

Formulario de Inscripción y Cambio de Grupo Existente



Por favor complete, firme y feche este formulario

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombre del Grupo:		ID De CoPower:	
Persona de Contacto:		Correo Electrónico:	
Telefono de Contacto: () -			
INFORMACIÓN DEL EMPLEADO			
Primer Nombre:	Apellido:	Sufijo:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Fecha de Nacimiento: / /	Número de Seguro Social: - -		
Dirección:	Fecha de Contratación: / /		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Número de Teléfono: () -	Fecha de Inicio de Cobertura: / /		
Correo Electrónico:			
MOTIVO DE INSCRIPCIÓN O CAMBIO (Seleccióne una opción)			
<input type="checkbox"/> Inscripción de Grupo Nuevo			
<input type="checkbox"/> Inscripción Abierta de Grupo (Examine el contrato del plan de grupo para verificar que este disponible)			
<input type="checkbox"/> Empleado Nuevo (Efectivo el 1ro del mes siguiendo el periodo de elegibilidad)			
<input type="checkbox"/> Re- Contratación			
<input type="checkbox"/> Tiempo Medio a Tiempo Completo	Fecha de Contratación: / /		
	Fecha de Inicio de Tiempo Completo: / /		
<input type="checkbox"/> Pérdida de Cobertura (Requiere Prueba: Carta de la Compañía Aseguradora o del Empleador Anterior)			
<input type="checkbox"/> Inscripción de Fed-COBRA	Fecha de Evento Calificativo: / /		
<input type="checkbox"/> Cambio de Nombre o Número del Seguro Social	Anterior:		
<input type="checkbox"/> Cambio de Dirección:			
<input type="checkbox"/> Otro:			
<input type="checkbox"/> Cambio de Dependiente:	Razón:		
	Fecha de Evento Calificativo: / /		
SELECCION DE PLAN(ES)			
Paquete de Planes <input type="checkbox"/> CoPower ONE PPO <input type="checkbox"/> CoPower ONE HMO <input type="checkbox"/> CoPower SUITE PPO <input type="checkbox"/> CoPower SUITE HMO			
Dental (D)	Delta: <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> Premier		HMO (Solamente) Nombre de la Oficina: Número de ID de Oficina: <small>MetLife HMO no asigna proveedor</small>
	MetLife: <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HMO		
Nombre del Plan:			
Vista (V)	<input type="checkbox"/> VSP <input type="checkbox"/> MetLife		
Nombre del Plan:			
Vida (V)	<input type="checkbox"/> Unum Life* <input type="checkbox"/> Unum LTD *Use Unum Voluntary Life app para planes de vida voluntarios.		
	<input type="checkbox"/> MetLife Life <input type="checkbox"/> MetLife LTD <input type="checkbox"/> MetLife STD <input type="checkbox"/> MetLife (voluntary)		
Nombre del Plan:			
Indique la cantidad de seguro de vida:		\$	Est. Salario Annual (Redondiar hasta 100)
			\$

ION DE PLAN(ES) (continuación)Quiropráctica/
Acupuntura
Landmark (LM) Quiropráctica (Solamente) Quiropráctica + Acupuntura Acupuntura (Solamente)**INSCRIPCION O CANCELACION DE ESPOSO(A) / PAREJA DOMESTICA** Inscribirse Cancelar Relación con el Empleado: Esposo(a) Pareja Doméstica

Primer Nombre: Apellido: Sufijo:

Género: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: / /Selección de Plan(es): CoPower ONE CoPower SUITE Dental Vista Vida Landmark

Dirección (si es diferente):

Ciudad: Estado: Código Postal:

INSCRIPCION O CANCELACION DE HIJO(S) / DEPENDIENTE(S) Inscribirse Cancelar Relación con el Empleado: Hijo Hijo discapacitado

Primer Nombre: Apellido: Sufijo:

Género: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: / /Selección de Plan(es): CoPower ONE CoPower SUITE Dental Vista Vida Landmark

Dirección (si es diferente):

Ciudad: Estado: Código Postal:

 Inscribirse Cancelar Relación con el Empleado: Hijo Hijo discapacitado

Primer Nombre: Apellido: Sufijo:

Género: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: / /Selección de Plan(es): CoPower ONE CoPower SUITE Dental Vista Vida Landmark

Dirección (si es diferente):

Ciudad: Estado: Código Postal:

 Inscribirse Cancelar Relación con el Empleado: Hijo Hijo discapacitado

Primer Nombre: Apellido: Sufijo:

Género: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: / /Selección de Plan(es): CoPower ONE CoPower SUITE Dental Vista Vida Landmark

Dirección (si es diferente):

Ciudad: Estado: Código Postal:

FIRMA DEL EMPLEADO:**FECHA:**

/ /