

Group Census for: _____						
Effective Date: _____			Address: _____			
Current Plan: Co-Insurance% _____			Deductible Amount: \$ _____			
RX Benefit: \$ ____ / \$ ____ / \$ ____		Out of Pocket Maximum: \$ _____				
Life Insurance \$ _____			Dental: _____			
Current Carrier: _____			Number of Employees _____			
Medical Coverage Codes: <i>EE</i> -employee <i>ES</i> - Employee/spouse <i>EC</i> -Employee/child <i>F</i> -Family						
	Employee Name	Gender	DOB or Age	Employee Zip	Coverage Information	COBRA
1					EE ES EC F	
2					EE ES EC F	
3					EE ES EC F	
4					EE ES EC F	
5					EE ES EC F	
6					EE ES EC F	
7					EE ES EC F	
8					EE ES EC F	
9					EE ES EC F	
10					EE ES EC F	
11					EE ES EC F	
12					EE ES EC F	
13					EE ES EC F	
14					EE ES EC F	
15					EE ES EC F	
16					EE ES EC F	
17					EE ES EC F	
18					EE ES EC F	
19					EE ES EC F	

Group Census for: _____						
	Employee	Sex	DOB or Age	Employee Zip	Coverage Information	COBRA
20					EE ES EC F	
21					EE ES EC F	
22					EE ES EC F	
23					EE ES EC F	
24					EE ES EC F	
25					EE ES EC F	
26					EE ES EC F	
27					EE ES EC F	
28					EE ES EC F	
29					EE ES EC F	
30					EE ES EC F	
31					EE ES EC F	
32					EE ES EC F	
33					EE ES EC F	
34					EE ES EC F	
35					EE ES EC F	
36					EE ES EC F	
37					EE ES EC F	
38					EE ES EC F	
39					EE ES EC F	
40					EE ES EC F	
38					EE ES EC F	
39					EE ES EC F	