



Cuestionario de Salud del Grupo (página 1 de 6)

Este cuestionario debe ser llenado completamente. Por favor asegúrese de indicar “Ninguno” si es aplicable. Group Benefit Services no aceptará el cuestionario si está incompleto. Utilice papel adicional si es necesario.

Fecha: _____

Fecha Efectiva Propuesta: _____

I. COMPAÑIA Y INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN ACTUAL					
Nombre de Compañía					
Dirección Postal					
Ciudad		Estado		Código Postal	
Condado		Contacto de Beneficios y # Teléfono			
Número total de empleados en la nómina:	Total Tiempo Completo:		Número total de empleados que actualmente están matriculados en un plan de salud:		
Total Tiempo Parcial:					
<p>¿Hay algunos de los inscritos que NO son empleados pagados? (aparte de los cónyuges o los hijos)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>***Si contesta sí, por favor proporcione los nombres y detalles:</p>					
Proveedor de Salud Actual:			Fecha de Renovación: / /		
<p>¿Es su plan actual auto financiado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé ***Si contesta sí, por favor proporcione los reclamos.</p>					
<p>¿Está actualmente con un PEO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si contesta sí, nombre de PEO:</p>			<p>¿Hay cualquier clase de empleados ineligibles? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si contesta sí, cuál clase:</p>		
Por favor proporcione una descripción completa de la operación de su negocio:				Código SIC:	
Número de Sitios: _____		Favor de identificar todos de los Estados de operación: _____			

Cuestionario de Salud del Grupo (página 2 de 6)

A. Haga una lista de cualquier participante corriente en COBRA / Continuación del Estado (utilice papel adicional si es necesario):

NINGUNO

Nombre y Apellido del Individuo	COBRA / Fecha Efectivo de Continuación	Evento/Fecha de Activación (i.e. terminación de empleado)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

B. Haga una lista de cualquier participante actualmente eligible para COBRA que todavía no ha elegido cobertura y/o cualquier participante que va a ser eligible para COBRA antes de la fecha efectiva del Plan de Salud. (utilice papel adicional si es necesario):

NINGUNO

Nombre y Apellido	Fecha Eligible	Evento/Fecha de Activación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

C. Haga una lista de cualquier empleado y/o los dependientes que están en el Plan de Salud que tiene discapacidades:

NINGUNO

Nombre y Apellido	Discapacidad	Evento de Clasificación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Cuestionario de Salud del Grupo (página 3 de 6)

II. HISTORIA DE TASA (si más de 3 planes, incluya los 3 planes más elegidos popularmente)				
Nombre del Primer Plan: _____	# Inscritos: _____	Tasas de Renovación (ef. ___ / ___ / ___)	12 Meses más recientes	13-24 meses anteriores
Las Tasas de Prima				
Empleado Sólo	#	\$	\$	\$
Empleado + Esposo(a)	#	\$	\$	\$
Empleado + Hijo(s)	#	\$	\$	\$
Empleado + Familia	#	\$	\$	\$

Nombre de Plan 2: _____	# Inscritos: _____	Tasas de Renovación (ef. ___ / ___ / ___)	12 Meses más recientes	13-24 meses anteriores
Las Tasas de Prima				
Empleado Sólo	#	\$	\$	\$
Empleado + Esposo(a)	#	\$	\$	\$
Empleado + Hijo(s)	#	\$	\$	\$
Empleado + Familia	#	\$	\$	\$

Nombre de Plan 3: _____	# Inscritos: _____	Tasas de Renovación (ef. ___ / ___ / ___)	12 Meses más recientes	13-24 meses anteriores
Las Tasas de Prima				
Empleado Sólo	#	\$	\$	\$
Empleado + Esposo(a)	#	\$	\$	\$
Empleado + Hijo(s)	#	\$	\$	\$
Empleado + Familia	#	\$	\$	\$

III. RESUMEN DE INFORMACIÓN DE BENEFICIOS DEL PLAN ACTUAL (Individuo, en la red sólo)			
Nombres de Planes Actuales:	1:	2:	3:
Tipos de Planes Actuales:	<input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HDHP <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HDHP <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HDHP <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> _____
Deducible Anual			
Co-Seguro (en %)			
Máximo de Gastos de Bolsillo (excluyendo deducible)			
Copago de Visita de Oficina			
Copago de Medicamentos Recetados genérico / formulario de marca / marca no-formulario	/ /	/ /	/ /

Cuestionario de Salud del Grupo (página 4 de 6)

IV. INFORMACION DE CONTRIBUCIÓN DEL PLAN ACTUAL				
	Empleado Sólo	Empleado + Esposo(a)	Empleado + Hijo(a)	Familia
Contribución de la Compañía Niveles (por \$ o %)				

- **Adjunte una copia del resumen de los beneficios para cada plan y el año en la lista arriba.**
- **Incluya el informe de reclamos del proveedor si está disponible.**

A continuación, por favor conteste a las preguntas siguientes en nombre de su compañía al mejor de su conocimiento. No es necesario transferir la información de los Cuestionarios de Salud Personal. Puede incluir hojas adicionales para explicaciones detalladas.

<p>PREGUNTAS DE ENFERMEDAD GENERAL:</p> <p>a) ¿Hay alguien que haya sido tratado debido a una enfermedad grave, haya sido hospitalizado, o haya tenido una cirugía en los 5 años pasados?</p> <p>b) ¿Hay alguien que actualmente está limitado a estar hospitalizado, limitado a estar confinado en su casa, incapacitado, confinado en un centro de tratamiento, incapaz de automantenimiento debido a una discapacidad física o mental?</p> <p>c) ¿Hay alguien que haya recibido consejo que el tratamiento médico, las pruebas diagnósticas, la cirugía, o la hospitalización sea necesario?</p> <p><i>(Si contesta sí, para algunos o todos, por favor proporcione las detalles en la tabla siguiente.)</i></p>	<p style="text-align: center;">Al Mejor de Mi Conocimiento</p> <p style="text-align: center;">(cualquier o todos):</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>
--	---

<p>PREGUNTAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEDAD:</p> <p>¿Hay alguien que actualmente está recibiendo tratamiento o que ha recibido consejo para recibir tratamiento para cualquier de los siguiente?:</p> <p>Por favor marque todo que se pertenece:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> SIDA o VIH Positivo</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> trastorno de los riñones</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> derrame cerebral</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> artritis</td> <td><input type="checkbox"/> enfermedad del hígado</td> <td><input type="checkbox"/> dependencia de sustancias</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> trastorno de la espalda</td> <td><input type="checkbox"/> enfermedad mental</td> <td><input type="checkbox"/> trasplantes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> cáncer</td> <td><input type="checkbox"/> trastorno muscular</td> <td><input type="checkbox"/> tumor</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> diabetes</td> <td><input type="checkbox"/> trastornos del Sistema nervioso</td> <td><input type="checkbox"/> enfermedad respiratoria</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> enfermedad cardíaca</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> otras condiciones graves</td> </tr> </table> <p><i>(Si cualquier caja está marcada, por favor proporcione las detalles en la tabla siguiente.)</i></p>	<input type="checkbox"/> SIDA o VIH Positivo	<input type="checkbox"/> trastorno de los riñones	<input type="checkbox"/> derrame cerebral	<input type="checkbox"/> artritis	<input type="checkbox"/> enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> dependencia de sustancias	<input type="checkbox"/> trastorno de la espalda	<input type="checkbox"/> enfermedad mental	<input type="checkbox"/> trasplantes	<input type="checkbox"/> cáncer	<input type="checkbox"/> trastorno muscular	<input type="checkbox"/> tumor	<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> trastornos del Sistema nervioso	<input type="checkbox"/> enfermedad respiratoria	<input type="checkbox"/> enfermedad cardíaca		<input type="checkbox"/> otras condiciones graves
<input type="checkbox"/> SIDA o VIH Positivo	<input type="checkbox"/> trastorno de los riñones	<input type="checkbox"/> derrame cerebral																
<input type="checkbox"/> artritis	<input type="checkbox"/> enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> dependencia de sustancias																
<input type="checkbox"/> trastorno de la espalda	<input type="checkbox"/> enfermedad mental	<input type="checkbox"/> trasplantes																
<input type="checkbox"/> cáncer	<input type="checkbox"/> trastorno muscular	<input type="checkbox"/> tumor																
<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> trastornos del Sistema nervioso	<input type="checkbox"/> enfermedad respiratoria																
<input type="checkbox"/> enfermedad cardíaca		<input type="checkbox"/> otras condiciones graves																

Cuestionario de Salud del Grupo (página 5 de 6)

Nombre y Apellido	Sexo	Fecha de Nacimiento	Condición	Fecha de Inicio	Fecha del Último Tratamiento	Tratamiento/ Medicamento	Grado de Recobro

Condiciones Médicas Conocidas al mejor de su conocimiento (a continuar):

<p>¿HAY ALGUIEN QUE ACTUALMENTE ESTÁ EMBARAZADA? Si contesta sí, por favor proporcione fecha de parto y note abajo si es normal, alto riesgo, parto múltiple, o labor de parto prematuro con este embarazo.</p> <p><i>Éste incluye los empleados, dependientes o participantes de COBRA.</i></p>		Al Mejor de Mi Conocimiento: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Nombre y Apellido	Fecha de Parto	Tipo de Embarazo o Condición (normal, alto riesgo, labor de parto prematuro, etc.)

Certifico que las declaraciones son verdaderas y correctas a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que este formulario es utilizado sólo para la información y no liga la cobertura. Notificaré a Group Benefit Services con cualquier cambios que ocurra después de firmar este Cuestionario de Salud de Grupo y antes de iniciar la cobertura.

En caso de que la información material haya sido omitido o sea inexacta, el proveedor de seguro puede negar, limitar, o terminar retroactivamente la cobertura a la fecha de inicio de cobertura. Además, el acuerdo de servicio de Group Benefit Services también puede terminarse por incumplimiento de contrato que resulta de falsificación material. En tales casos, entiendo que Group Benefit Services también puede ajustar mis primas de seguros para reflejar correctamente el riesgo de Evaluación de Riesgos presente en el momento de la tergiversación original.

Esta información se recopila sólo para el uso estadístico y actuarial. Esta información no debe ser usada en relación a ningunas decisiones o acciones con respecto al empleo de cualquier individuo. En conformidad con los requisitos para GINA , Group Benefit Services no solicita información genética.

El aviso de las practicas de privacidad de mi proveedor de atención médica proporciona información más detallada sobre cómo se divulgue mi información de salud protegida. Tengo un derecho legal para revisar un aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento y me invitó a leerlo en su totalidad. Tengo derecho de solicitar restricciones sobre cómo mi información de salud protegida es utilizada y revelada. El Programa Group Benefit Services y mi plan de salud no están obligados por ley a conceder a mi pedido. Sin embargo, si mi solicitud es concedida, el Programa Group Benefit Services y mi plan de salud están ligados por su acuerdo. Tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito, salvo en la medida en el Programa Group Benefit Services o mi plan de salud ya han utilizado o revelado mi información de salud protegida en dependencia con mi consentimiento.

La información divulgada en este formulario se considera válida para fechas efectivas dentro de 90 días de la fecha firmada. Notificaré a Group Benefit Services de cualquier cambios que ocurran después de firmar este Cuestionario de Salud de Grupo y antes de iniciar la cobertura de salud. Entiendo que Group Benefit Services reserva el derecho a llevar a cabo una Evaluación de Riesgos de nuevo basado en un cambio del Censo o Demográficos.

Firma Autorizada

Título

Fecha

Nombre con Letra de Imprenta

Nombre con Letra de Imprenta de Compañía

Firma de Agente/Ventas

Nombre con Letra de Imprenta de Agente/Ventas

Fecha

Notificación de privacidad del cliente

Gracias por completar la información solicitada anteriormente. Cualquier información no pública (es decir, el nombre con la dirección y/o número de seguro social) e información de salud detallada (protegida información de salud) que proporcionas vía copia impresa o a través de Milliman, Inc. HERO Online Data Collection Website, (página de web para colección de datos) se utilizará únicamente con el propósito de proporcionar la evaluación del riesgo a la Organización Profesional de Empleadores (PEO), Arreglo de Bienestar de Empleadores Múltiples (MEWA), grupo de asociación (Asociación) o Fideicomiso que proporcionará una cotización de seguro de salud para el empleador. Milliman está actuando como un negocio asociado al PEO/MEWA/Asociación/Fideicomiso y está sujeta a determinadas disposiciones y regulaciones de la Ley de Portabilidad del Seguro Médico y Rendición de Cuentas de 1996 (HIPPA). Milliman no venderá, licenciará, transmitirá o revelará esta información fuera de Milliman a menos que es: a) necesario para Milliman proveer los servicios en nombre del PEO/MEWA/Asociación/fideicomiso, b) expresamente autorizado por usted, c) necesario para fines de documentación de respaldo, o d) requerido por la ley.