a tiempo parcial, se consideran empleados elegibles en la fecha de vigencia del acuerdo de grupo de KFHP-MAS o de la póliza de grupo de KPIC.
- Mi empresa respetará las disposiciones del contrato. Acepto proporcionar por escrito comprobantes de elegibilidad del grupo y los empleados a KFHP-MAS o KPIC. KFHP-MAS o KPIC se reserva el derecho de revisar los registros del grupo para verificar la elegibilidad de los empleados y sus dependientes. Es posible que se requieran copias del informe trimestral sobre salarios de los empleados y de la documentación tributaria correspondiente del empleador para cualquier grupo a criterio de KFHP-MAS o KPIC.

Cobertura para parejas domésticas

- En todos los planes de grupo pequeño se incluye cobertura para las parejas domésticas registradas en el estado (unión civil). Si los hijos del empleado asegurado están cubiertos, los hijos de las parejas domésticas registradas en el estado también reciben cobertura.
- Los empleadores pueden elegir proporcionar cobertura a las parejas domésticas que no estén registradas en el estado. Si se selecciona "Sí" en la sección 3D, y los hijos del empleado asegurado están cubiertos, los hijos de las parejas domésticas no registradas en el estado también reciben cobertura.

Kaiser Permanente no brinda asesoramiento con respecto a si la ley requiere o no cobertura para estas personas. Pida orientación a su asesor sobre las obligaciones en relación con la cobertura para dependientes.

- Además, antes de la fecha de aniversario del contrato, el grupo debe completar y entregar cada año todos los documentos que KFHP-MAS o KPIC solicite para certificar el grupo como empleador pequeño.

Certifico que mi empresa opera de manera legítima y no existe con el único propósito de obtener cobertura de atención médica. Doy fe de que mi empresa cumple con la definición de "empleador pequeño" según las leyes federales y estatales correspondientes. Doy fe de que el grupo cumple con el requisito mínimo de participación de empleados elegibles. Al aplicar el requisito mínimo de participación para determinar si se cumple con el [50 %] de la participación, KFHP-MAS o KPIC podría no considerar como empleados elegibles: a aquellos que tienen cobertura de grupo para cónyuges en un plan de seguro de salud privado o público u otro acuerdo de beneficios de salud del empleador, incluidos Medicare, Medicaid y CHAMPUS, que proporciona beneficios parecidos o superiores a los beneficios brindados con el plan estándar; o a empleados menores de 26 años que tienen cobertura del plan de beneficios de salud de sus padres.

Entiendo que, a menos que KFHP-MAS o KPIC acepte lo contrario por escrito, todas las personas que reciban cobertura, excepto los dependientes y los miembros anteriores cubiertos en virtud de una continuación de beneficios, son "empleados elegibles" del solicitante o de una subsidiaria o afiliada incluida en esta solicitud. Un "empleado elegible" es un empleado al que un empleador pequeño le ofrece cobertura en virtud de un plan de beneficios de salud. Un "empleado elegible", a criterio de un empleador pequeño, puede incluir lo siguiente: (1) únicamente empleados a tiempo completo; o (2) empleados a tiempo completo y a tiempo parcial.

Nombre de la empresa (en letra de imprenta):

11 ACUERDO Y FIRMA (continuación)

Acepto proporcionar a KFHP-MAS o KPIC toda la información necesaria para la administración eficiente de la cobertura de grupo para todos los empleados y dependientes cubiertos y aprobados, si corresponde.

Se entiende y acepta que ninguno de los agentes de KFHP-MAS o KPIC tiene la autoridad para hacer lo siguiente:

- modificar este formulario de solicitud;
- realizar una exención de la respuesta a cualquier pregunta en este formulario de solicitud;
- vincular a KFHP-MAS o KPIC de alguna manera a dar o recibir información que no esté escrita en este formulario de solicitud;
- modificar o enmendar el plan o los planes de grupo;
- obligar a KFHP-MAS o KPIC a prometer o declarar algo que no se encuentre en este formulario de solicitud.

El empleador acepta lo siguiente:

- Esta solicitud se ofrece como incentivo para la cobertura de grupo que se solicita.
- Esta solicitud formará parte de cualquier contrato emitido.
- Únicamente la información incluida en esta solicitud vinculará a KFHP-MAS o KPIC.
- Ninguna exención o cargo vinculará a KFHP-MAS o KPIC, a menos que un funcionario ejecutivo de KFHP-MAS o KPIC lo firme.
- La cobertura de grupo únicamente se proporcionará para personas elegibles en virtud de los planes emitidos.
- El empleador debe mantener los registros de inscripción y exención a los efectos de auditorías normativas estatales.

Acepto respetar la política de financiamiento de deducibles de Kaiser Permanente, que no permite financiar ni reembolsar directamente a los empleados por ningún deducible, coseguro o copago, según las leyes federales sobre impuestos para los planes HSA o los planes médicos PPO.

Doy fe de que mi empresa no participa en un fideicomiso de grupo grande y acepto que no participará mientras esté inscrita en una cobertura de empresa pequeña de Kaiser Permanente.

Entiendo que, si tengo un agente o corredor de seguros autorizado registrado, este y su personal de respaldo con registro vigente en Kaiser Permanente tendrán acceso a la información específica de mi grupo. Pueden brindarle servicios a mi organización y actuar en mi nombre o cambiar información del grupo. Se otorgará acceso a mi cuenta de grupo en account.kp.org (en inglés) a mi agente o corredor de seguros, quien puede delegar la autoridad a su personal de respaldo. Esta información puede incluir, entre otros datos, avisos de renovación, acuerdos de grupo, tarifas, beneficios e información médica protegida (*protected health information*, PHI).

Entiendo que hay un *Resumen de Beneficios y Cobertura* (*Summary of Benefits and Coverage*, SBC) para cada uno de mis planes médicos disponible en account.kp.org (en inglés).

Acepto proporcionar a mis empleados elegibles los SBC de los planes que haya elegido o a los que cambie en el futuro.

El agente o corredor de seguros no tiene el poder en nombre de KFHP-MAS o KPIC de presentar o modificar ninguna solicitud de cobertura, de hacer promesas o declaraciones ni de renunciar a ninguno de los derechos o requisitos de las empresas (KFHP-MAS o KPIC).

Solicitamos cobertura durante el periodo que empieza el 15 de noviembre y se extiende hasta el 15 de diciembre, por lo que no estamos sujetos a un requisito mínimo de participación.

Entiendo y acepto que, como empleador, las afirmaciones en esta solicitud son verdaderas y completas según mi leal saber y entender. Entiendo y acepto que dichas afirmaciones y respuestas: a) formarán parte de cualquier acuerdo de grupo que en última instancia emita KFHP-MAS o KPIC y b) tienen el propósito de conseguir que KFHP-MAS o KPIC emita la cobertura de grupo tal como se solicitó. Tengo la autoridad para hacer las afirmaciones y las declaraciones incluidas en esta solicitud y para presentar esta solicitud en nombre del grupo. Si tiene alguna pregunta respecto de los beneficios y los servicios que se proporcionan o quedan excluidos en la cobertura objeto de esta solicitud, comuníquese con un representante de Servicio a los Miembros antes de firmarla. En caso de que haya una disputa, las disposiciones de la versión aprobada del formulario en inglés prevalecerán.

Advertencia para el estado de Maryland: Toda persona que presente intencionalmente una reclamación falsa o fraudulenta para solicitar el pago de una pérdida o beneficio o que intencionalmente presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de cometer un delito y es posible que se vea sujeto a multas e, incluso, encarcelamiento.

Firmante autorizado de la empresa (nombre completo en letra de imprenta) Cargo (en letra de imprenta)

Firma

Fecha