

스몰 비즈니스 고용주 신청서/ Employer Application for Small Business



양한방 더블보험/AsianTreasure

처리 지연을 방지하기 위해 다음의 사항을 확인하십시오./To avoid processing delays, please make sure you:

- 1 모든 질문에 정확하고 빠짐없이 답하십시오./Answer all questions completely and accurately.
- 2 보험 상품 및 혜택 선택 양식을 작성하여 제출하십시오./Complete and submit the Product and Benefit Selection Form.
- 3 현재 보장받고 있는 보험 및 현 상태가 기재된 가장 최근 거래 명세서를 제출하십시오./ Submit the most recent billing statement listing those currently insured and current status.
- 4 가장 최근의 임금 및 세금 정보를 제출하십시오./Submit most recent wage and tax information.
- 5 첫 달 보험료에 해당하는 체크를 동봉하십시오./Include a deposit check for the first month's premium.
- 6 **서면 승인 통지서를 받기 전까지 기존의 보험을 해지하지 마십시오./ DO NOT CANCEL YOUR EXISTING COVERAGE UNTIL YOU RECEIVE WRITTEN NOTIFICATION OF APPROVAL.**

UnitedHealthCare Insurance Company
 UnitedHealthCare of Texas, Inc.
 National Pacific Dental, Inc.
 Unimerica Insurance Company
 PacifiCare Life & Health Insurance Company

일반 정보/General Information

그룹의 공식명칭/Group's Legal Name				요청 발효 날짜/ Requested Effective Date	
ID 카드 상의 그룹명(최대30자)/Group Name to appear on ID card (maximum 30 characters)					
주소/Address				납세자 번호/Tax ID	
시/City	주/State	우편번호/Zip Code	소유주 이름/파트너 (해당하는경우)/Names of Owners/ Partners (if applicable)		
담당자/Contact Person		전화/Telephone	팩스/Fax	이메일 주소/Email Address	
집 주소(다를 경우)/Billing Address (If Different)				사업 년도 #/# of Years in Business	
조직 유형/Organization Type		<input type="checkbox"/> 파트너십/Partnership <input type="checkbox"/> C-Corp <input type="checkbox"/> S-Corp <input type="checkbox"/> LLC/LLP <input type="checkbox"/> 독립 계약자/Ind. Contractor <input type="checkbox"/> 비영리/Non-Profit <input type="checkbox"/> 단독 소유자/Sole Proprietor <input type="checkbox"/> 기타/Other _____			
사업 분류/Nature of Business			산업 (SIC)코드/Industry (SIC) Code		
다지역 그룹/Multi-Location Group		#지역/# Locations	주소(또는 추가 용지에 기재)/Address(es) (or list on additional sheet of paper)		
<input type="checkbox"/> 예/Yes <input type="checkbox"/> 아니오/No					
#주당 해당 시간/# Hours per week to be eligible					
신규 사원 대기 기간/ Waiting Period for new hires		<input type="checkbox"/> 입사후첫번째 폴리스 해당월/1st of Policy Month following Date of Hire <input type="checkbox"/> 입사____[0-90]일 이후 첫 번째 폴리스 해당월/1st of Policy Month following ____ [0-90] days of employment <input type="checkbox"/> 고용일 (대기기간 없음)/Date of Hire (no waiting period) <input type="checkbox"/> ____ 입사 후 [0-90]일/[0-90] days of employment following Date of Hire			
최초 가입 시 대기 기간 면제/Waiting Period waived for initial enrollees					
<input type="checkbox"/> 예/Yes <input type="checkbox"/> 아니오/No					
근로자 보상 정책 유무/Have Worker's Comp		근로자 보상 정책 보험사/Worker's Comp Carrier Name			
<input type="checkbox"/> 예/Yes <input type="checkbox"/> 아니오/No					
근로자 보상 정책에 포함되지 않는 소유주/공동 소유주 이름들/Names of Owners/Partners not covered by Workers' Comp:					
COBRA/지속보장을 현재 받고 있는 사람의 이름들/Names of Persons currently on COBRA/Continuation:					
<input type="checkbox"/> 첨부 목록 참조/See Attached List <input type="checkbox"/> 없음/None					
지난 12개월 동안 UnitedHealthcare 또는 PacifiCare의 보험에 가입하였습니까?/Has the Group been insured by UnitedHealthcare or PacifiCare in the last 12 months: <input type="checkbox"/> 예/Yes <input type="checkbox"/> 아니오/No "예"라고 답한 경우 혜택 종료 날짜:/If yes, date coverage terminated: / /					
현재 의료 보험사 이름/Name of Current Medical Carrier			현재 의료 보험사 이름/Name of Current Dental Carrier		
시작일/Begin Date ____/____/____		종료일/End Date ____/____/____		시작일/Begin Date ____/____/____	
종료일/End Date ____/____/____		종료일/End Date ____/____/____			
<input type="checkbox"/> 없음/None			<input type="checkbox"/> 없음/None		

의료비 상환 계좌(HRA) 및/ 또는 자발적 또는 비자발적 보조 보험(예, 중대한 질환, 병원비, 디덕터블 환급 등)과 같은 보조 보험 정책을 UnitedHealthcare 또는 PacifiCare medical 플랜과 함께 현재 제공하고 있거나 제공할 의사가 있습니까? UnitedHealthcare, PacifiCare 또는 다른 보험사나 보험관리대행사에서 보험에 가입하든지 관계없이 모든 답변은 정확해야 합니다./Do you currently offer or intend to offer a Health Reimbursement Account plan and/or voluntary or involuntary supplemental insurance (e.g., critical illness, hospital income, deductible reimbursement, etc.) policy along side this UnitedHealthcare or PacifiCare medical plan? Answers must be accurate whether purchased from UnitedHealthcare, PacifiCare, or any other insurer or third party administrator.

HRA (의료비 상환 계좌)/HRA 예/Yes 아니오/No

"예"라고 답한 경우 종류를 알려주십시오./If yes, please identify type: Definity Standard HRA Definity Select HRA

기타 보험관리대행사 HRA/Other Administrator HRA

보조 보험/Supplemental Insurance 예/Yes 아니오/No

HRA에 "예"라고 답한 경우, 반드시 브로커나 에이전트가 알려주는 가능한 Definity HRA 혜택 플랜 리스트에서 선택하여야 합니다./If you answered "Yes" for HRA, you must choose from the list of Definity HRA-eligible benefit plans as shown to you by your broker or agent.

다른 플랜은 HRA와 함께 신청할 수 없습니다./Other plans are not eligible for pairing with a Health Reimbursement Account.

참여/Participation	#지원/ # Applying for:	#제외/ # Waiving for:	Contribution	고용주 부담 %/ Employer %	직원%/ Employee%	피부양자를 위한 고용주 부담%/Employer % for Dep
풀타임 직원 수#/ # Full Time Employees	의료/ Medical	의료/ Medical	의료/ Medical			
파트타임 직원 수#/ # Part Time Employees	생명/ Life	생명/ Life	생명/ Life			
부적격 직원 수#/ # Ineligible Employees	치과/ Dental	치과/ Dental	치과/ Dental			
총 직원 수#/ Total # Employees	안과/ Vision	안과/ Vision	안과/ Vision			
	기타/ Other	기타/ Other	기타/ Other			

보험 혜택은 UnitedHealthcare 및 자회사들*에서 제공합니다./Coverage Provided by "UnitedHealthcare and Affiliates":

의료보험은 United HealthCare Insurance Company (PPO, indemnity 보험) 또는 United HealthCare of Texas, Inc. (HMO) 또는 PacifiCare Life & Health Insurance Company (PPO, indemnity)에서 제공합니다./Medical coverage provided by United HealthCare Insurance Company (PPO, indemnity) or United HealthCare of Texas, Inc. (HMO) or PacifiCare Life & Health Insurance Company (PPO, indemnity)

치과보험은 United HealthCare Insurance Company (indemnity 보험) 또는 National Pacific Dental, Inc. (DMO)에서 제공합니다./Dental coverage United HealthCare Insurance Company (indemnity) or National Pacific Dental, Inc. (DMO)

생명보험은 United HealthCare Insurance Company 또는 Unimerica Insurance Company 에서 제공합니다./Life Insurance coverage provided by United HealthCare Insurance Company or Unimerica Insurance Company

안과보험은 United HealthCare Insurance Company (PPO, indemnity 보험) 또는 Unimerica Insurance Company (PPO, indemnity보장)에서 제공합니다./Vision coverage provided by United HealthCare Insurance Company (PPO, indemnity) or Unimerica Insurance Company (PPO, indemnity)

주 보험법에 따르면 소규모 그룹 시장 내 모든 보험사는 소규모 고용주가 전체 소규모 그룹에 대한 요청이 있는 경우, 그룹 내 개인의 건강 상태에 상관없이 2명에서부터 50명의 직원을 두고 있는 소규모 고용주에게 제공할 수 있는 건강 보험 플랜을 발행해야 합니다./YOUR STATE INSURANCE LAW REQUIRES ALL CARRIERS IN THE SMALL GROUP MARKET TO ISSUE ANY HEALTH BENEFIT PLAN IT MARKETS TO SMALL EMPLOYERS OF 2-50 ELIGIBLE EMPLOYEES, UPON THE REQUEST OF A SMALL EMPLOYER TO THE ENTIRE SMALL GROUP, REGARDLESS OF THE HEALTH STATUS OF ANY OF THE INDIVIDUALS IN THE GROUP.

그룹 규모에 관한 질문/Questions Regarding Group Size

<input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> 주(州) 지속보장/ St. Continuation	연방법에 따르면 전년도 근무일 중 최소 50% 이상 근무하며 임금 명부에 이름이 기재된 직원이 20명 이상일 경우 직원들에게 COBRA 지속보장을 제공해야만 합니다. 주법에 따라 저희는 그룹 규모에 관계없이 주(州) 지속보장을 제공할 것입니다./Under federal law, if your group had 20 or more employees on your payroll on at least 50% of the group's working days of the preceding calendar year, you must provide employees with COBRA continuation. Under state law, regardless of your group's size, we will offer State Continuation.
<input type="checkbox"/> 메디케어 우선/ Medicare Primary <input type="checkbox"/> 플랜 우선/ Plan Primary	연방법에 따르면 전년도에 20주 이상의 기간 동안 20명 이상의 직원이 근무한 그룹은 건강 플랜이 주 보험, 메디케어는 2차 보험이 됩니다. 본 신청서에서 그룹 규모의 메디케어 상태를 관리하는 모든 규정을 정하고 있지는 않습니다. 그룹 메디케어 상태에 대한 기타 규정에 대해서는 법률가 및/또는 세무 담당자에게 문의하여야 합니다. 연방법에 따라 정확한 메디케어 상태를 결정하는 것은 그룹의 책임입니다./Under federal law, if your group had 20 or more employees during 20 or more calendar weeks in the preceding calendar year, the Health Plan is primary and Medicare is secondary. This statement does not set forth all rules governing group level Medicare status. The Group should contact their legal and/or tax advisor(s) for information regarding other rules that may impact the Group's Medicare status. Under federal law it is the Group's responsibility to accurately determine its Medicare status.
<input type="checkbox"/> 예/Yes <input type="checkbox"/> 아니오/No	이 그룹과 관련하여 미 내국세법 414조의 공동 세금 환급을 신청할 수 있는 자격이 있는 기타 주체가 있습니까? 만약 그렇다면, 모든 회사의 법적 명칭 및 각각 고용된 직원 수를 명시하십시오./of the Internal Revenue Code? If yes, please give the legal names of all other corporations and the number of employees employed by each.

