



Landmark Healthplan of California, Inc.
 2629 Townsgate Rd., Suite 235, Westlake Village, CA 91361
 Phone: (800) 298-4875, option 4 | Fax: (800) 337-7211
 Secure E-mail Portal: <https://LHP-CA/secureemailportal.com>
 E-mail: GroupServices@LHP-CA.com

Enrollment Change Form

PLEASE PRINT or TYPE

Employer/Group Contact Information

Group Name: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Group Number: <input style="width: 90%;" type="text"/>
Name: <input style="width: 90%;" type="text"/>	E-mail: <input style="width: 90%;" type="text"/>

New Hires or Newly Qualified for Benefits

Please submit a completed Employee Enrollment Form for all new hires or newly eligible employees prior to benefit effective date.

Term Employee/Add or Term Dependent/Start COBRA

	Employee Name Social Security Number	Dependent Name Date-of-Birth/Gender	Add Term COBRA	Qualifying Event Description	Effective Date
			A T C		
1)	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>(Check One)</small>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
2)	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	A T C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
3)	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	A T C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
4)	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	A T C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
5)	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	A T C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
6)	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	A T C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
7)	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	A T C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
8)	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	A T C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
9)	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	A T C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
10)	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	A T C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
11)	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	A T C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
12)	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	A T C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>