



Información del Grupo y el Plan

Grupo y Plan Información

Nombre del grupo:	Fecha Deseada de Vigencia:	
Dirección:	Ciudad / Código postal / País:	
Número de teléfono:	Naturaleza del Negocio:	
Años en el Negocio:	Numero de Identificación de Impuestos Federales:	
Número total de empleados de tiempo completo:	Porcentaje de participación:	
Número de está que residen fuera del área:	Porcentaje de remplazo:	
Lugares con código postal:	Número de personas inscritas en COBRA:	
Portador actual de salud:	¿Por cuánto tiempo?	
Contribución del empleador (Médico):	Empleado:	Dependiente:
Contribución del empleador (Dental):	Empleado:	Dependiente:
Período de espera:	Portadores anteriores (5 años):	

Tarifas Médicas y la información del Plan

Plan 1	Sólo el empleado	Empleado más cónyuge	Empleado + Niño (s)	Familia	Descripción (Portador, fecha de vigencia, deducible, coseguro, HDHP, etc.)
Renovación					
Corriente					
Anterior					
Plan 2	Sólo el empleado	Empleado más cónyuge	Empleado + Niño (s)	Familia	Descripción (Portador, fecha de vigencia, deducible, coseguro, HDHP, etc.)
Renovación					
Corriente					
Anterior					
Plan 3	Sólo el empleado	Empleado más cónyuge	Empleado + Niño (s)	Familia	Descripción (Portador, fecha de vigencia, deducible, coseguro, HDHP, etc.)
Renovación					
Corriente					
Anterior					

Iniciativas de Salud y Bienestar	Fecha de la última FERIA de la Salud:		Años en el Lugar:	
----------------------------------	---------------------------------------	--	-------------------	--

Tarifas Dental y la información del Plan

Plan 1	Sólo el empleado	Empleado más cónyuge	Empleado + Niño (s)	Familia	Descripción
Renovación					
Corriente					
Anterior					
Plan 2	Sólo el empleado	Empleado más cónyuge	Empleado + Niño (s)	Familia	Descripción
Renovación					
Corriente					
Anterior					

Información Adicional

Notas del Cliente: (Por favor comparta cualquiera información que necesitaríamos saber)



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 "Sí", 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



Cuestionario de Salud Individual

Información del Empleado			
Nombre del grupo:		SÍ	NO
Nombre del Empleado:	Edad:	Inscripción: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si no, otra cobertura? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nombre del Esposo(a)	Edad:	Inscripción: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si no, otra cobertura? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Numero de hijos dependientes	Edades:	Inscripción: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si no, otra cobertura? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Altura del empleado: _____ Pie _____ Pulgada	Spouse's Height: _____ Pie _____ Pulgada		
Peso del Empleado: _____ Ahora _____ Hace un año	Spouse's Weight: _____ Ahora _____ Hace un año		

Información sobre la Salud	
¿Está usted o sus dependientes afligido o diagnosticado con una enfermedad grave o una enfermedad? (En caso afirmativo, explique a continuación)	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Por favor incluya: trastornos de la sangre, del cáncer (incluir el tipo), trastornos congénitos, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOS), la fibrosis quística, la diabetes, sistema digestivo (incluso enfermedad de Crohn y colitis), enfermedad cardíaca, enfermedad del riñón, enfermedad hepática, condiciones pulmonares, el embarazo (incluir que complicaciones anticipadas), trasplantes (incluir el tipo), esclerosis múltiple, artritis reumatoide, u otras enfermedades importantes.	
¿Está usted o sus dependientes anticipando cualquier tratamiento médico o quirúrgico en el próximo año? (En caso afirmativo, explique a continuación)	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Usted o sus dependientes actual toma cualquier medicamento de prescripción? (En caso afirmativo, explique a continuación)	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Usted o sus dependientes utilizan cualquier tipo de producto de tabaco en los últimos 5 años? (En caso afirmativo, explique a continuación)	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Información de Salud (Por favor, use la parte de atrás del formulario si es necesario)				
Nombre individual	Fecha (Primero / Último):	Diagnóstico	Pronóstico	Costo

Información de medicamentos con receta (Por favor, use la parte de atrás del formulario si es necesario)				
Nombre individual	Fecha (Primero / Último):	Nombre y dosis del medicamento	Motivo de la medicación	Costo

Firma	
Certifico que la información mencionada anteriormente es verdadera y correcta y reconozco que cualquier cobertura emitida por el Plan será emitida al respecto.	
Firma del Empleado	Fecha