

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: / /		
SELECCIÓN 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 <input type="checkbox"/> <i>SELECT</i>		
	Anthem: <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HMO		
	Nombre del Plan:		
Vista (V)	<input type="checkbox"/> Anthem <input type="checkbox"/> VSP <input type="checkbox"/> MetLife		
	Nombre del Plan:		
Vida (V)	<input type="checkbox"/> Anthem Life <input type="checkbox"/> Unum Life* <input type="checkbox"/> Unum LTD <small>*Use Unum Voluntary Life app para planes de vida voluntarios.</small>		
	<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 (Redondear hasta 100) \$

SELECCIÓN DE PLAN(ES) (continuación)			
Quiropráctica/ Acupuntura Landmark (LM)	<input type="checkbox"/> Quiropráctica (Solamente) <input type="checkbox"/> Quiropráctica + Acupuntura <input type="checkbox"/> Acupuntura (Solamente)		
INSCRIPCIÓN O CANCELACIÓN DE ESPOSO(A) / PAREJA DOMESTICA			
<input type="checkbox"/> Inscribirse <input type="checkbox"/> Cancelar		Relación con el Empleado: <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Pareja Doméstica	
Primer Nombre:		Apellido:	Sufijo:
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de Nacimiento: / /	
Selección de Plan(es): <input type="checkbox"/> CoPower ONE <input type="checkbox"/> CoPower SUITE <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Landmark			
Dirección (si es diferente):			
Ciudad:		Estado:	Código Postal:
INSCRIPCIÓN O CANCELACIÓN DE HIJO(S) / DEPENDIENTE(S)			
<input type="checkbox"/> Inscribirse <input type="checkbox"/> Cancelar		Relación con el Empleado: <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijo discapacitado	
Primer Nombre:		Apellido:	Sufijo:
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de Nacimiento: / /	
Selección de Plan(es): <input type="checkbox"/> CoPower ONE <input type="checkbox"/> CoPower SUITE <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Landmark			
Dirección (si es diferente):			
Ciudad:		Estado:	Código Postal:
<input type="checkbox"/> Inscribirse <input type="checkbox"/> Cancelar		Relación con el Empleado: <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijo discapacitado	
Primer Nombre:		Apellido:	Sufijo:
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de Nacimiento: / /	
Selección de Plan(es): <input type="checkbox"/> CoPower ONE <input type="checkbox"/> CoPower SUITE <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Landmark			
Dirección (si es diferente):			
Ciudad:		Estado:	Código Postal:
<input type="checkbox"/> Inscribirse <input type="checkbox"/> Cancelar		Relación con el Empleado: <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijo discapacitado	
Primer Nombre:		Apellido:	Sufijo:
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de Nacimiento: / /	
Selección de Plan(es): <input type="checkbox"/> CoPower ONE <input type="checkbox"/> CoPower SUITE <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Landmark			
Dirección (si es diferente):			
Ciudad:		Estado:	Código Postal:
FIRMA DEL EMPLEADO:			FECHA: / /