

## Health/Dental/Vision

Group Name:		Date:	
City:		County:	
State and Zip:		# of Employees:	
Phone Number:		Fax Number:	
Current Carrier:		Current Plan Type:	
Renewal Date:		Industry/SIC Code:	

	Sex	Employee DOB	Spouse DOB	Eligible Coverage	# of Children	Zip Code
1	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>			<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
2	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>			<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
3	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>			<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
4	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>			<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
5	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>			<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
6	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>			<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
7	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>			<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
8	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>			<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
9	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>			<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
10	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>			<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
11	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>			<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
12	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>			<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
13	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>			<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
14	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>			<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
15	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>			<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
16	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>			<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
17	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>			<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		

18	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
19	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
20	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
21	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
22	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
23	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
24	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
25	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
26	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
27	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
28	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
29	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
30	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
31	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
32	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
33	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		