

# 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 ESOSO(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"/> Esoso(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>	/  /