



Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey

Instrucciones de la solicitud para grupos pequeños

Instrucciones

Los formularios adjuntos deben completarse con la ayuda de un corredor de seguros autorizado o de su representante de ventas de Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey.

Complete todos los formularios necesarios en su totalidad. Por favor escriba sus respuestas en letra de molde con tinta o en computadora.

Asegúrese de que todas las áreas que requieran la **firma y la fecha estén completas**. El agente, socio, propietario y/o corresponsal que firme la solicitud debe estar tener la Certificación de pequeños empleadores de New Jersey.

Los formularios de solicitud de inscripción completados deben enviarse a su corredor de seguros autorizado o a su representante de ventas de Horizon BCBSNJ **antes de la fecha de entrada en vigor**.

Documentos incluido

Usted encontrará adjuntos los formularios que debe llenar y enviar para cada grupo pequeño de New Jersey que solicite cobertura estándar de seguro médico:

- Solicitud de una póliza de beneficios de salud para pequeños empleadores.
- Certificado de pequeños empleadores de New Jersey.
- Renuncia de cobertura de beneficios médicos para pequeños empleadores: se necesita un formulario por cada empleado que renuncie o rechace la cobertura. Este formulario puede fotocopiarse cuantas veces sea necesario.

Otros documentos requeridos

Además de los formularios mencionados anteriormente, **según el tamaño/composición del grupo y el método de pago preferido, los siguientes documentos también pueden ser requeridos:**

- Documentación apropiada de impuestos para verificar la nómina, por ejemplo formulario WR30 (requerido para grupos de cinco o menos personas elegibles).
- Documentos de nómina del propietario (K-1, Schedule C y/o 1120).
- Solicitud de pago automático del plan (#8977).

Cuando envíe la documentación requerida anteriormente, **también debe enviar lo siguiente:**

- Formulario de inscripción, cambio o solicitud (#6803). Se necesita un formulario por cada empleado que se inscriba. Su corredor de seguros autorizado o de representante de ventas de Horizon BCBSNJ le proporcionará estos formularios.
- La prima del primer mes. Todas las nuevas solicitudes deben enviarse junto a un cheque de la compañía para la primera prima del mes, pagadero a Horizon BCBSNJ. Si una solicitud se envía sin el cheque de pago de la prima, la solicitud será devuelta.
- Estado de cuenta más reciente de la compañía de seguros anterior o actual. Se requiere en caso de reemplazo de una cobertura médica grupal.
- Estimado de la tarifa. El estimado generado para el grupo debe ser igual al producto(s) seleccionado(s) en la sección II de la solicitud de una póliza de beneficios de salud para pequeños empleadores.

Estimado de la tarifa

Es un estimado basado en la información proporcionada por su corredor de seguros autorizado o su representante de ventas de Horizon BCBSNJ. Si en el estimado original hay información incorrecta o faltante, la tarifa puede cambiar después de una revisión oficial de la documentación enviada a Horizon BCBSNJ.

Envío de la solicitud a Horizon BCBSNJ

Su corredor de seguros autorizado enviará esta solicitud a Horizon BCBSNJ.

Los servicios y los productos pueden ser proporcionados por Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey o Horizon Healthcare of New Jersey, Inc., ambos licenciatarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. Los nombres y los símbolos de Blue Cross® y Blue Shield® son marcas registradas de Blue Cross and Blue Shield Association. El nombre y los símbolos de Horizon® son marcas registradas de Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey.



SOLICITUD DE PÓLIZA DE BENEFICIOS DE SALUD PARA GRUPOS PEQUEÑOS

Escriba en letra de molde o en computadora el número de póliza: _____ Nueva póliza Cambio en la póliza Fecha de entrada en vigor solicitada: _____

Nota: La fecha de entrada en vigor será en o después de la fecha en que Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey apruebe la solicitud.

