

**HCC**HCC Medical  
Insurance Services**GroupSecure<sup>SM</sup>**  
**Solicitud de Propuesta**

(La falta de información podría demorar el trámite de la propuesta)

**Por favor, díganos de su compañía...**

Fecha Efectiva Deseada: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad / Estado / ZIP: \_\_\_\_\_

País / Código Postal: \_\_\_\_\_

Encargado: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Sitio Web (si se conoce): \_\_\_\_\_

Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Tipo de Negocio: \_\_\_\_\_

Correo-e: \_\_\_\_\_

**Preferencias de Cobertura Médica...**

Los beneficios estándares son indicados con el asterisco (\*). Si no se seleccionó ninguna opción, los beneficios estándares estarán incluidos en su propuesta.

Opción de Límite Máximo	<input type="checkbox"/> \$1,000,000 de por Vida	<input type="checkbox"/> \$5,000,000 de por Vida*	<input type="checkbox"/> Otro	\$ _____
Opción de Deducible Individual	<input type="checkbox"/> \$150	<input type="checkbox"/> \$250*	<input type="checkbox"/> \$500	<input type="checkbox"/> \$1,000
			<input type="checkbox"/> \$2,500	<input type="checkbox"/> \$5,000
Período de Espera - Nuevo Empleado	<input type="checkbox"/> 0 Días*	<input type="checkbox"/> 30 Días	<input type="checkbox"/> 60 Días	<input type="checkbox"/> 90 Días
			<input type="checkbox"/> Otro	_____ Días
Vida a Término	<input type="checkbox"/> \$10,000*	<input type="checkbox"/> \$25,000	<input type="checkbox"/> \$50,000	<input type="checkbox"/> Otro \$ _____
Provisión de Adquisición	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N*		
Cobertura en los EEUU/Canadá	<input type="checkbox"/> S*	<input type="checkbox"/> N		
Dentro de los EEUU/Canadá - Fuera de la Red	<input type="checkbox"/> 60% de \$5,000	<input type="checkbox"/> 80% de \$5,000*	<input type="checkbox"/> 90% de \$5,000	<input type="checkbox"/> Otro _____% de \$ _____
Fuera de los EEUU/Canadá - Dentro de la Red (EEUU)	<input type="checkbox"/> 100%*	<input type="checkbox"/> Otro _____%		

**Beneficios del Plan Dental...**

<b>Elijo ofrecer...</b>	<input type="checkbox"/> Opción 1*	<input type="checkbox"/> Opción 2	<input type="checkbox"/> Opción 3	<input type="checkbox"/> Otro
Máximo del Plan	\$1,000	\$1,000	\$1,500	\$
Deducible (Máximo de 3 por familia)	\$100	\$50	\$0	\$
Class A - Preventivo	100%	100%	100%	%
Clase B - Procedimientos Dentales Básicos	80%	80%	80%	%
Class C - Procedimientos Dentales Mayores	50%	50%	50%	%
Ortodoncia (\$2,000 De por Vida)	No hay cobertura	50%	50%	%

**Planes por Medicamentos Ambulatorios Prescritos...**

<b>Elijo ofrecer...</b>	<input type="checkbox"/> Opción 1	<input type="checkbox"/> Opción 2*	<input type="checkbox"/> Opción 3	<input type="checkbox"/> Otro
Beneficio	Tarjeta para medicamentos (solo EEUU): \$15 Co-pago genérico \$30 Co-pago de marca (incluyendo pedidos por correo)	Cargos Usuales, Razonables y Acostumbrados	50% de los cargos Usuales, Razonables y Acostumbrados	
Sujeto al Deducible y al Coaseguro	No*	Sí	Sí	

\*\* Cuando los gastos de medicamentos recetados están incurridos dentro de los EEUU o Canadá sin haber presentado una tarjeta en el momento de la compra, los gastos están sujetos al Deducible y Coaseguro en lugar del Co-pago

