



Solicitud del empleador

Aetna Funding Advantage para pequeñas empresas

Nombre de la compañía (nombre legal) (el "solicitante", "nosotros" o "nuestro")		Realiza operaciones comerciales como (si corresponde)	
Dirección (no se aceptan apartados postales)		Ciudad	Estado Código postal
Dirección de facturación (si es diferente de la indicada antes)		Ciudad	Estado Código postal
Número de teléfono ()			
Nombre de la persona de contacto de la compañía		Dirección de correo electrónico de la persona de contacto de la compañía	
Nombre de la persona de contacto para la facturación (si es diferente de la persona de contacto de la compañía)		Dirección de correo electrónico de la persona de contacto para la facturación	
Nombre de la persona de contacto para la inscripción (si es diferente de la persona de contacto de la compañía)		Dirección de correo electrónico de la persona de contacto para la inscripción	
Tipo de actividad comercial	Código SIC	Número de identificación fiscal federal	Fecha de creación de la empresa (Mes/Año)
Tipo de empleador <input type="checkbox"/> Corporación <input type="checkbox"/> Organización sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Sociedad <input type="checkbox"/> Trabajador independiente <input type="checkbox"/> LLC <input type="checkbox"/> LLP <input type="checkbox"/> Otro: _____			

Selección del plan y fecha de entrada en vigor solicitada (la disponibilidad de los planes depende del tamaño del grupo)

<input type="checkbox"/> Opción de plan 1	<input type="checkbox"/> Opción de plan 2	<input type="checkbox"/> Opción de plan 3	<input type="checkbox"/> Opción de plan 4
_____	_____	_____	_____

Solicitamos que la cobertura entre en vigor el _____ (debe ser el primer día del mes). La fecha de entrada en vigor será asignada por Aetna si se acepta esta solicitud. No cancele su cobertura actual hasta tanto reciba una confirmación escrita de Aetna en la que se informe que se aceptó su solicitud.

Firma del solicitante y aceptación del *Acuerdo maestro de servicios*

Por la presente, solicitamos a Aetna que administre los planes indicados más arriba para nuestros empleados. Aetna puede elegir no aceptar esta solicitud. Si acepta, Aetna nos enviará un *Acuerdo maestro de servicios* (AMS). Esta solicitud, incluida toda la información y los términos descritos en las páginas siguientes, será incorporada en el AMS. Nuestra firma a continuación constituye la aceptación del AMS y de todos sus términos y condiciones.

Si la inscripción aumenta a un nivel que nos lleve a otro segmento de mercado, un nuevo AMS se enviará y la firma de abajo representará la firma del nuevo AMS.

Certificamos que toda la información provista en esta solicitud es correcta y completa a nuestro leal saber y entender. Aceptamos brindarle a Aetna copias, registros y cualquier otra información que solicite para administrar los planes o para verificar la información proporcionada. Además, aceptamos brindarle acceso a nuestra nómina de pagos y a otra información sobre los empleados cuando lo requiera, siempre que sea pertinente para la administración del plan o la determinación de cumplimiento con los requisitos.

Designamos a la filial de Aetna que se indica en el AMS (el "administrador de Aetna") fiduciaria de los planes con autoridad para revisar todos los reclamos de beneficios denegados, como el rechazo de la certificación de necesidad médica de cualquier tratamiento. En el ejercicio de su responsabilidad fiduciaria, el administrador de Aetna tendrá la autoridad discrecional para determinar si los participantes y beneficiarios del plan tienen derecho a obtener beneficios y en qué medida. Asimismo, podrá interpretar los términos del plan que estén en disputa o sean ambiguos. Se considerará que el Administrador de Aetna ejerce su autoridad de manera adecuada, a menos que se determine que ha actuado de manera arbitraria o caprichosa.

Aceptamos no introducir cambios en los requisitos de contribución del empleado para la cobertura del plan sin el consentimiento escrito previo de Aetna. Además, no se brindará cobertura a ninguna persona que no sea un empleado que cumple con los requisitos de buena fe en el desempeño de las actividades inherentes a su ocupación o un dependiente que reúne las condiciones de buena fe de dicho empleado.

Firmado en (lugar) ciudad, estado	Solicitante (nombre de la compañía)
Firma del solicitante autorizado	Cargo oficial
Nombre del solicitante autorizado en letra de imprenta	Fecha

Período de espera de beneficios

Solicitamos que se exonere del período de espera de beneficios a todos los empleados actuales que se inscriben con la compañía a partir de la fecha de entrada en vigor inicial del contrato.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Período de espera para futuros empleados: <input type="checkbox"/> primer día del mes luego de 0 días <input type="checkbox"/> primer día del mes luego de 30 días <input type="checkbox"/> primer día del mes luego de 60 días <input type="checkbox"/> exactamente a los 90 días*	
Si se elige "exactamente a los 90 días", la fecha de elegibilidad de inscripción comenzará a los 90 días calendario de la fecha de contratación.	
Si se elige "luego de 0 días", y el empleado se contrata el primer día del mes, la fecha de entrada en vigor será la fecha de contratación.	
* Esta opción no está disponible para California.	

