



Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. (KFHP-MAS)
 [2101 East Jefferson Street, Rockville, MD 20852]

Grupo Pequeño en Virginia
SOLICITUD DE EMPLEADOR

Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC)
 [One Kaiser Plaza, Oakland, CA 94612]

Fecha de vigencia solicitada

1 ACERCA DE LA EMPRESA

Nombre 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 (Limited Liability Company, LLC) Otro

En actividad desde (dd/mm/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 del administrador:

N.º de póliza

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

Exento de proporcionar compensación del trabajador debido al siguiente motivo:

2 OTRO TIPO DE 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 del administrador:

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.

¿Su empresa está afiliada a otra empresa y es elegible para presentar una declaración de impuestos combinada?

Sí No Si la respuesta es "Sí", brinde 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, proporcione 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 al 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 con 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

¹Si 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 parejas domésticas que no estén registradas 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 estén registradas en el estado y que no lo estén.

4 CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA

¿La empresa tuvo 20 o más empleados por lo menos durante 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".

²La 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 empleadores privados y organizaciones de empleados. Muchos planes de salud de grupo están sujetos a la ley ERISA, aunque por lo 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):

5B ESTADO DE PAGADOR SECUNDARIO DE MEDICARE¿Está sujeto a la ley TEFRA?³ Sí No

³ Si su empresa tuvo 20 o más empleados a tiempo completo o parcial en cada fecha hábil durante 20 o más semanas calendario en el año calendario actual o anterior, su grupo está sujeto a la Ley de Equidad Tributaria y Responsabilidad Fiscal (Tax Equity and Fiscal Responsibility Act, TEFRA).

6 CONTRIBUCIÓN DEL EMPLEADOR A LA PRIMA

Su contribución a la cobertura puede ser un porcentaje o un monto fijo. **Su contribución mínima debe ser al menos el 50 % de la prima mensual “solo para empleados” para el plan médico de Kaiser Permanente más barato que ofrezca usted, el empleador.**

El porcentaje de la prima se basa en lo siguiente **(seleccione solamente 1 opción)**:

Plan más barato ofrecido Todos los planes ofrecidos Plan específico ofrecido:

Contribución del empleador (del 50 % al 100 %): % por empleado % por dependiente **(opcional)**Contribución del empleador (monto fijo): \$ por empleado \$ por dependiente **(opcional)****7A FIRMANTE DEL CONTRATO**

Esta persona es responsable de recibir y proporcionar información sobre renovaciones y está autorizada para hacer cambios de membresía o contractuales en su cuenta. Esta dirección se considerará la dirección postal del grupo si es diferente de la dirección física de la empresa.

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Cargo
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de la oficina	Ext. Teléfono celular	Correo electrónico	

7B CONTACTO PARA FACTURACIÓN O CONTACTO DEL ADMINISTRADOR EXTERNO

El contacto para facturación es la persona dentro de la empresa a quien se envían los estados de cuenta. Esta persona tendrá acceso a la información del grupo. Solo se permite 1 contacto para facturación. El contacto del **administrador externo (Third-Party Administrator, TPA)** es una persona, una empresa o un corredor de seguros externo que se contrata para administrar la facturación y la inscripción del grupo o únicamente para administrar los beneficios según la **ley federal COBRA**. Esta persona tendrá acceso a la información del grupo.

Marque esta casilla si es la misma persona que firma el contrato.

Marque esta casilla si es un TPA.

Nombre de la empresa del TPA

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de la oficina	Ext. Teléfono celular	Correo electrónico	

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] y [Flexible Choice (opción 1 de HMO)] están suscritos por KFHP-MAS. Los beneficios de [Flexible Choice (opción 2 de PPO y opción 3 fuera de la red)] y de [HSA Qualified Flexible Choice (opción 2 de PPO y opción 3 fuera de la red)] están suscritos por KPIC.

PLANES DE GRUPOS PEQUEÑOS EN VIRGINIA					
	Signature	Select		Signature	Select
[KP VA Platinum 0 Ded/Vision]			[KP VA Gold Flexible Choice 500 Ded/300 RxDed]		N/C
[KP VA Platinum Plus 0 Ded/Vision]		N/C	[KP VA Gold Flexible Choice 1000 Ded/300 RxDed]		N/C
[KP VA Platinum 500 Ded/Vision]			[KP VA Silver 1800 Ded/300 RxDed/Vision]		
[KP VA Gold 0 Ded/Vision]			[KP VA Silver Plus 1800 Ded/300 RxDed/Vision]		N/C
[KP VA Gold Plus 0 Ded/Vision]		N/C	[KP VA Silver 2750 Ded/500 RxDed/Vision]		
[KP VA Gold Added Choice 0 Ded/Vision]			[KP VA Silver Added Choice 2750 Ded/500 RxDed]		
[KP VA Gold 500 Ded/Vision]		N/C	[KP VA Silver Virtual Forward 3000 Ded]		
[KP VA Gold 1000 Ded/Vision]			[KP VA Silver 2000 Ded/HSA/Vision ¹]		N/C
[KP VA Gold Added Choice 1000 Ded/Vision]		N/C	[KP VA Silver 3000 Ded/HSA/Vision ¹]		
[KP VA Gold 1500 Ded/150 RxDed/Vision]			[KP VA Silver 4000 Ded/HSA/Vision ¹]		
[KP VA Gold Plus 1500 Ded/150 RxDed/Vision]			[KP VA Bronze 6500 Ded/Vision]		
[KP VA Gold Virtual Complete 2000 Ded]		N/C	[KP VA Bronze Plus 6500 Ded/Vision]		N/C
[KP VA Gold 1650 Ded/HSA/Vision ¹]			[KP VA Bronze 6000 Ded/HSA/Vision ¹]		N/C
[KP VA Gold Flexible Choice 0 Ded/300 RxDed]			[KP VA Bronze 7000 Ded/HSA/Vision ¹]		
[KP VA Gold Flexible Choice 1650 Ded/HSA/Vision ¹]					

⁺ 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.

Nombre de la empresa (en letra de imprenta):

8B PLANES CON CLÁUSULA DE ATENCIÓN DENTAL (opcional)

Solo adultos (mayores de 19 años)	Adulto + familia (adulto e hijo), con ortodoncia cosmética
[Small Group Dental Copay]	[Small Group Dental Copay + KP OrthoPlus]
[Small Group Dental C-POS Basic]	[Small Group Dental C-POS Basic + KP OrthoPlus]
[Small Group Dental C-POS]	[Small Group Dental C-POS + KP OrthoPlus]
[Small Group Dental C-POS High]	[Small Group Dental C-POS High + KP OrthoPlus]
[Small Group Dental POS]	[Small Group Dental POS + KP OrthoPlus]

Adulto + hijo, con ortodoncia cosmética	Solo niños, con ortodoncia cosmética
[SG Dental Copay + KP OrthoPlus]	[KP OrthoPlus Copay]
[SG Dental C-POS Basic + KP OrthoPlus]	[KP OrthoPlus C-POS]
[SG Dental C-POS + KP OrthoPlus]	
[SG Dental C-POS 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 [50 %] de participación.
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 C-POS o POS	Todos los planes C-POS 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 la cantidad total de empleados que se inscribirán para participar en la opción de atención 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.

Las cláusulas de atención dental solo son compatibles con planes fuera de intercambio.

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 REGISTRADO PARA 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/corredor	Correo electrónico	% distribuido
Nombre de la compañía	Número nacional de productor (NPN)	Identificación de la compañía del corredor en Kaiser Permanente
Firma del agente/corredor	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/corredor	% distribuido
Nombre 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:

- La cobertura de grupo que se solicita por este medio tendrá vigencia cuando ocurra lo siguiente:
 - a) KFHP-MAS/KPIC apruebe esta solicitud;
 - b) KFHP-MAS/KPIC reciba un pago por adelantado equivalente a la prima estimada de un mes;
 - c) si el costo de la cobertura es contributivo, el porcentaje de empleados elegibles requerido haya aceptado hacer la contribución correspondiente;
 - d) las primas mensuales prepagadas se publicarán en la cuenta de Kaiser Permanente en 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 COBRA, si corresponde. El solicitante no es agente ni representante de KFHP-MAS/KPIC para ningún propósito de esta solicitud o acuerdo de grupo emitido de conformidad con esta solicitud, excepto la inscripción. Los datos de elegibilidad proporcionados por mi empresa a KFHP-MAS 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. Si el empleador decide ofrecer cobertura a empleados a tiempo parcial, todos los empleados a tiempo completo y 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 reconoce 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. Acepto hacerme cargo de los gastos ante KFHP-MAS y KPIC por cualquier error u omisión.
- Mi empresa respetará las disposiciones del contrato. 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 requisito de participación mínima de empleados elegibles está cubierto por la cobertura de grupo. (Si el plan no es contributivo, debe inscribirse el 100 % de los empleados elegibles. Si el plan es contributivo, el [50 %] de los empleados elegibles netos debe inscribirse; el número de empleados elegibles netos equivale al número total de empleados elegibles menos los empleados con otra cobertura de salud).
- Acepto proporcionar a KFHP-MAS/KPIC, si se solicita, toda la información necesaria para verificar la elegibilidad del grupo y de los empleados, incluidos, entre otros, los datos que demuestren el cumplimiento de los requisitos de suscripción y los términos del acuerdo de grupo.
- Acepto proporcionar a KFHP-MAS/KPIC comprobantes de elegibilidad del grupo y de los empleados. KFHP-MAS/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/KPIC. Conservaré los registros de inscripción/renuncia a los fines de las auditorías estatales normativas.

Cobertura para parejas domésticas

- En todos los planes de grupos pequeños, se incluye cobertura para las parejas domésticas registradas en el estado. 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 aniversario del contrato, el grupo debe completar y entregar cada año todos los documentos que KFHP-MAS/KPIC solicite para certificar el grupo como empleador pequeño.

Entiendo que, a menos que KFHP-MAS/KPIC acepte lo contrario por escrito, todas las personas que reciban cobertura, excepto los jubilados, los dependientes y los empleados anteriores cubiertos por 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 que trabaja para un empleador de grupo pequeño a tiempo completo, cumple con una semana de trabajo normal de 30 horas o más, satisface los requisitos de periodo de espera correspondientes y no es un empleado a tiempo parcial, temporal o sustituto. A entera discreción del empleador, el criterio de elegibilidad puede ampliarse para incluir a los “empleados a tiempo parcial”. “Empleado” se define según lo dispuesto en la sección 3(6) de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados de 1974 (29 U.S.C. §1002(6)).

Nombre de la empresa (en letra de imprenta):

11 ACUERDO Y FIRMA *(continuación)*

Acepto ofrecer inscripción en los productos de KFHP-MAS/KPIC a todas las personas con derecho a obtener cobertura en condiciones no menos favorables que aquellas para cualquier otro plan de atención médica disponible a través del grupo.

Acepto que existe una relación empleador/empleado auténtica con respecto a cada suscriptor que se inscriba en los productos de KFHP-MAS/KPIC. Reconozco que esta atestación puede estar sujeta a verificación y acepto proporcionar a KFHP-MAS la información necesaria para tal fin.

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 con HSA o los planes médicos de 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 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).

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*).

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

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 de participación mínima ni a una contribución.

El agente o corredor de seguros no tiene el poder en nombre de KFHP-MAS/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/KPIC).

Acepto poner a disposición un periodo de inscripción abierta de 30 días antes de la fecha de renovación del contrato del grupo, durante el cual se ofrezca a todas las personas con derecho a obtener cobertura la opción de inscripción en los productos de KFHP-MAS/KPIC.

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 declaraciones y respuestas: a) formarán parte de cualquier acuerdo de grupo que, en última instancia, emita KFHP-MAS/KPIC; y b) tienen el propósito de conseguir que KFHP-MAS/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. En caso de que haya una disputa, las disposiciones de la versión aprobada del formulario en inglés prevalecerán.

Advertencia del estado de Virginia: Toda persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que facilita un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa podría infringir la ley estatal.

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

Cargo (en letra de imprenta)

Firma requerida para todos los planes de Kaiser Permanente

Fecha