

Evaluación de Riesgos del Grupo

Nombre del grupo:

Cuestionario

1. Empleados o dependientes cubiertos han tenido, consultado a un profesional de la salud o recibido consejo o el tratamiento de: (Marque todas las que apliquen y explique abajo)?

SIDA / HIV	Enfermedad del corazón	Esclerosis Múltiple
El abuso de alcohol / sustancias	Enfermedad de Hodgkin/ Linfoma	Distrofia Muscular
Trastornos de la Sangre	Hipertensión	Sistema nervioso / Muscular
Cáncer	Esterilidad	Trastorno de órganos
Parálisis cerebral	Renal / Urinaria	La artritis reumatoide
Colitis	Leucemia	Sarcoidosis
Enfermedad de Crohn	Hígado	Enfermedades de Transmisión Sexual
Diabetes	Pulmón	Derrame Cerebral
Sistema Digestivo	Lupus	Trasplantes
Enfisema	Mental / Emocional	Tumores

2. ¿Hay empleados o dependientes actualmente embarazada? Si es así, indique la fecha probable de parto, y complicaciones como la anticipación de nacimientos múltiples o por cesárea? Sí No

3. ¿Han sido hospitalizados cualquier empleado o dependiente (paciente interno o externo) o ha tenido operaciones quirúrgicas durante los últimos 5 años? Sí No

4. ¿Alguno de los empleados estado ausente del trabajo o confinados al hogar o incapacitado durante más de 2 semanas consecutivas debido a una enfermedad o lesión durante los últimos 5 años? Sí No

5. ¿Han sido informados los empleados o dependientes que someterse a tratamientos médicos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas y hospitalización en los próximos 6 meses? Sí No

6. ¿Hay empleados o dependientes que reciben beneficios por discapacidad de cualquier tipo, incluida la indemnización de la Seguridad Social sobre la Renta, de los Trabajadores y de Medicare? Sí No

Datos Adicionales

Para cualquiera pregunta anterior que respondieron "SI", por favor complete lo siguiente: estado de salud

Pregunta #	Empleado o dependiente de Edad y Sexo	Lista la condición, el desorden, enfermedad, problema y el tratamiento	Fechas de atención: primera/última fecha de vencimiento en caso de embarazo	Costo de la atención: real o esperado	Estado de Salud

Firma

Certifico al mejor de mi conocimiento que la información anterior es verdadera, completa y exacta y reconozco que cualquier cobertura emitida por el Plan será emitido al respecto.

Firma del Empleador	Título	Fecha
Firma del Agente	Agencia	Fecha