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

1. Titular de la póliza (nombre legal completo de la compañía): _____

2. Número de identificación fiscal: _____

3. Dirección principal: _____

Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección postal: _____

Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: _____ Fax: _____ Dirección de correo electrónico: _____

La información de contrato debe enviarse: digital o copia impresa. Marque una opción.

4. Corresponsal: _____ Título: _____

5. Tipo de organización: Corporación Sociedad Propiedad Otra (explique): _____

6. Naturaleza del negocio (especifique): _____ Código SIC: _____

7. Número de empleados de tiempo completo en su compañía: _____

Consulte el Certificado de pequeños empleadores de New Jersey para encontrar la definición de empleado de tiempo completo.

8. Número de empleados de tiempo completo que recibirán la cobertura: _____ 9. Clase o clases excluidas: _____

10. Seguro solicitado para: Solo empleador Empleados y dependientes, incluyendo al cónyuge Empleados y dependientes, excluyendo al cónyuge

¿El plan debe proporcionar cobertura para parejas de hecho como lo permite la ley pública c. 246 del 2003? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿el plan debe proporcionar cobertura para cubrir a los hijos de una pareja de hecho cubierta? Sí No

11. ¿El empleador está sujeto a los requerimientos de COBRA? Sí No

12. ¿El empleador está sujeto a los requerimientos de Medicare por las reglas del pagador secundario para elegibilidad por edad? Sí No

¿Debido a discapacidad? Sí No

13. ¿Período de orientación? Sí No

14. Período de espera antes de que el empleado se convierta en asegurado:(no puede exceder de 90 días)

Empleados actuales: sin período de espera un mes dos meses 90 días

Empleados nuevos o contratados de nuevo: sin período de espera un mes dos meses 90 días

15. Plazo para el período de inscripción abierta anual para empleados: _____

16. ¿Qué porcentaje de la prima pagará el empleador? _____

17. Depósito \$ _____

Prima pagada: Mensual Retiro automático de la cuenta bancaria

La prima se deberá desde la fecha de entrada en vigor. Debe adjuntar el pago de la prima del primer mes de cobertura

Afiliados, subsidiarias o divisiones (debe incluirlas para propósitos de participación)

Nombre legal y ubicación	N.º de empleados de tiempo completo en esta compañía	N.º de empleados de tiempo completo que recibirán la cobertura

SECCIÓN II: ESPECIFICACIONES PARA LA COBERTURA

Seleccione la opción de beneficios de salud y la opción de plan dental pediátrico independiente que desee:

BENEFICIOS DE SALUD

Advantage Direct Access

- Platinum 100/70 - \$20/\$40 de copago, \$10/\$25/\$50 de medicamentos con receta, con Blue Card
- Gold 100/80/60 - \$20/\$40 de copago, \$15/\$40/\$75 de medicamentos con receta, con Blue Card

Advantage EPO

- Gold 100% - \$25/\$45 de copago, \$25/\$50/\$75 de medicamentos con receta
 - con Blue Card
 - sin Blue Card
- Gold 100% - \$30/\$50 de copago, \$15/60%/50% de medicamentos con receta
 - con Blue Card
 - sin Blue Card
- Gold 100/80 - \$20/\$40 de copago, \$10/\$25/\$50 de medicamentos con receta
 - con Blue Card
 - sin Blue Card
- Silver 100/70 - \$30/\$50 de copago, \$25/\$50/\$75 de medicamentos con receta
 - con Blue Card
 - sin Blue Card
- Silver 100/50 - \$30/\$50 de copago, \$15/50%/50% de medicamentos con receta
 - con Blue Card
 - sin Blue Card

OMNIA

- OMNIA Platinum, \$5/90%/70%/70% de medicamentos con receta, sin Blue Card
- OMNIA Gold, \$10/60%/50%/50% de medicamentos con receta, sin Blue Card
- OMNIA Silver, \$15/50% después del deducible del Nivel 1/50% después del deducible para medicamentos con receta del Nivel 1, sin Blue Card

