

BLACK, GOULD & ASSOCIATES, INC.

Solicitud de Presupuesto para Grupo

Información del Grupo	Información del Agente
Nombre	Nombre
Dirección	Tel
Dirección	Fax
Cd Edo ZP	Email

Beneficios Solicitados

Sólo Complm

Médico				En Efectivo		Dental		Complementario		
Plan	Deducible					Plan	Gupo Voluntario			
HMO <input type="checkbox"/>	250	<input type="checkbox"/>	1000	<input type="checkbox"/>	5,000	<input type="checkbox"/>	Indemniz <input type="checkbox"/>	Visión <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PPO <input type="checkbox"/>	500	<input type="checkbox"/>	1500	<input type="checkbox"/>	10,000	<input type="checkbox"/>	PPO <input type="checkbox"/>	STD <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POS <input type="checkbox"/>	750	<input type="checkbox"/>	2000	<input type="checkbox"/>			DMO <input type="checkbox"/>	LTD <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HSA <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	HSA	<input type="checkbox"/>			Voluntario <input type="checkbox"/>	Vida \$ _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aseguradores Específicos Solicitados:

Información Actual

Número de Empleados		Contrib del Empleador %	Fecha de Renovación		Empleados en	
Total		E	Actual		Arizona <input type="checkbox"/>	
Elegibles		Dependientes	Deseada		Fuera del Estado <input type="checkbox"/>	
Participantes					# de Localidades _____	
Cobra (incluidos en totales)		Naturaleza de la Compañía	Clave SIC	Años en el Negocio		
Revocados	S N	Aseguradora Actual			Años con Aseguradora	
Período de Espera		Aseguradora Previa			Años con Aseguradora	

Tarifas Actuales	Médico				Dental		Visión		Otro	
	HMO		PPO/POS/HSA							
	Actual	Renov	Actual	Renov	Actual	Renov	Actual	Renov	Actual	Renov
E										
E/CON										
E/HIJ										
E/CON/HIJ										

Beneficios Actuales	Médico		Dental		Complementario	
	HMO	PPO/POS				
Copago Dr			Deducible		Vida/AD&D <input type="checkbox"/>	
Deducible			Diseño Plan		Cantidad \$ _____	
Copago Seguro			Máx Año Calendario		Vida Dep <input type="checkbox"/>	
Máx OOP			Orto Incluido		Visión <input type="checkbox"/>	
Máx Familia					STD <input type="checkbox"/>	
Copago Medicin					LTD <input type="checkbox"/>	
Copago Hosp					Sec 125 <input type="checkbox"/>	

Si sabe de algún empleado en su grupo que tenga una de las condiciones enumeradas a continuación, favor de marcar como corresponda.

Artritis <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>	Enferm Riñón <input type="checkbox"/>	Ciruj Cor Abierto <input type="checkbox"/>	Abuso Alcohol o Drogas <input type="checkbox"/>
Espalda/Cuello <input type="checkbox"/>	Epilepsia <input type="checkbox"/>	Enferm Pulmón <input type="checkbox"/>	Transpl Órgano <input type="checkbox"/>	Otro _____ <input type="checkbox"/>
Cáncer <input type="checkbox"/>	Enferm Corazón <input type="checkbox"/>	Lupus <input type="checkbox"/>	Embarazos <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>
Prueb Cardiacas <input type="checkbox"/>	HIV/SIDA <input type="checkbox"/>	DM <input type="checkbox"/>	Enferm Psic <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>
Enferm Crohn <input type="checkbox"/>	Hipertensión <input type="checkbox"/>	EM <input type="checkbox"/>	Embolia <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>

ADEMÁS, cada empleado y dependiente que se inscriba para cobertura médica (incluyendo con COBRA) deberán completar una hoja de historia médica.

PHOENIX: Principal: 602.277.2144 ~ Llamada Gratuita: 1.800.407.0376 ~ Fax: 602.241.9711

TUCSON: Principal: 520.290.8822 ~ Llamada Gratuita: 1.800.423.5582 ~ Fax: 520.296.0899

BLACK, GOULD & ASSOCIATES, INC.

