



SOLICITUD DE PROPUESTA PARA GRUPOS

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del Grupo:			
Fecha de Efectividad (Día/Mes/Año):		Productor / Representante Autorizado:	
Dirección Física:			
Fecha de Entrega (Día/Mes/Año):		Comisión:	
Nombre de la persona encargada:			
Teléfono:		Fax:	
Correo Electrónico:			

INFORMACIÓN DE PROPUESTA

Industria:			
Total de empleados elegibles:		Número de empleados con otro plan médico:	
Distribución: Individual:		Pareja:	Familiar:
Total de empleados en COBRA:		Total de dependientes opcionales:	

TARIFAS DE RENOVACIÓN / TARIFAS ACTUALES

Aseguradora actual:						
Tarifas:	Individual (Actual)	Pareja (Actual)	Familiar (Actual)	Individual (Renovación)	Pareja (Renovación)	Familiar (Renovación)
Básica						
Gastos Médicos Mayores						
Farmacia						
Dental						
Visión						
PAE						

BENEFICIOS SOLICITADOS

Tipo de Financiamiento	<input type="checkbox"/> Asegurado	<input type="checkbox"/> Auto-Asegurado
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos Mayores	<input type="checkbox"/> Farmacia	<input type="checkbox"/> Dental
<input type="checkbox"/> Trasplante de Órganos	<input type="checkbox"/> Seguro de Vida	<input type="checkbox"/> Visión
<input type="checkbox"/> PAE	<input type="checkbox"/> Otro:	

CONTRIBUCIÓN PATRONAL AL PLAN DE SALUD

Favor de indicar la aportación patronal al plan de salud en cada renglón, ya sea en términos de por ciento o cantidad fija.

Tipo/Clasificación	Empleados Regulares	Retirados	Empleados a tiempo parcial
Empleados			
Dependientes			

Favor de anejar lo siguiente: Hojas de tarifas actuales y renovación, informe de experiencia más reciente (al menos 12 meses consecutivos), censo (que incluya fecha de nacimiento, género y tier del plan) y algún otro dato relevante sobre el grupo que pueda afectar las tarifas sometidas.

La información sometida provista por este documento será utilizada para la determinación de las primas a presentarse en la propuesta del plan de salud, que posteriormente formarán parte del contrato de seguro. Nos reservamos el derecho de revisar las primas presentadas antes o después de la efectividad del plan de salud en el evento de que, a causa de que parte de esta información sea fraudulenta, errónea o esté incompleta, se impacte significativamente el riesgo bajo el cual fueron evaluadas las mismas.