



HCC Medical
Insurance Services
Lloyd's Coverholder

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

Beneficios del Plan Dental...

Elijo ofrecer...	<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...

Elijo ofrecer...	<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 Vida

Reunión 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)