Planes HSA

- OMNIA Silver HSA, deducible del Nivel 1 y 60% de medicamentos con receta, sin Blue Card
- OMNIA Bronze HSA, deducible del Nivel 1 y 50% de medicamentos con receta, sin Blue Card
- HSA Advantage Direct Access Silver 100/80/60 - \$30/\$50 de copago, 60% CDHRx, con Blue Card
- HSA Advantage EPO Bronze 100% - \$30/50 de copago, 50% CDHRx
 - con Blue Card
 - sin Blue Card
- Otro: _____

PLAN DENTAL PEDIÁTRICO INDEPENDIENTE

- Horizon Young Grins (solo proporciona beneficios para asegurados menores de 19 años)
- Horizon Family Grins
- Horizon Family Grins Plus

OPCIONES DE PLAN DENTAL PEDIÁTRICO INDEPENDIENTE

La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA, en inglés) permite a los planes fuera del Programa de opciones para grupos pequeños (SHOP, en inglés) emitir cobertura sin beneficios dentales pediátricos, solo si el solicitante ha comprado en el Intercambio un plan dental independiente y certificado (SAPD, en inglés) que cubra los beneficios dentales pediátricos, según lo requerido por la PPACA. Para recibir la cobertura razonable, necesitamos la siguiente información si usted no seleccionó uno de los planes dentales pediátricos independientes enumerados anteriormente:

- Prueba de cobertura u otra documentación razonablemente aceptable de la compañía de seguros que demuestre su inscripción en un plan SAPD certificado del intercambio. Las pruebas aceptables pueden ser una copia de la confirmación de inscripción de la compañía de seguros que emite el plan SAPD o una copia de su documentación de cobertura (por ejemplo, un certificado de cobertura).
- La información de contacto de la compañía de seguros que emite el plan SAPD para verificar su inscripción y con la que usted nos otorga expresamente el permiso para hacer esta verificación:

Nombre de la compañía que emite el plan SAPD: _____

Número de la póliza: _____

Nombre del titular del contrato: _____

SECCIÓN IV: INFORMACIÓN DEL AGENTE/PRODUCTOR Y USO DE LA INSCRIPCIÓN GRUPAL Y SUSCRIPCIÓN

Información del agente productor (Esta información debe responderse completamente)

FIRMA DEL CORREDOR DE SEGUROS	FECHA	NÚMERO DEL PROVEEDOR	
NOMBRE DEL CORREDOR DE SEGUROS	NOMBRE DE LA AGENCIA	NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

INFORMACIÓN DEL SUBPRODUCTOR Y DIVISIÓN DE LA COMISIÓN

Información del subproductor (Esta información debe responderse completamente)

FIRMA DEL SUBPRODUCTOR	FECHA	NÚMERO NPN	
NOMBRE DEL SUBPRODUCTOR	NOMBRE DE LA AGENCIA	NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
Porcentaje de la comisión del subproductor _____ %			
FIRMA DEL SUBPRODUCTOR	FECHA	NÚMERO NPN	
NOMBRE DEL SUBPRODUCTOR	NOMBRE DE LA AGENCIA	NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
Porcentaje de la comisión del subproductor _____ %			
FIRMA DEL SUBPRODUCTOR	FECHA	NÚMERO NPN	
NOMBRE DEL SUBPRODUCTOR	NOMBRE DE LA AGENCIA	NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
Porcentaje de la comisión del subproductor _____ %			
FIRMA DEL SUBPRODUCTOR	FECHA	NÚMERO NPN	
NOMBRE DEL SUBPRODUCTOR	NOMBRE DE LA AGENCIA	NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
Porcentaje de la comisión del subproductor _____ %			
INSTRUCCIONES ESPECIALES			