Contribuciones del empleador

Contribución del empleador para el empleado		Contribución del empleador para el dependiente	
---	--	--	--

Información sobre los empleados

Cantidad de empleados de tiempo completo que cumplen con los requisitos	Cantidad de empleados de medio tiempo	Cantidad de empleados con COBRA	Cantidad de sindicatos
En una semana de trabajo normal, un empleado de tiempo completo debe trabajar la siguiente cantidad de horas para cumplir con los requisitos de la cobertura. _____ horas por semana			
Cantidad total de empleados en período de espera de beneficios y que no cumplen con los requisitos			
Excluidos: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Sindicato – local N.º _____		Parejas domésticas: <input type="checkbox"/> Mismo sexo <input type="checkbox"/> Sexo opuesto <input type="checkbox"/> Ninguna	

Equivalencia de empleados de tiempo completo para el año calendario anterior: completar solamente si tiene domicilio en California, Colorado, Connecticut, Maryland, Nueva Jersey o Carolina del Norte.

A. Cantidad de empleados de tiempo completo que trabajan un promedio de 30 horas, o más, por semana (o 130 horas mensuales) durante más de 120 días en el año (aun si no cumplen con los requisitos ni se inscriben para una cobertura de salud).	
B. Cantidad de empleados de medio tiempo que trabajaron un promedio de menos de 30 horas por semana, pero más de 120 días por año. (Sumar todas las horas por semana trabajadas por los empleados de medio tiempo y dividir por 30). Ejemplo: 10 empleados trabajan 20 horas por semana: $200 \div 30 = 6.66 = 6$ (redondear al número entero inferior más cercano).	
C. Número total de empleados de tiempo completo= A + B.	

Promedio total de empleados: completar únicamente si tiene domicilio en Wisconsin.

Calcular el promedio de empleados contratados el año calendario anterior completo. Debe incluir la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> • Empleados del año calendario anterior a la fecha de entrada en vigor de su póliza. • Todos los empleados: no es necesario que cumplan con los requisitos para la cobertura de seguro. • Todos los empleados a quienes la compañía les presente un formulario W-2. Esto incluye trabajadores de tiempo completo, de medio tiempo, temporales, estacionales, asalariados y por hora. • Si tiene varias ubicaciones, incluya los empleados de todas las ubicaciones de las compañías. • Si tiene varias entidades asociadas, incluya a los empleados de todas las entidades que se consideran un empleador único conforme a la Sección 414 del Código de Impuestos Internos, (subsecciones (b), (c), (m) u (o)) Cómo calcularlo: <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuente la cantidad de empleados de cada mes. 2. Agregue cada total mensual para obtener un total anual. 3. Divida el total anual en 12 (o divida por la cantidad de meses que tuvo empleadores). 4. Redondear al número entero superior o inferior más cercano (ejemplos: $24.6 = 25$ or $24.4 = 24$) 5. Ingrese este número en el recuadro a la derecha 	
---	--

Cumplimiento con los requisitos de la empresa

Nuestra compañía es una subsidiaria, filial o está bajo el control común de otra compañía.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hay otras entidades asociadas con el grupo que cumplen con los requisitos para presentar declaraciones de impuestos conjuntas conforme a la Sección 414 del Código de Impuestos Internos.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Medicare

<p>¿Cuántos empleados de tiempo completo y de medio tiempo ha contratado durante al menos 20 semanas o más este año calendario o el anterior?</p> <p>Incluidos: empleados de tiempo completo, de medio tiempo, estacionales, temporales, sindicatos, propietarios, socios, funcionarios.</p> <p>Excluidos: Personas independientes, contratistas independientes (1099), directores.</p> <p>Si se contrataron menos de 20 empleados durante 20 semanas consecutivas este año o el anterior, su pagador primario es Medicare.</p> <p>Si se contrataron 20 empleados o más durante 20 semanas consecutivas este año o el anterior, su pagador primario es Aetna.</p>	<p>_____ empleados</p> <p>Marcar una.</p> <p><input type="checkbox"/> Medicare pagador primario</p> <p><input type="checkbox"/> Plan de salud de grupo pagador primario</p>
---	---

COBRA

A continuación, encontrará una lista de todas las personas que actualmente tienen cobertura según COBRA (deben incluirse los empleados o dependientes anteriores). Agregue una hoja si es necesario. Aetna necesita esta información para determinar durante cuánto tiempo cada uno de esos miembros continuará teniendo cobertura según COBRA. Entendemos que, junto con Aetna, tenemos la obligación de notificar y terminar la continuación de la cobertura de acuerdo con las regulaciones de COBRA.			
Nombre del solicitante	Hecho condicionante (por ej.: terminación del empleo, divorcio, etc.)	Fecha del hecho habilitante	Fecha de terminación de la cobertura según COBRA

Información de la compañía de seguros anterior

Compañía de seguros	Fecha de inicio	Fecha de finalización
Nuestra empresa ha sido asegurada o administrada por Aetna antes. Si la respuesta es "sí", proporcione el número de grupo: _____.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Este plan reemplaza completamente algún plan médico de grupo existente?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Información sobre subrogación

Aetna tiene contrato con un prestador nacional de servicios de recuperación de pagos de terceros para para que realice los servicios de subrogación o reembolso a los grupos que reúnan los requisitos de ERISA.	
El prestador nacional brinda acceso a los informes trimestrales de subrogación que pueden verse en su sitio web de información sobre clientes o imprimirse desde allí.	
Nuestra compañía desea obtener acceso a los informes trimestrales de subrogación. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es "Sí": Estos informes contienen información protegida de salud (PHI) según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA) de 1996. Para permitir que una persona tenga acceso a estos informes que contienen PHI, complete con letra de imprenta <i>toda</i> la información a continuación. La persona de contacto designada recibirá un correo electrónico con las credenciales para ingresar e instrucciones detalladas sobre cómo utilizar el sitio web.	
Persona de contacto que solicita acceso: _____ Correo electrónico: _____	
Tarifas de recuperación	
Nuestra compañía es autofinanciada respecto de la indemnización a trabajadores.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿La compañía tiene otros documentos del plan vigentes (por ej.: documento maestro del plan o documento integral)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Los servicios de recuperación para asuntos relacionados con la indemnización a trabajadores que involucren a los empleados estarán sujetos a la tarifa del servicio de subrogación que figura en el <i>Acuerdo maestro de servicios</i> . Los asuntos relacionados con la indemnización a trabajadores serán tratados cuando Aetna sea la compañía de reaseguro y haya pagado los reclamos conforme a la política de reaseguro de exceso de siniestralidad.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Aetna Funding Advantage y el uso de la información de Aetna Health Information Advantage (AHIA)**(El uso de la información de AHIA solo está disponible para grupos con cinco o más empleados inscritos)**

Autorizamos a Aetna para que le brinde acceso a nuestra información, que puede incluir información protegida de salud, a la persona de contacto del agente de seguros o del agente general mencionado a continuación. Dicha información se brindará a través del *software* (incluida cualquier otra información y documentación) desarrollado por Aetna o sus filiales, o en su nombre, y la persona de contacto contará con una licencia ("software con licencia"). Declaramos que hemos firmado un acuerdo de sociedad comercial con el agente de seguros o el agente general conforme a los requisitos vigentes de la HIPAA. Se otorga el acceso con el propósito de brindar servicios de asesoramiento o del agente de seguros. El acceso del agente de seguros o del agente general al *software* con licencia, o a cualquier información a la que pueda accederse a través de dicho *software*, debe estar limitado a los usos relacionados directamente con dichos servicios de asesoramiento o del agente de seguros. Si en algún momento el agente de seguros o agente general deja de prestarnos sus servicios por algún motivo, se lo notificaremos a Aetna de inmediato para que se interrumpa el acceso del agente o agente a nuestra información. Reconocemos que, si estos continúan teniendo acceso porque no notificamos a Aetna oportunamente, es únicamente nuestra responsabilidad.

Nombre de la persona de contacto de la compañía

Dirección postal	Correo electrónico de la persona de contacto ¿La dirección de correo electrónico solo es accesible por el nombre del contacto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Número de teléfono	Fecha de nacimiento (mmddaaaa)

Nombre de la segunda persona de contacto de la compañía

Dirección postal	Correo electrónico de la segunda persona de contacto ¿La dirección de correo electrónico solo es accesible por el nombre del contacto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Número de teléfono	Fecha de nacimiento (mmddaaaa)

Persona de contacto del agente de seguros

Dirección postal	Correo electrónico del agente de seguros ¿La dirección de correo electrónico solo es accesible por el nombre del contacto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Número de teléfono	Fecha de nacimiento (mmddaaaa)

Nombre del contacto del agente general

Dirección postal	Dirección de correo electrónico del agente general ¿La dirección de correo electrónico solo es accesible por el nombre del contacto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Número de teléfono	Fecha de nacimiento (mmddaaaa)

Acuerdos adicionales**Inscripción y facturación electrónicas**

En relación con la cobertura propuesta, aceptamos lo siguiente:

1. Conservar copias (impresas o electrónicas) de las formas de inscripción y mantener un registro completo de la información relacionada con las inscripciones y el cumplimiento con los requisitos (mediante tecnología de respuesta de voz interactiva electrónica o copias impresas), incluidas las pruebas de elección de cobertura, las pruebas de cumplimiento con los requisitos, los cambios en las elecciones y las finalizaciones de cobertura. Cuando Aetna lo solicite, le proporcionaremos los registros y los conservaremos durante siete años.
2. Crear y mantener los registros en sistemas de información seguros, que puedan generar registros impresos de las inscripciones y los cambios que se ingresan o mantienen en dichos sistemas. Los registros impresos que se generen conforme a esta disposición cumplirán con las normas razonables de disponibilidad, autenticidad, no repudio e integridad.
3. Que toda la información sobre inscripciones y cumplimiento con los requisitos presentada a Aetna es correcta y ha sido oportunamente actualizada. Reconocemos que Aetna puede confiar en esta información sobre inscripciones y cumplimiento con los requisitos para determinar si una persona reúne las condiciones para los beneficios brindados por el plan. En el caso de que exista una discrepancia entre la información presentada por nosotros y la información presentada por la persona inscrita durante cualquier reclamo de beneficios y, en consecuencia, Aetna deba pagar un costo de beneficio más alto conforme a la información presentada por la persona inscrita, aceptamos pagar rápidamente a Aetna las primas correspondientes acumuladas a partir de la fecha en la que la información de la persona inscrita cambió.

Continúa en la página siguiente.

Acuerdos adicionales (continuación)

4. Debemos cumplir con todas las leyes y regulaciones aplicables cuando informemos a Aetna sobre la finalización de coberturas.
5. Si enviamos a Aetna una solicitud de finalización retroactiva, no se habrán pagado las primas o contribuciones del miembro o dependiente para ese período.
6. Recibir la factura de Aetna en línea todos los meses.

Comunicaciones electrónicas

Autorizamos a Aetna a enviar comunicaciones por vía electrónica a las personas inscritas en nuestro plan. Declaramos que nuestros empleados tienen acceso al correo electrónico en su lugar de trabajo. Haremos todo lo posible para asegurarnos de que los participantes de nuestro plan acepten los términos relacionados con la emisión y el uso de la contraseña y con el acceso al sistema.

Cumplimiento de las leyes

Cumpliremos con todas las leyes y regulaciones relacionadas con los planes de beneficios del empleado y haremos todo lo posible para ayudar a Aetna en el cumplimiento de dichas leyes y regulaciones según se apliquen a los planes. Específicamente, aceptamos brindarle a Aetna información oportuna sobre cumplimiento con los requisitos y fecha de entrada en vigor relacionada con los participantes del plan conforme a las condiciones necesarias, las reglas de no discriminación y los requisitos de período de espera estipulados en la ley federal. En caso de que dicha información cambie, se lo comunicaremos a Aetna de manera inmediata. Para compañías que no están reguladas por ERISA: Entendemos que los planes seleccionados no cubren todos los mandatos estatales.

Certificación del agente de seguros

Por la presente, certifico lo siguiente: 1) toda información de la que tengo conocimiento y puede estar relacionada con este riesgo ha sido divulgada por el solicitante en esta solicitud; 2) le comunicaré a Aetna inmediatamente si tomo conocimiento de otra información de este tipo que no se haya brindado antes; 3) he explicado al solicitante los detalles de la cobertura que solicita y cumplo con las reglas y disposiciones de aseguramiento correspondientes al producto; y 4) he recomendado al solicitante no finalizar ninguna cobertura existente en tanto no reciba un aviso por escrito de Aetna en el que se informe que se ha aceptado la cobertura solicitada.

Administrador de terceros: nombre del prestador _____

Nombre del agente de seguros		Número nacional del productor
Nombre de la agencia		Número de identificación fiscal
Dirección		Pagar tarifas a (marque una opción) <input type="checkbox"/> Agente de seguros <input type="checkbox"/> Agencia
Ciudad		Número de teléfono
Estado	Código postal	Porcentaje de crédito
Firma		Fecha
Nombre del asistente del agente de seguros		Correo electrónico del agente de seguros
Correo electrónico del administrador		
Nombre del agente de seguros		Número nacional del productor
Nombre de la agencia		Número de identificación fiscal
Dirección		Pagar tarifas a (marque una opción) <input type="checkbox"/> Agente de seguros <input type="checkbox"/> Agencia
Ciudad		Número de teléfono
Estado	Código postal	Porcentaje de crédito
Firma		Fecha
Nombre del asistente del agente de seguros		Correo electrónico del agente de seguros
Correo electrónico del administrador		
Nombre del agente general		Número de identificación fiscal
Nombre del agente de venta		Dirección de correo electrónico
Dirección		Número de teléfono
Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del asistente de administración del agente general		Dirección de correo electrónico del agente general
Correo electrónico del administrador		