중요 정보/Important Information

본인은 혜택 요약서 또는 플랜 설명 요약서와 본 신청서상에 설명된 보장과 관련된 기타 서류, 통보 및 커뮤니케이션이 본인과 회사 고용인에게 전자적인 수단을 이용하여 전송될 수 있음을 이해하고 있습니다./I understand that the Certificate of Coverage or Summary Plan Description, and other documents, notices and communications regarding the coverage indicated on this application may be transmitted electronically to me and to the Group's employees.

본인은 적격의 수혜자와 COBRA 또는 주 지속보장법에서 지속보장을 선택한 피부양자에 대한 정보를 포함하여 본 신청서에 기재한 정보가 본인이 아는 한 정확하고 신뢰할 수 있다는 것을 명시합니다. 본인은 UnitedHealthcare 및 자회사들이 본인이 제공한 정보에 의거하여 보장 자격, 보험료 결정 및 기타 결정을 내리게 되며, 허위 또는 거짓 정보 제공 시 법이 허용하는 한에서 그룹 보험의 무효, 보장 해지, 보험료 인상 및 기타 결과를 야기할 수 있음을 이해하고 있습니다./I represent that, to the best of my knowledge, the information I have provided in this application – including information regarding qualified beneficiaries and dependents who have elected continuation under COBRA or state continuation laws – is accurate and truthful. I understand that UnitedHealthcare and Affiliates will rely on the information I provide in determining eligibility for coverage, setting premium rates, and other purposes, and that any intentional and material misrepresentation or fraudulent statement may result in rescission of the group policy, termination of coverage, increase in premiums retroactive to the policy date, or other consequences as permitted by law.

알면서 의도적으로 보험사 또는 다른 사람을 속이는 사람이 정보를 허위로 하기 위해 허위 정보를 포함하여 또는 사실을 숨기고 보험을 신청하기 위해 신청서를 제출하는 것은 보험사기 행위이며 이는 범죄행위입니다./Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance containing any materially false information or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime.

상품 구성에 대한 UnitedHealthcare/PacifiCare 공개 UnitedHealthcare는 중개인 및 대리인(이하 통칭 “프로듀서”)에게 관계법에 따라 보험상품 판매와 관련한 서비스에 대해 보수를 지급하고 있습니다. UnitedHealthcare는 상품 유형, 보험 금액, 그룹 규모 및 직원 수 등 사실에 근거하여 “기본 커미션”을 지불합니다. 이러한 커미션은 보험 요율에 반영됩니다. 또한 UnitedHealthcare는 신상품의 도입을 장려하고 생산 목표, 고수율, 성장 목표 또는 기타 목적 달성을 위해 인센티브를 제공하고자 마련된 보너스 프로그램에 준하여 보너스를 제공할 수도 있습니다. 보너스는 보험 요율에 반영되지 않으며 일반 관리 비용에서 지급됩니다. 일반적으로 총 보너스액은 프로듀서가 받는 수당의 10% 미만입니다. UnitedHealthcare의 정책에 따르면 고객이 프로듀서에게 커미션 혹은 기타 수수료를 제공한 경우, 해당 상품에 관해서는 프로듀서에게 커미션을 지급하지 않습니다. UnitedHealthcare는 보험 상품의 판매와 관련된 서비스 이외에도 (예를 들어 일반 대리인 또는 상담 서비스) 프로듀서에게 때때로 수당을 지급합니다./UnitedHealthcare/PacifiCare disclosure regarding producer compensation: We pay brokers and agents (referred to collectively as “producers”) compensation for their services in connection with the sale of our insured products, in compliance with applicable law. We pay “base commissions” based on factors such as product type, amount of premium, group size and number of employees. These commissions are reflected in the premium rate. In addition, we may pay bonuses pursuant to bonus programs established from time to time which are designed to encourage the introduction of new products and provide incentives to achieve production targets, persistency levels, growth goals or other objectives. Bonuses are not reflected in the premium rate but are paid from our general administrative expenses. In general, our total bonuses are less than 10% of total producer compensation paid. It is our policy not to pay commissions to producers with respect to a product for which the customer is also paying the producer a commission or other fee. Please note we also make payments from time to time to producers for services other than those relating to the sale of policies (for example, compensation for services as a general agent or as a consultant).

