

## 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):		<b>Bundled Plans</b>		
Correo Electrónico :	Fecha de Empleo:		CoPower <i>ONE</i> : <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HMO CoPower <i>BLUE</i> : <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HMO CoPower <i>SUITE</i> : <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HMO		
<b>Dental (D)</b> Delta: <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> Premier MetLife: <input type="checkbox"/> PPO Anthem: <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HMO UnitedHealthcare: <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HMO Plan: _____		<b>Vision (V)</b> <input type="checkbox"/> Anthem <input type="checkbox"/> VSP <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Plan: _____		<b>Life (L)</b> <input type="checkbox"/> Anthem Life <input type="checkbox"/> Unum Life <input type="checkbox"/> Anthem Dep. Life <input type="checkbox"/> Unum LTD <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare <i>Utilice Unum aplicación vida vol. para vida vol.</i>	<b>Landmark (LM)</b> <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 ( <i>Sólo LTD; reunir a cien</i> ):		

Razón de Inscripción/Cambio (elija una opción)	
<input type="checkbox"/> Empleado Nuevo ( <i>eficaz primer día del mes despues de period de elegibilidad</i> ) <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 ( <i>Proporcionar Prueba: Carta de la a seguridad o del empleador anterior</i> ) <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 ( <i>examina el contrato del plan de grupo para verificar que el inscripción abierta es disponible.</i> ) <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"/> BLUE <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> SUITE	<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"/> BLUE <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> SUITE	<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"/> BLUE <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> SUITE	<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"/> BLUE <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> SUITE	<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: