

PRIME BENEFITS GROUP PROPOSAL CENSUS FORM
FAX # 803-454-1806

Employee Name	DOB or Age	SEX		* Coverage Type	Spouse's DOB or age	No. Children	Zip Code	Department
		M	F					
1.				S F EC ES				
2.				S F EC ES				
3.				S F EC ES				
4.				S F EC ES				
5.				S F EC ES				
6.				S F EC ES				
7.				S F EC ES				
8.				S F EC ES				
9.				S F EC ES				
10.				S F EC ES				
11.				S F EC ES				
12.				S F EC ES				
13.				S F EC ES				
14.				S F EC ES				
15.				S F EC ES				
16.				S F EC ES				
17.				S F EC ES				
18.				S F EC ES				
19.				S F EC ES				
20.				S F EC ES				
21.				S F EC ES				
22.				S F EC ES				
23.				S F EC ES				
24.				S F EC ES				
25.				S F EC ES				
26.				S F EC ES				

* Coverage Type: (S=SINGLE) (F=FAMILY) (EC=EMP. & CHILDREN) (ES=EMP. & SPOUSE)