**Opciones Adicionales...**

- Paquete Preventivo** Beneficios están disponibles después de 12 meses de cobertura y no están sujetos al Deducible Empleados y Dependientes de 30 años y mayores: \$250 por Persona Asegurada por Año Civil Personas Aseguradas del Sexo Femenino de 40 años y mayores (o Mujeres a Riesgos): \$100 por Persona Asegurada por Año Civil para un mamógrafo exploratorio Niños Dependientes menores de 19 años: hasta 3 visitas (máximo de \$75 por visita) para cuidado preventivo rutinario
- Paquete de Asistencia de Emergencia** Evacuación Médica por Emergencia: para Personas Aseguradas menores de 65 años
  - Opción 1:** \$50,000 Máximo de por Vida\*
  - Opción 2:** \$100,000 Máximo de por Vida
  - Opción 3:** \$150,000 Máximo de por VidaReunión por Emergencia: \$15,000 por Período Certificado  
Repatriación de Restos: \$25,000 Máximo por Persona Asegurada
- Trastornos de la Salud Mental** \$25,000 Máximo de por Vida después de 12 meses de cobertura continua, sujeto a los siguientes sub-límites:  
Tratamiento Ambulatorio: 50% de un cargo máximo de \$100 por visita con un máximo de 52 visitas por Año Civil por Persona Asegurada  
Tratamiento al Internado: \$10,000 por Año Civil por Persona Asegurada
- Indemnidad Hospitalaria** \$100 por día, máximo de siete días (excluyendo hospitalización por maternidad)
- Paquete de Visión** Después de 12 meses de cobertura continua y sujeto al Deducible de \$50 Cubierto hasta \$150 cada 24 meses para un examen ocular rutinario. Cubierto hasta \$100 cada 24 meses para lentes, lentes de contacto o armazones

**Por favor, díganos del cumplimiento de su grupo...**

- A. Número total de empleados (incluyendo empleados con base en EEUU e internacionales): \_\_\_\_\_
- B. Número total de empleados que cumplen con los requisitos (Solo empleados internacionales): \_\_\_\_\_
- C. Actualmente, ¿tiene su grupo cobertura doméstica y/o internacional?  S  N  
 Si sí, favor de adjuntar lo siguiente:  
 1. Copia de la póliza o la libreta que describe los beneficios y/o el plan específico.  
 2. Copia de factura o estado de cuenta más reciente.  
 3. Copia de un historial que muestre los últimos 3 años de reclamaciones, tarifas y beneficios.  
 \* La información arriba es necesaria para poder cotizar de manera competitiva.
- D. Actualmente, ¿hay empleados quienes cumplen con los requisitos bajo COBRA?  S  N  
 Si sí, favor de proporcionar la siguiente información:  
 Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha / Razón: \_\_\_\_\_  
 Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha / Razón: \_\_\_\_\_  
 Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha / Razón: \_\_\_\_\_
- E. Estatus Médico de los Empleados: Favor de contestar hasta donde sepa. Para respuestas afirmativas, proporcione detalles tales como diagnóstico, pronóstico, tratamiento (pasado / actual / futuro) incluyendo medicamentos, y medición de recuperación.
- 1. ¿Ha sufrido el Empleado o Dependiente de una condición que resultó en una reclamación de \$5,000 ó más dentro de los últimos 3 años?  S  N
  - 2. Actualmente, ¿está cualquier Empleado o Dependiente embarazada?  S  N
  - 3. Actualmente, ¿está / es cualquier Empleado o Dependiente hospitalizado, en reposo domiciliario, minusválido o incapacitado?  S  N
  - 4. ¿Hay empleado alguno que no se presenta al trabajo a realizar sus deberes debido a alguna Lesión / Enfermedad?  S  N
  - 5. ¿Conoce cualquier circunstancia o condición que podría resultar en una reclamación continua?  S  N

Comentarios adicionales: (añada hojas adicionales si necesario)

---



---



---



---

