

## Registro de Confirmación del Empleador

### Información del Empleador

Nombre Legal de la Empresa:

Nombre de la Empresa (DBA):

EIN:

Número de Empleados Elegibles:

Ubicación de la Empresa:

Calle:

Suite:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Dirección de Facturación de la Empresa:

Calle:

Suite:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Nombre del Propietario:

Título:

Tel. Principal:

 Trabajo 

 Celular 

 Hogar 

Tel. Secundario:

 Trabajo 

 Celular 

 Hogar 

Correo electrónico:

Administrador/Contacto Principal:

Título:

Tel. Principal:

 Trabajo 

 Celular 

 Hogar 

Tel. Secundario:

 Trabajo 

 Celular 

 Hogar 

Correo electrónico:

Modelo de Contribución:

 Factura de Lista

 Compuesta

Modelo de Elección:

 Plan Único

 Elección Completa de los Empleados

Fecha de Entrada en Vigor:

Plan de Referencia Médica (aseguradora):

Nombre Específico del Plan:

Nivel de Metal solo para Personalización (opcional):

 Platino

 Oro

 Plata

 Bronce

Plan de Referencia Dental (aseguradora):

Nombre Específico del Plan:

Documentación Aportada:

Impuestos y Salarios Trimestrales:

Otro:

Corredora del REGISTRO DEL EMPLEADOR:

## | Registro de Confirmación del Empleador Continuación |

Contribuciones Médicas y Dentales del Empleador: Indique la contribución en porcentaje o monto en dólares (como se presenta para la Inscripción Abierta de Empleados). Tenga en cuenta que si elige Modelo de Contribución de Factura de Lista, solo puede elegir porcentaje. El monto en dólares no está permitido en este modelo.

Modelo Compuesto			Modelo de Factura de Lista		
Grupo 1	Contribución Médica del Empleador	Contribución Dental del Empleador	Grupo 1	Contribución Médica del Empleador	Contribución Dental del Empleador
Solo para Empleados			Empleados		
Empleado y Cónyuge			Dependientes		
Empleado e Hijo(s)			N/A		
Familia			N/A		
Solo Dependientes (disponible solo para Cobertura Dental)	N/A		Solo Dependientes (disponible solo para Cobertura Dental)		
Grupo 2	Contribución Médica del Empleador	Contribución Dental del Empleador	Grupo 2	Contribución Médica del Empleador	Contribución Dental del Empleador
Solo para Empleados			Empleados		
Empleado y Cónyuge			Dependientes		
Empleado e Hijo(s)			N/A		
Familia			N/A		
Solo Dependientes (disponible solo para Cobertura Dental)	N/A		Solo Dependientes (disponible solo para Cobertura Dental)		
Grupo 3	Contribución Médica del Empleador	Contribución Dental del Empleador	Grupo 3	Contribución Médica del Empleador	Contribución Dental del Empleador
Solo para Empleados			Empleados		
Empleado y Cónyuge			Dependientes		
Empleado e Hijo(s)			N/A		
Familia			N/A		
Solo Dependientes (disponible para Cobertura Dental solamente)	N/A		Solo Dependientes (disponible solo para Cobertura Dental)		

### Cuadro de Firma del Empleador

Sí, he leído y acepto el ACUERDO DE ACEPTACIÓN DEL USUARIO de HealthSource RI para Empleadores y sé que explica cómo mi información personal permanecerá privada y segura

Acepto dar mi CONSENTIMIENTO PARA EL ACCESO A LOS DATOS (Derechos y Responsabilidades)

Autorizo al Agente nombrado como mi Agente Registrado

Nombre del Empleador:

Firma del Empleador:

Fecha: