

# Nuevo Formulario de Inscripción y Exención de Grupo

Por favor complete, firme y feche este formulario

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombre del Grupo:	ID de CoPower ID:		
Persona de Contacto:	Correo Electrónico:		
Telefono de Contacto: (     )     -			
INFORMACIÓN DEL EMPLEADO			
Primer Nombre:	Apellido:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Numero de Seguro Social:     -     -	Fecha de Nacimiento:     /     /		
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Numero de Teléfono: (     )     -	Effective Date (1 <sup>st</sup> of the month ONLY):     /     /		
Correo Electrónico:			
Fecha de Contratación:     /     /			
SELECCIÓN DE PLAN(ES)			
Paquete de Planes: <input type="checkbox"/> CoPower One PPO <input type="checkbox"/> CoPower One DHMO			
Dental Selección: <input type="checkbox"/> Delta Dental PPO <input type="checkbox"/> Delta Dental DHMO			
Nombre del Plan Dental:			
<b>HMO Solamente:</b> Nombre de la Oficina:		Numero de ID de Oficina:	
<input type="checkbox"/> Selección de la Visión:     Nombre del Plan de Visión:			
Selección de Vida: <input type="checkbox"/> Unum Vida y Muerte Accidental y Desmembramiento* <input type="checkbox"/> Unum LTD			
Nombre del Plan de Vida:			
Indique la Cantidad de Seguro de Vida: \$		Est. Salario Annual: \$ (Redondear hasta 100)	
<i>*Use Unum voluntary life application for voluntary life plans.</i>			
Landmark: <input type="checkbox"/> Quiropráctica (solamente) <input type="checkbox"/> Acupuntura (solamente) <input type="checkbox"/> Quiropráctica y Acupuntura			
INSCRIPCIÓN DE ESPOSO(A) / PAREJA DOMÉSTICA			
Primer Nombre:	Apellido:	MI:	Sufijo:
Dirección, si es diferente:		Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Fecha de Nacimiento:     /     /	Relación con el Empleado: <input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Pareja Doméstica		
Selección de Plan(es): <input type="checkbox"/> CoPower One <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Landmark			

INSCRIPCIÓN DE HIJO(S) / DEPENDIENTE(S)			
Primer Nombre:	Apellido:	MI:	Sufijo:
Dirección, si es diferente:		Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Fecha de Nacimiento:        /        /	Relación con el Empleado: <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijo Discapacitado		
Selección de Plan(es): <input type="checkbox"/> CoPower One <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Landmark			
Primer Nombre:	Apellido:	MI:	Sufijo:
Dirección, si es diferente:		Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Fecha de Nacimiento:        /        /	Relación con el Empleado: <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijo Discapacitado		
Selección de Plan(es): <input type="checkbox"/> CoPower One <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Landmark			
Primer Nombre:	Apellido:	MI:	Sufijo:
Dirección, si es diferente:		Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Fecha de Nacimiento:        /        /	Relación con el Empleado: <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijo Discapacitado		
Selección de Plan(es): <input type="checkbox"/> CoPower One <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Landmark			
Primer Nombre:	Apellido:	MI:	Sufijo:
Dirección, si es diferente:		Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Fecha de Nacimiento:        /        /	Relación con el Empleado: <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijo Discapacitado		
Selección de Plan(es): <input type="checkbox"/> CoPower One <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Landmark			
EXCENCIÓN DE LA COBERTURA DE LOS EMPLEADOS			
<input type="checkbox"/> Dental Renunciado: Otra cobertura dental	Nombre:	ID Numero de Grupo:	
<input type="checkbox"/> Dental Disminuido: No tengo otra cobertura dental.			
<input type="checkbox"/> Vista Renunciado: Otra cobertura de la Visión.	Nombre:	ID Numero de Grupo:	
Los empleados elegibles pueden rechazar la cobertura de la vista si están cubiertos por otro programa de la vista.			
<b>FIRME DEL EMPLEADO:</b>		<b>FECHA:</b>	/  /