Censo

	Género (M) o (F)	Fecha Nac	Cobertura Solicitada					Cónyuge Edad	# de HIJ	Casa Zona Postal	***Ocupación	***Salario Mensualo	En COBRA
			E sólo	E+ CON	E+ HIJ	E+ FAM	DC*						
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													

*DC = Empleados elegibles que están declinando cobertura

**NC = No elegibles para cobertura (e.j. tiempo parcial o esperando inscripción)

*** = Salario y Ocupación necesarios solamente para Cotización Discapacidad

Cuestionario médico para empleados y sus familias

Sección 1:

Información del empleado y del empleador

Nombre del empleador: _____

Nombres de los miembros de la familia que solicitan cobertura	Relación	Fecha de nacimiento	Sexo Femenino/Masculino	Estatura (pies, pulgadas)	Peso (libras)
	Empleado				
	Cónyuge				
	Dependiente				
	Dependiente				
	Dependiente				

Sección 2:

Historial de salud familiar

Durante los últimos cinco (5) años, ¿un médico u otro profesional médico certificado ("profesional de la salud") diagnosticó o trató, ya sea a usted o a alguno de los miembros de su familia que solicitan cobertura, una enfermedad o alguien está actualmente bajo tratamiento? Use una "X" para marcar "SÍ" o "NO" en las casillas que aparecen al inicio de cada categoría de condición médica de abajo y marque con una "X" todas las condiciones que correspondan.

Para todas las respuestas donde seleccione "SÍ" y las condiciones que marque con una "X", proporcione detalles en la tabla que encontrará en la página siguiente.

A. Corazón/Circulatorias <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	D. Cáncer/Tumores <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	H. Huesos/Músculos/Articulaciones <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> A1. Anemia <input type="checkbox"/> A2. Angina de pecho <input type="checkbox"/> A3. Angioplastia/stent <input type="checkbox"/> A4. Aneurisma <input type="checkbox"/> A5. Coágulos sanguíneos <input type="checkbox"/> A6. Problemas de la sangre <input type="checkbox"/> A7. Bypass <input type="checkbox"/> A8. Arritmia cardíaca <input type="checkbox"/> A9. Angina de pecho <input type="checkbox"/> A10. Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> A11. Cardiopatía coronaria <input type="checkbox"/> A12. Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> A13. Hemofilia <input type="checkbox"/> A14. Presión arterial alta/baja <input type="checkbox"/> A15. Colesterol alto <input type="checkbox"/> A16. Marcapasos <input type="checkbox"/> A17. Palpitaciones cardíacas <input type="checkbox"/> A18. Anemia falciforme <input type="checkbox"/> A19. Apoplejía/accidente cerebrovascular isquémico <input type="checkbox"/> A20. Várices <input type="checkbox"/> A21. Taquicardia ventricular <input type="checkbox"/> A22. Otro (_____)	<input type="checkbox"/> D1. Cerebro <input type="checkbox"/> D2. Seno <input type="checkbox"/> D3. Colon <input type="checkbox"/> D4. Quistes <input type="checkbox"/> D5. Enfermedad de Hodgkin <input type="checkbox"/> D6. Leucemia <input type="checkbox"/> D7. Hígado <input type="checkbox"/> D8. Pulmón <input type="checkbox"/> D9. Linfoma <input type="checkbox"/> D10. Melanoma <input type="checkbox"/> D11. Ovarios <input type="checkbox"/> D12. Glándula pituitaria <input type="checkbox"/> D13. Próstata <input type="checkbox"/> D14. Estómago <input type="checkbox"/> D15. Testículos <input type="checkbox"/> D16. Tiroides <input type="checkbox"/> D17. Otro (_____)	<input type="checkbox"/> H1. Hernia de disco (hernia discal) <input type="checkbox"/> H2. Síndrome del túnel carpiano <input type="checkbox"/> H3. Fibromialgia/Síndrome de fatiga crónica <input type="checkbox"/> H4. Fracturas (abiertas o cerradas) <input type="checkbox"/> H5. Gota <input type="checkbox"/> H6. Reemplazo de articulación (Tipo: _____) <input type="checkbox"/> H7. Rodilla <input type="checkbox"/> H8. Distrofia muscular <input type="checkbox"/> H9. Cuello/espalda <input type="checkbox"/> H10. Hombro <input type="checkbox"/> H11. Espina bífida <input type="checkbox"/> H12. Torceduras/esguinces <input type="checkbox"/> H13. Otro (_____)
<input type="checkbox"/> B. Ojos/Oídos/Nariz/Garganta <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> B1. Neuroma acústico <input type="checkbox"/> B2. Cataratas <input type="checkbox"/> B3. Sinusitis crónica <input type="checkbox"/> B4. Fisura labial (labio leporino)/fisura palatina (paladar hendido) <input type="checkbox"/> B5. Desprendimiento de retina <input type="checkbox"/> B6. Tabique nasal desviado <input type="checkbox"/> B7. Infecciones de los oídos <input type="checkbox"/> B8. Glaucoma <input type="checkbox"/> B9. Retinopatía <input type="checkbox"/> B10. Otro (_____)	<input type="checkbox"/> E. Neurológicas <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> E1. Enfermedad de Alzheimer <input type="checkbox"/> E2. Parálisis cerebral <input type="checkbox"/> E3. Epilepsia <input type="checkbox"/> E4. Traumatismo craneal <input type="checkbox"/> E5. Migrañas <input type="checkbox"/> E6. Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> E7. Neuropatía periférica <input type="checkbox"/> E8. Parálisis/hemiplejía <input type="checkbox"/> E9. Enfermedad de Parkinson <input type="checkbox"/> E10. Crisis/convulsiones <input type="checkbox"/> E11. Otro (_____)	<input type="checkbox"/> I. Sicológicas <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> I1. Trastorno de déficit de atención e hiperactividad <input type="checkbox"/> I2. Alcoholismo <input type="checkbox"/> I3. Ansiedad <input type="checkbox"/> I4. Autismo <input type="checkbox"/> I5. Trastorno bipolar <input type="checkbox"/> I6. Depresión <input type="checkbox"/> I7. Abuso de drogas <input type="checkbox"/> I8. Trastornos alimenticios <input type="checkbox"/> I9. Esquizofrenia <input type="checkbox"/> I10. Intento de suicidio <input type="checkbox"/> I11. Otro (_____)
<input type="checkbox"/> C. Inmunológicas <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> C1. Esclerosis lateral amiotrófica <input type="checkbox"/> C2. SIDA <input type="checkbox"/> C3. VIH+ <input type="checkbox"/> C4. Deficiencia inmunológica <input type="checkbox"/> C5. Lupus <input type="checkbox"/> C6. Psoriasis <input type="checkbox"/> C7. Esclerodermia <input type="checkbox"/> C8. Otro (_____)	<input type="checkbox"/> F. Transplantes <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> F1. Pendiente <input type="checkbox"/> F2. En lista de espera <input type="checkbox"/> F3. Trasplante realizado <input type="checkbox"/> F4. Médula ósea <input type="checkbox"/> F5. Células madre <input type="checkbox"/> F6. Tipo de órgano: (_____)	<input type="checkbox"/> J. Diabetes/Sistema endocrino <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> J1. Diabetes controlada por: <input type="checkbox"/> a. Dieta <input type="checkbox"/> b. Medicamento oral <input type="checkbox"/> c. Insulina <input type="checkbox"/> d. Otro (_____)
	<input type="checkbox"/> G. Artritis <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> G1. Artritis <input type="checkbox"/> G2. Osteoartritis <input type="checkbox"/> G3. Artritis reumatoide <input type="checkbox"/> G4. Otro (_____)	<input type="checkbox"/> K. Reproductivas <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> K1. Enfermedades del seno <input type="checkbox"/> K2. Endometriosis <input type="checkbox"/> K3. Miomas <input type="checkbox"/> K4. Trastornos menstruales <input type="checkbox"/> K5. Quistes ováricos <input type="checkbox"/> K6. Otro (_____)

