

Forma de Inscripción/Cambio - Todos los planes

Para ser completado por el Empleado. Envía formas completadas a CoPower dentro de 30 días de la cambia. Información que falta puede retrasar tramitación.

Información del Empleador		
Nombre del Grupo:		ID# de CoPower:
Persona del Contacto:	E-mail del Contacto:	Número Telefónico de Contacto:

Información del Empleado					
Apellido, Nombre:		Número de Seguro Social:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de Naci:	
Dirección de la Calle:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Número de Teléfono:	Fecha de Inicio de Cobertura (1st de la mes):		Bundled Plans CoPower ONE: <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HMO CoPower SUITE: <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HMO		
Correo Electrónico :	Fecha de Empleo:				
Dental (D) Delta: <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> Premier MetLife: <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HMO Anthem: <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HMO Plan: _____		Vision (V) <input type="checkbox"/> Anthem <input type="checkbox"/> VSP Plan: _____		Life (L) <input type="checkbox"/> Anthem Life <input type="checkbox"/> Unum Life <input type="checkbox"/> Anthem Dep. Life <input type="checkbox"/> Unum LTD <i>Utilice Unum aplicación vida vol. para vida vol.</i>	
Landmark (LM) <input type="checkbox"/> Chiro Only <input type="checkbox"/> Chiro + Acu <input type="checkbox"/> Acu Only (51+)		Nombre de Oficina Dental HMO:		ID# del la Oficina Dental:	Importe la vida: Salario anual estimado (Sólo LTD; reunir a cien):

Razón de Inscripción/Cambio (elija una opción)	
<input type="checkbox"/> Empleado Nuevo (eficaz primer día del mes despues de period de elegibilidad) <input type="checkbox"/> Re-Empleo <input type="checkbox"/> Tiempo Medio a Tiempo Completo Fecha del empleo: _____ Fecha de inicio tiempo completo: _____ <input type="checkbox"/> Perdida de Cobertura (Proporcionar Prueba: Carta de la a seguridad o del empleador anterior) <input type="checkbox"/> Cambio de Dependiente Razón: _____ Fecha de Evento Calificativo: _____	<input type="checkbox"/> Inscripción de Grupo Nuevo <input type="checkbox"/> Inscripción Abierta de Grupo (examina el contrato del plan de grupo para verificar que el inscripcion abierta es disponible.) <input type="checkbox"/> Inscripción de Fed-COBRA Fecha de Evento Calificativo: _____ <input type="checkbox"/> Cambio de Nombre o Número del Seguro Social Nombre o Número del Seguro Social Anterior: _____ <input type="checkbox"/> Cambio de Dirección <input type="checkbox"/> Otra: _____

Dependientes Para Inscribir/Cambios					
<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar	Esposo(a)/Pareja Domestica Apellido, Nombre:	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Fecha de Naci:	<input type="checkbox"/> ONE <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> SUITE <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> LM	<input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Pareja Domestica
<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar	Hijo(a) (Apellido, Nombre):	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Fecha de Naci:	<input type="checkbox"/> ONE <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> SUITE <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> LM	<input type="checkbox"/> Discapacitado*
<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar	Hijo(a) (Apellido, Nombre):	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Fecha de Naci:	<input type="checkbox"/> ONE <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> SUITE <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> LM	<input type="checkbox"/> Discapacitado*
<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar	Hijo(a) (Apellido, Nombre):	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Fecha de Naci:	<input type="checkbox"/> ONE <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> SUITE <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> LM	<input type="checkbox"/> Discapacitado*

Se pueden aplicar limitaciones de ortodoncia.

*Marque sólo si inscribir a un niño edad de 26 años y mas y si la incapacidad se produjo antes de la edad limite.

Firma	Fecha: