



Nombre del Grupo:		Tipo de Negocio:		Teléfono:	
Dirección:			Ciudad:		Estado:
País:		Código Postal:		Encargado:	
Sitio Web:			Correo Electrónico:		

Actualmente, ¿tiene el grupo cobertura médica doméstica y/o internacional? Sí No

Si sí, favor de adjuntar lo siguiente:

- Copia de la póliza o el libro que describe los beneficios y/o detalles específicos del plan incluyendo el deducible, límites máximos, etc.
- Copia de la factura desglosada más reciente.
- Copia de un historial de reclamaciones de los 3 años más recientes y/o un historial de beneficios y tarifas de los 3 años.

La información arriba es necesaria para realizar una cotización precisa. Favor de asegurar que se presente toda la información.

Número total de empleados: (Incluyendo empleados basados en EE.UU. e internacionales)	Número total de empleados admisibles: (Sólo empleados internacionales)
---	--

Actualmente, ¿hay empleados admisibles radicando en los EE.UU. o Canadá? Sí No

Si Sí, favor de proporcionar los siguientes datos:

Empleado _____ Fecha de Salida Anticipada: _____

Empleado _____ Fecha de Salida Anticipada: _____

Empleado _____ Fecha de Salida Anticipada: _____

Actualmente, ¿Hay empleados admisibles participando en COBRA? Sí No

Si Sí, favor de proporcionar los siguientes datos:

Empleado _____ Fecha/Tipo del Evento Calificativo: _____

Empleado _____ Fecha/Tipo del Evento Calificativo: _____

Empleado _____ Fecha/Tipo del Evento Calificativo: _____

Opciones de Beneficio Deseadas:	
Deducible	<input type="checkbox"/> \$150 <input type="checkbox"/> \$250 <input type="checkbox"/> \$500 <input type="checkbox"/> \$1,000 <input type="checkbox"/> \$2,500
Límite Máximo	<input type="checkbox"/> \$1,000,000 <input type="checkbox"/> \$5,000,000
Tarjeta por Medicamentos (disponible a través de farmacias en los EE.UU. solamente)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Período de Espera – Nuevos Empleados	<input type="checkbox"/> 30 días <input type="checkbox"/> 60 días <input type="checkbox"/> 90 días <input type="checkbox"/> otro:
Plan Dental para el Grupo	<input type="checkbox"/> Sí, con Ortodoncia <input type="checkbox"/> Sí, sin Ortodoncia <input type="checkbox"/> No
Vida a Término: Suma Principal	<input type="checkbox"/> \$10,000 <input type="checkbox"/> \$25,000 <input type="checkbox"/> Otro

Estatus Médico de los Empleados: Conteste las siguientes preguntas lo más preciso que pueda. Por respuestas afirmativas, proporcione los detalles en el espacio abajo. Para revisar la política de privacidad de MNU visite en www.mnui.com, o comuníquese con MNU por una copia impresa.

1. En los últimos 3 años, ¿Ha padecido un empleado o dependiente de una condición resultando que se presentara una reclamación de \$5,000 ó más?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Está embarazada alguna empleada o dependiente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. Actualmente, ¿está cualquier empleado o dependiente internado en el hospital, ordenado a guardar cama, minusválido, o incapacitado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. ¿Hay algún empleado sin realizar sus responsabilidades laborales en el trabajo debido a una enfermedad o lesión?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. Que usted sepa, ¿se puede esperar alguna condición o circunstancia que resultará en una reclamación continua?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Comentarios: (adjunte hojas adicionales si necesario)

Censo de Empleados: Anote cada empleado, cónyuge e hijo dependiente que sea admisible. La cotización inicial será basada en este censo. Tarifas finales serán determinadas al momento de la inscripción. (Adjunte hojas adicionales si necesario.)

Nombre	Sexo	Estatus*	Fecha de Nacimiento	Salario Anual	País

*Estatus: E=Empleado Solo EC=Empleado y Cónyuge Solos EH=Empleado e Hijo(s) Solos F=Empleado, Cónyuge, e Hijo(s)

Firma: La intención de este formulario es proveer a MultiNational Underwriters® los datos necesarios para brindarle tarifas de cobertura médica competitivas. Tarifas finales y cobertura serán basadas en los datos presentados en la Inscripción. Ningún seguro tiene efecto hasta que usted esté notificado en escrito. Gracias por su interés en el MultiNational Plan de Beneficios para Grupos.

Firma: (Encargado autorizado del grupo)	Nombre en Letra Molde: Fecha:
--	--------------------------------------

Información del Agente: Nombre Patricia Romero Hamrick	País: International Insurance-Seguros, Inc.	Número del Agente: 99346
--	---	--