L. Pulmones/Respiratorias	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	intestinales	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	N. Hígado/Riñones/Urinarias	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> L1. Alergias <input type="checkbox"/> L2. Asma Enfermedad pulmonar obstructiva crónica ¿En tratamiento con oxígeno? (_____)		<input type="checkbox"/> M1. Acidez crónica/Reflujo gastroesofágico <input type="checkbox"/> M2. Colitis o síndrome del intestino irritable <input type="checkbox"/> M3. Trastornos del colon <input type="checkbox"/> M4. Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/> M5. Diverticulitis/diverticulosis <input type="checkbox"/> M6. Vesícula biliar <input type="checkbox"/> M7. Bypass gástrico <input type="checkbox"/> M8. Hernia hiatal/reflujo <input type="checkbox"/> M9. Pancreatitis <input type="checkbox"/> M10. Úlceras <input type="checkbox"/> M11. Colitis ulcerativa <input type="checkbox"/> M12. Otro (_____)		<input type="checkbox"/> N1. Enfermedades de la vejiga <input type="checkbox"/> N2. Cirrosis <input type="checkbox"/> N3. Enfermedad de Gaucher <input type="checkbox"/> N4. Hepatitis (Tipo: _____) <input type="checkbox"/> N5. Ictericia <input type="checkbox"/> N6. Trastornos renales <input type="checkbox"/> N7. Cálculos renales <input type="checkbox"/> N8. Enfermedades del hígado <input type="checkbox"/> N9. Poliquistosis renal <input type="checkbox"/> N10. Próstata <input type="checkbox"/> N11. Insuficiencia renal <input type="checkbox"/> N12. Otro (_____)	

Responda las siguientes preguntas sobre usted y los miembros de su familia que solicitan cobertura:

- SÍ NO Actualmente, ¿alguien está embarazada o va a tener un hijo?
Fecha estimada del parto: _____
 SÍ NO a. ¿Un médico o un profesional de la salud han confirmado el embarazo?
 SÍ NO b. ¿Hay complicaciones en el embarazo?
 SÍ NO c. ¿Se espera un nacimiento múltiple?
- SÍ NO Actualmente o durante los últimos cinco años, ¿alguien ha sido paciente de un hospital, clínica, centro quirúrgico, establecimiento de atención de urgencia u otro establecimiento de atención médica, ya sea como paciente ambulatorio o paciente hospitalizado?
- SÍ NO Actualmente, ¿alguien consume productos del tabaco, como cigarrillos, pipas, puros, o mastica tabaco?
- SÍ NO Actualmente o durante los últimos 12 meses, alguien ha tenido:
 - pruebas o resultados físicos anormales resultados pendientes de pruebas
 - un estado de salud, enfermedad o lesión que pueda requerir tratamiento o cirugía
 - pruebas, tratamientos o cirugía recomendados ganancia/pérdida de peso o fatiga sin explicación
 - lesión o enfermedad cubierta por indemnización laboral una enfermedad no mencionada en la Sección 2

Use esta tabla para explicar las respuestas "Sí" o los elementos que marcó en la Sección 2. Puede adjuntar hojas adicionales.

Número de pregunta	Nombre	Diagnóstico/Tratamiento	Fecha del diagnóstico	Etapas del tratamiento

Sección 3: Medicamentos de la familia

- SÍ NO ¿Usted, o alguno de los miembros de su familia que solicita cobertura, toma actualmente algún medicamento (incluidos los medicamentos de venta sin receta) que haya sido recetado o recomendado por un médico o profesional de la salud?

Si su respuesta a la pregunta anterior es "Sí", use la tabla para explicar. Puede adjuntar hojas adicionales.

Nombre	Medicamento	Dosis y frecuencia de uso	Fecha de prescripción	Fecha en que la tomó por última vez o dentro del tratamiento en curso	Condición para la cual el medicamento es tomado

Nota: si omite o tergiversa cualquier información, la prima para su cobertura grupal podría cambiarse en forma retroactiva a la fecha de entrada en vigencia de la póliza. Usted o su agente autorizado tienen el derecho de recibir una copia de este formulario.

Firma del empleado: _____ Fecha de firma: _____