Para uso de la suscripción interna

Aprobado por _____ Número de suscriptores _____

Rechazado

Respaldado por _____ Fecha _____

Para uso de la inscripción grupal interna

	ADV DA	ADV EPO	OMNIA	HSA ADV DA	HSA ADV EPO	OMNIA HSA	OTRO	MEDICAMENTOS CON RECETA	DENTAL	SAPD
CÓDIGO DE COBERTURA <i>c/o</i>										
TOTAL DE SOLICITUDES ENVIADAS										
N.º DE TRANSFERENCIA DE GRUPO _____										
RECHAZOS/RENUNCIAS LISTA ADJUNTA (SI APLICA)										
CONTRIBUCIÓN DEL EMPLEADOR										
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR										
TARIFA FUTURA FECHA DE RENOVACIÓN										

APROBADO POR: _____

FIRMA DEL REVISOR _____ FECHA DE APROBACIÓN _____

SECCIÓN V: FIRMA

Se entiende que, excepto lo dispuesto en los reglamentos aplicables, ninguna persona debe convertirse en asegurado mientras no trabaje activamente de tiempo completo, y solo son elegibles los empleados de tiempo completo. (Consulte la definición en el Certificado de empleadores de New Jersey). Se entiende también que ningún agente tiene el poder en nombre de Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey, de hacer o modificar cualquier solicitud o aplicación de cobertura u obligar a Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey haciendo cualquier promesa o representación o dando o recibiendo cualquier información.

Asimismo, se entiende que ninguna cobertura entrará en vigor a menos y hasta que la solicitud sea aceptada por escrito por Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey. Las tarifas finales estarán basadas en la información de inscripción a partir de la fecha de entrada en vigor de la póliza. Llenar y/o enviar esta solicitud no implica de ninguna manera la emisión de un contrato de cobertura.

Se entiende que soy responsable de proporcionar a Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey la información oportuna y correcta acerca de la fecha de contratación de nuevos empleados y que la fecha de entrada en vigor de la cobertura solicitada aplicará apropiadamente a cualquier período de orientación y período de espera que sea aplicable al plan. Se entiende además que cualquier solicitud de terminación retroactiva debe limitarse a aquellos cuya prima o contribuciones no hayan sido pagadas por el empleador para el período de terminación o a los dependientes cuya cobertura debe ser cancelada retroactivamente.

Lea esta declaración y verifique para confirmar. Confirmando que recibí el resumen de beneficios y cobertura (SBC, en inglés) y los documentos asociados con el plan o los planes seleccionados en esta solicitud. Confirmando que proporcionaré el resumen de beneficios y cobertura a los participantes y beneficiarios del plan, según lo requerido por las regulaciones federales y la orientación relacionada con la distribución de dicho resumen, incluyendo el plazo de entrega.

Cualquier persona que incluya alguna información falsa o incorrecta en una solicitud para una póliza de seguro está sujeta a sanciones penales y civiles.

Fecha el _____ en _____

Nombre en letra de molde del agente, socio o propietario

Firma del agente, socio o propietario

Testigo de la firma

Nota: Si hay cualquier modificación a las declaraciones y respuestas proporcionadas en esta solicitud (por ejemplo, información tachada, corregida o eliminada), el solicitante debe reportar las modificaciones con una firma completa en el margen más cercano a la modificación



CERTIFICADO DE PEQUEÑO EMPLEADOR DE NEW JERSEY

Nombre legal y dirección del empleador: _____
Nombre

Calle Ciudad Estado Código Postal

Número de la póliza grupal o número del grupo: _____
(Si es cliente actual)

Para recibir la certificación de pequeño empleador de New Jersey, se considera un pequeño empleador si cumple con la definición establecida a continuación.

Definición de empleado y de pequeño empleador

La definición de Pequeño Empleador define a los empleados como se establece a continuación.

Empleado significa un empleado del titular de la póliza. Una persona o su cónyuge legal cuando el negocio pertenece a una persona o a su cónyuge legal, los socios de una sociedad, los propietarios únicos, un accionista dueño del 2 por ciento de una sociedad tipo S y los contratistas independientes **no** son empleados del titular de la póliza.

Pequeño empleador, en relación con un Plan Médico Grupal y con respecto al Año Calendario y el Año del Plan, es un empleador que contrata un promedio de al menos 1, pero no más de 50 empleados en días laborables durante el Año Calendario precedente y que contrata al menos 1 empleado durante el primer día del Año del Plan.

Todas las personas tratadas como un empleador único bajo la subsección (b), (c), (m) u (o) de la sección 414 del Código de Rentas Internas de 1986 serán tratadas como un solo empleador.

En el caso de un empleador que no existía durante el año calendario anterior, la determinación de si dicho empleador es un pequeño o grande empleador se basará en el número promedio de empleados que se espera de manera razonable que dicho empleador tendrá durante los días hábiles del año calendario actual.

El siguiente cálculo se debe usar para determinar si un empleador emplea al menos 1, pero no más de 50 empleados. A efectos de este cálculo:

- a) Los empleados que trabajan 30 horas o más a la semana son empleados de tiempo completo y cada empleado de tiempo completo cuenta como 1;
- b) Los empleados que trabajan menos de 30 horas por semana son de tiempo parcial y se cuentan como la suma de las horas que cada empleado de tiempo parcial trabaja a la semana multiplicado por 4, y el producto dividido entre 120 y redondeado al número entero más cercano menor.

Sume el número de empleados de tiempo completo al resultado del cálculo de los empleados de tiempo parcial. Si la suma es al menos de 1 pero no más de 50, el empleador emplea al menos 1 pero no más de 50 Empleados.

Tenga en cuenta: La definición de Pequeño Empleador incluye a aquel que emplea a más de 50 empleados de tiempo completo si el personal del empleador excede de 50 empleados de tiempo completo por no más de 120 días durante el año calendario y si los empleados que superan los 50 empleados durante dicho período de 120 días o un período más corto eran trabajadores temporales.

Definición de empleado de tiempo completo

La definición de empleado de tiempo completo se utiliza para determinar la elegibilidad para la cobertura en el plan para un pequeño empleador. Los empleados de tiempo completo se cuentan para determinar la participación para un pequeño empleador.

Empleado de tiempo completo significa un empleado que trabaja una semana de trabajo normal de 25 o más horas. La actividad laboral debe llevarse a cabo en el lugar de trabajo del titular de la póliza o en otro lugar hacia el cual el empleado deba trasladarse para efectuar sus tareas habituales para su horario de trabajo normal.

Tenga en cuenta que la definición de pequeño empleador considera el tiempo completo como 30 horas por semana y que la definición de tiempo completo se utiliza únicamente para determinar si el empleador es un pequeño empleador. Para determinar la elegibilidad de los empleados para un el seguro médico bajo el plan del pequeño empleador y si este cumple con los requerimientos de participación, se define tiempo completo como 25 horas por semana.

Indique a continuación el número de empleados por ubicación/estado. Consulte la definición de “empleado” en la página 1. Debe incluir a todos los empleados, sin importar si tienen o no actualmente cobertura médica y a través de quién la reciben.

Ubicación del lugar de trabajo (ordenado por estado)	Número de empleados o empleados anteriores			
	De tiempo completo	De tiempo parcial	Continuación de COBRA o estatal	Otro

La siguiente información será utilizada para calcular la tasa de **participación**. Consulte la definición de “empleado de tiempo completo” en la página 1 que incluye a los empleados que trabajan 25 o más horas por semana.

