

Solicitud de Información

Para obtener un presupuesto para los empleados de su oficina de conferencias y congregaciones, simplemente complete este formulario. El presupuesto incluirá el plan médico (Congregational Employee Plan), el seguro de vida, el seguro por incapacidad a largo plazo y las coberturas opcionales oftalmológicas y odontológicas. Puede enviarlo por fax al (574) 537-6642 o enviarlo por correo al administrador de The Corinthian Plan en Everence, TPA Services, P.O. Box 483, Goshen, IN 46527.

1. Congregación o conferencia _____
 Dirección _____
Calle Ciudad Estado Código postal
2. Conferencia _____
3. Persona de contacto _____
4. Dirección de correo electrónico _____ 5. Número de teléfono _____
6. ¿Tiene alguna compensación laboral para todos sus empleados? Sí No
 Si la respuesta es "no", enumere los empleados que no están cubiertos _____
7. Enumere todos los empleados elegibles y coloque una marca si el cónyuge recibirá cobertura. Si necesita más espacio, continúe su lista en el reverso.

Nombre del empleado	¿Acreditado?	Horas trabajadas por semana	Horas pagadas por semana	Fecha de nacimiento	Género	Cónyuge	Género del cónyuge	Fecha de nacimiento	Cantidad de personas a cargo	Salario anual

8. Fecha de entrada en vigencia solicitada para todas las coberturas _____
9. Enumere todos los empleados que renunciarán a la cobertura médica.

Si tiene preguntas, llame al administrador de The Corinthian Plan de Everence: 800-348-7468