



## Información del Grupo y el Plan

### Grupo y Plan Información

Nombre del grupo:	Fecha Deseado 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)