N.º total de empleados de tiempo completo _____

N.º total de empleados de tiempo completo que solicitan o se inscriben en la cobertura de beneficios de salud _____

N.º total de empleados de tiempo completo que renuncian a la cobertura de beneficios de salud bajo esta póliza y que tienen cobertura bajo el plan grupal de su cónyuge o padre, Medicare, Medicaid, o NJ FamilyCare o Tricare o cualquier otro plan grupal de beneficios de salud **a través de un empleador diferente** _____

N.º total de empleados de tiempo completo que renuncian a la cobertura de beneficios de salud bajo esta póliza y que tienen cobertura bajo un plan de beneficios de salud **emitido por otra compañía de seguros y que es ofrecido por el pequeño empleador:** _____

Mencione por separado el(los) nombre(s) de la(s) otra(s) compañía(s) de seguros y el número de empleados cubiertos bajo cada uno:

N.º total de empleados de tiempo completo que renuncian a la cobertura de beneficios de salud bajo esta póliza y que no tienen cobertura bajo el plan grupal del cónyuge o padre, Medicare, Medicaid, o NJ FamilyCare o Tricare o cualquier otro plan de beneficios de salud. _____

N.º total de empleados en una clase o clases que no son elegibles _____

La siguiente información será utilizada para determinar cómo algunas leyes federales aplican al pequeño empleador.

¿Su empresa está sujeta a las disposiciones para adultos mayores trabajadores de la ley federal (TEFRA/DEFRA)? Sí No (Usted puede estar sujeto a esta ley si contrató 20 o más empleados durante 20 semanas en el año calendario actual o anterior)

Si la respuesta es sí, proporcione el número de empleados de tiempo completo y de tiempo parcial que contrató durante al menos 20 semanas en el año calendario actual o anterior. _____

Para propósitos de esta pregunta, “empleado” incluye: empleados de tiempo completo, de tiempo parcial, estacionales, temporales, empleados que sean miembros del sindicato, propietarios, socios, agentes y excluye a trabajadores autónomos, contratistas independientes (1099), directores.

¿Su empresa está sujeta a los requerimientos federales de la ley COBRA? Sí No

(Usted puede estar sujeto a esta ley si contrató a 20 o más empleados durante el 50% o más de los días hábiles durante el año calendario anterior).

Para propósitos de esta pregunta, “empleado” incluye: empleados de tiempo completo, de tiempo parcial, estacionales, temporales, empleados que sean miembros del sindicato, propietarios, socios, agentes y excluye a trabajadores autónomos, contratistas independientes (1099), directores.

Si la respuesta es sí, proporcione el número de empleados de tiempo completo y de tiempo parcial que contrató durante el 50% o más de los días hábiles durante el año calendario anterior. _____

Cada empleado de tiempo parcial cuenta como una fracción de un empleado, con la fracción igual al número de horas que trabajó el empleado de tiempo parcial dividida entre las horas que un empleado debe trabajar para ser considerado como empleado de tiempo completo.

CERTIFICADO DE PEQUEÑO EMPLEADOR EN EL ESTADO DE NEW JERSEY

Para un plan grupal de beneficios de salud

Firme y coloque la fecha en la sección apropiada, indicando si cumple o no con la definición de pequeño empleador.

Certifico que califico como pequeño empleador en el estado de New Jersey).

Y

Certifico que la información proporcionada a Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey es verdadera y está completa. Comprendo que si la información anterior no está completa o no es proporcionada a Horizon BCBSNJ de manera oportuna, la cobertura de beneficios de salud no se ofrecerá ni continuará. Comprendo también que la información incompleta o falsa puede cancelar la cobertura de beneficios de salud.

Certifico que obtuve y mantengo un plan dental pediátrico independiente para todos los empleados y dependientes que se inscriban en la cobertura de beneficios de salud.

Firma del agente, socio o propietario

Título

Nombre en letra de molde del agente, socio o propietario

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Certifico que NO soy un pequeño empleador en el estado de New Jersey, según lo definido anteriormente.