프로듀서의 수당은 사원퇴직소득보장법(ERISA)의 적용을 받는 고객을 위해 ERISA Form 5500의 Schedule A에 공지될 수 있습니다. UnitedHealthcare는 고객에게 Schedule A 보고서를 제공합니다. UnitedHealthcare는 또한 프로듀서가 고객에게 수당 내역을 적절한 방법으로 제시할 수 있도록 조치를 취하고 있지만 프로듀서의 동의를 보장할 수는 없습니다. 보너스를 포함한 총 보수의 대략적인 퍼센트 및 프로듀서의 수당 내역에 관한 일반적인 정보를 원하시면 <http://www.uhc.com> 을 방문하여 “View Our Programs – Producer Payment Programs” 하단의 고용주를 위한 드롭다운 박스를 클릭하십시오. 귀하가 가입한 특정 보험 상품과 관련된 수당에 관해 상세 정보를 원하시면 귀하의 프로듀서에게 문의하십시오./Producer compensation is subject to disclosure on Schedule A of the ERISA Form 5500 for customers governed by ERISA. We provide Schedule A reports to our customers. We also have taken steps to ensure that producers properly disclose their compensation arrangements to their customers, but we cannot guarantee the producer's compliance. For general information on our producer payment arrangements, including the approximate percentage of total compensation that total bonus payments comprise, please go to <http://www.uhc.com> and click on the drop down box for employers under “View Our Programs – Producer Payment Programs.” For specific information about the compensation payable with respect to your particular policy, please contact your producer.

서명/Signature

그룹 승인 서명/ Group Authorized Signature	직함/Title	날짜/Date
-----------------------------------------	----------	---------

수당 정보/Commission Information

프로듀서 이름/ Writing Producer Name	프로듀서 소셜시큐리티번호/ Writing Producer SSN	UHC/PHS 선정 프로듀서입니까?/Is the Producer appointed with UHC/PHS? <input type="checkbox"/> 예/Yes <input type="checkbox"/> 아니오/No	
커미션 수취인: Commissions Payable to:	수취 코드 Payee Code	CRID 코드 CRID Code	납세자 번호# Tax ID#
주소/Street Address	시/City	주/State	우편번호/Zip Code
프로듀서 전화번호#/Producer Phone #	프로듀서 이메일 주소/ Producer Email Address	프로듀서 팩스번호/ Producer Fax Number	

본 신청서의 내용에 관해 신청서를 제출한 그룹에게 상세히 설명했습니다.
보장 내용, 자격 조건, 기존 조건 제한(PPO), 허위 진술의 결과 및 약정 해지 등에
관해 논의했습니다./ The contents of this application were fully explained during a
meeting with the Group submitting this application. Coverage, eligibility, pre-existing
conditions limitations (PPO), the effect of misrepresentations, and termination provisions
were discussed.

**프로듀서 서명/
Producer Signature****날짜/
Date****UHC/PHS 판매 담당자/ 어카운트 책임자/
UHC/PHS Sales Representative/Account Executive**

*프로듀서가 1인 이상인 경우, 다른 프로듀서의 정보도 별지로
첨부해 주십시오./*If more than 1 Producer, provide the second
Producer's information on an additional sheet of paper.

판매 담당자 또는 어카운트 책임자 (성과 이름)/
Sales Representative or Account Executive (First & Last Name)

**일반 대리인 추가 정보/
General Agent Override Information**

일반 대리인/General Agent	전화번호/Phone #	영업점 코드/Franchise Code	
주소/Street Address	시/City	주/State	우편번호/Zip Code

안내 책자/Admin Kit

안내 책자 수취인/Send Admin Kit To:	주소/Address
------------------------------	------------

1250 Capital of Texas Hwy South
Building One, Ste. 250
Austin, TX 78746

1333 West Loop South
Ste. 1100
Houston, TX 77027

5800 Granite Parkway
Ste. 900
Plano, TX 75024

6200 Northwest Parkway
San Antonio, TX 78249

www.UHCAsian.com.