



*Business - Auto - Home - Life - Health*

1212 N. Locust Street  
Denton, TX 76201  
940.382.9696 - Office

## Questionario de Pre-Calificacion de Seguro de Grupo

Nombre de Compania: \_\_\_\_\_

Dirreccion: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Nombre de Persona de Contacto \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: \_\_\_\_\_ Numero De Fax: \_\_\_\_\_

Tipo de Negocio: \_\_\_\_\_ Anos en Negocio: \_\_\_\_\_

Numero de Empleados de Tiempo Completo, Empleados Elegibles: \_\_\_\_\_

Numero de Empleados que seran cubiertos por el Plan Medico de Grupo Plan:  
\_\_\_\_\_

Algun Participante en el Seguro COBRA:  Si  No Si "SI" cuantos?: \_\_\_\_\_

Algun Empleado actualmente jubilado?  Si  No Si "Si" cuantos?: \_\_\_\_\_

### Seccion B – Informacion de Agencia de Seguro

Seguro Medico Actual de Grupo:  Si  No

Si "Si" Nombre de Compania: \_\_\_\_\_ Fecha de Renovacion: \_\_\_\_\_

Nombre de Seguro Medico de Grupo Anterior: \_\_\_\_\_

\*Porfavor adjunte su factura reciente con los beneficios de su seguro para  
procesar su presupuesto

### Seccion C – Informacion Adicional

Tiempo de Espera de Empleados Nuevos: \_\_\_\_\_

Contribucion Actual del Empleador para los Empleados: \_\_\_\_\_ Dependes:  
\_\_\_\_\_

**Que Cantidad de Pago desea Ud. para los siguientes servicios:**

**Visita al Doctor:**  \$15  \$20  \$25  \$30

**Resetas Medicas:**  \$10  \$15  \$20

**Deducible (por persona, si alguna):**  \$0  \$250  \$500  \$1000

**Ud. o sus empleados usan hospitales o doctors en el area de Denton or en otras comunidades? Porfavor liste los hospitals o proveedores que Ud. desea: \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_

**Provea informacion para los empleados y dependes que seran cubiertos:**

	Apellido	Sexo	Codigo Postal	Fecha de Nacimiento	Numero de Dependes	Fecha de Nacimiento de su Pareja ( Si Alpica)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

**Si alguna persona que tendra cobertura, tiene condiciones medicas en el pasado o condicones medicas actualmente, porfavor complete esta seccion:**

	Apellido	Empleado o Dependes	Fecha de Inicio de Tratamiento	Fecha Dado de alta por el Dr.	Medicamento Tipo/Dosis
1					
2					
3					
4					
5					

**Lista de participantes actuales de COBRA:**

	<b>Apellido</b>	<b>Sexo</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>
<b>1</b>			
<b>2</b>			
<b>3</b>			
<b>4</b>			
<b>5</b>			

**Como oyo de nuestra oficina? \_\_\_\_\_**

**Complete y mande esta forma por Fax a Margy Sundstrom 940.387.6962.**