Firma del agente, socio o propietario

Título

Nombre en letra de molde del agente, socio o propietario

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Cualquier persona que incluya una declaración falsa o información engañosa en un formulario de solicitud o inscripción para un plan de beneficios médicos está sujeta a sanciones criminales y civiles.

Complete esta sección si certificó que es un pequeño empleador

INFORMACIÓN DEL CENSO*

Incluya a las siguientes personas en esta lista:

- a. Empleados, propietarios, socios y agentes que estén trabajando activamente para el empleador de manera regular y que son pagados por el empleador de manera regular, sin importar si son elegibles para cobertura bajo la póliza o no.
- b. Empleados, propietarios, socios y agentes que no estén trabajando, pero que están cubiertos actualmente bajo el plan de beneficios de salud del empleador por razones tales como continuación de la cobertura o discapacidad total.

Utilice las siguientes letras para indicar el estatus:

- O:** Propietario, socio o agente
- F:** Empleados de tiempo completo que trabajan 25 horas o más por semana
- P:** Empleados de tiempo parcial que trabajan menos de 25 horas por semana
- S:** Empleados por estaciones (empleado que trabaja 120 días o menos por año)
- D:** Empleado con discapacidad total
- C:** Persona con continuación de cobertura bajo la ley estatal o federal
- U:** Empleado que participe en un acuerdo de bienestar al empleado establecido conforme a un convenio de negociación colectiva.

Nombre	Título del trabajo	Fecha de contratación	Horas de trabajo a la semana	Estado	Ubicación del lugar de trabajo (Estado)	Fecha de Nacimiento
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						

*Si necesita espacio adicional, adjunte una hoja separada.



Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey

RENUNCIA DE COBERTURA DE BENEFICIOS DE SALUD PARA PEQUEÑOS EMPLEADORES

Póliza grupal No.: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Nombre del empleado: _____

Apellido

Primer nombre

Inicial del segundo nombre

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a)

Fecha de contratación: _____ Fecha de nacimiento: _____

Se me dio la oportunidad de inscribirme en este plan grupal de beneficios de salud ofrecido por mi empleador y asegurado por Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey. *Rechazo* lo siguiente:

Cobertura para empleado, cónyuge e hijo(s)

Cobertura para el cónyuge

Cobertura para hijo(s)

Motivo del rechazo (Marque todas las opciones apropiadas).

Cobertura completa de otro plan de salud grupal patrocinado por este empleador

Cobertura de otro plan de salud patrocinado por el empleador de mi cónyuge

Otra cobertura grupal patrocinada por otra organización

Cobertura de Medicare

Otras razones (explique) _____

Identifique el(los) Plan(es) de Salud Grupal(es) y proporcione el(los) nombre(s) del(los) Titular(es) de póliza, la(s) compañía(s) de seguros y el(los) número(s) de póliza de cada uno.

Titular de la póliza/Nombre: _____

Apellido

Primer nombre

Inicial del segundo nombre

Compañía de seguros: _____ Número de la póliza: _____

Titular de la póliza/Nombre: _____

Apellido

Primer nombre

Inicial del segundo nombre

Compañía de seguros: _____ Número de la póliza: _____

Titular de la póliza/Nombre: _____

Apellido

Primer nombre

Inicial del segundo nombre

Compañía de seguros: _____ Número de la póliza: _____

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluyendo su cónyuge) debido a otra cobertura de un plan de salud grupal, es posible que en el futuro pueda inscribirse o a sus dependientes en este plan, siempre y cuando usted solicite la inscripción dentro de un plazo de 90 días después del fin de su cobertura. Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, usted puede inscribirse o a sus dependientes, siempre y cuando solicite la inscripción dentro de un plazo de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Comprendo que si después deseo inscribirme en cualquiera de las coberturas rechazadas, tendré que enviar un formulario de inscripción.

Firma del empleado Fecha: ____ / ____ / ____
MM DD AAAA

Firma del testigo Fecha: ____ / ____ / ____
MM DD AAAA