

LORD & CO. INSURANCE AGENTS

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 condiciones medicas actualmente, porfavor complete esta seccion:

	Apellido	Empleado o Dependiente	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:

	Apellido	Sexo	Fecha de Nacimiento
1			
2			

3			
4			
5			

Como oyo de nuestra oficina? _____

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