



coconuts

EMPLOYEE BENEFITS ELECTION FORM /
FORMULARIO DE ELECCIÓN DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS
PLAN YEAR: JANUARY 1, 2025 – DECEMBER 31, 2025

EMPLOYEE INFORMATION / INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Last name / Apellido:	First name/ Nombre:	Gender/Género: ☐ M ☐ F	Date of Birth / Fecha de nacimiento:
Social Security # / Seguro Social #:	Date of Hire / Fecha de contratación:	Phone Number / Número de teléfono:	
Street Address / Dirección de la calle:		City, State, Zip Code / Ciudad, Estado, Código Postal:	

MEDICAL ELECTION / ELECCIÓN MEDICA

*Deductions are illustrated as a bi-weekly amount and deducted on a pre-tax basis.
Las deducciones se ilustran como una cantidad semanal y se deducen antes de impuestos.*

AVMED – MEDICAL / MÉDICO	AIM HMO PLAN	CHOICE MID POS PLAN	CHOICE HIGH POS PLAN
Employee Only / Solo empleado	☐ \$82.81	☐ \$173.57	☐ \$261.20
Employee + Spouse / Empleado + Cónyuge	☐ \$274.89	☐ \$453.59	☐ \$626.15
Employee + Child(ren) / Empleado + hijo (s)	☐ \$210.87	☐ \$360.26	☐ \$504.51
Family / Familia	☐ \$402.95	☐ \$640.28	☐ \$869.46
Waived Medical Coverage / Cobertura médica exenta	☐ Medicare ☐ Individual Policy ☐ Group Insurance ☐ Not Interested ☐ Medicare ☐ Personal Política ☐ Seguros Grupales ☐ No Interesado		

DENTAL ELECTION / ELECCIÓN DENTAL

*Deductions are illustrated as a bi-weekly amount and deducted on a pre-tax basis.
Las deducciones se ilustran como una cantidad semanal y se deducen antes de impuestos.*

PRINCIPAL – DENTAL / DENTAL	PPO PLAN
Employee Only / Solo empleado	☐ \$11.28
Employee + Spouse / Empleado + Cónyuge	☐ \$24.25
Employee + Child(ren) / Empleado + hijo (s)	☐ \$27.40
Family / Familia	☐ \$42.30
Declined Coverage / Cobertura Rechazada	☐ Not Interested / ☐ No me Interesado

VISION ELECTION / ELECCIÓN VISIÓN

*Deductions are illustrated as a bi-weekly amount and deducted on a pre-tax basis.
Las deducciones se ilustran como una cantidad semanal y se deducen antes de impuestos.*

PRINCIPAL – VISION / VISIÓN	PPO PLAN
Employee Only / Solo empleado	☐ \$2.41
Employee + Spouse / Empleado + Cónyuge	☐ \$5.25
Employee + Child(ren) / Empleado + hijo (s)	☐ \$5.54
Family / Familia	☐ \$9.00
Declined Coverage / Cobertura Rechazada	☐ Not Interested / ☐ No me Interesado

DEPENDENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEPENDIENTE

*To be completed if you are adding a spouse and/or dependent child(ren)
Se completará si está agregando un cónyuge y / o hijo (s) dependiente (s)*

Relation / Relación	Last name / Apellido:	First name / Nombre:	Social Security # / Seguro Social #:	Gender/ Género:	Date of Birth / Fecha de nacimiento:
☐ Spouse				☐ Male ☐ Female	
☐ Child				☐ Male ☐ Female	
☐ Child				☐ Male ☐ Female	
☐ Child				☐ Male ☐ Female	

The above reflects benefits that I have elected and grants authorization to my employer to make the necessary payroll deductions. I understand that I cannot make changes to my elected benefits or enroll in any currently declined or terminated benefits until the next open enrollment period, except for specified "Qualifying Family Status Changes". Pursuant to IRS Section 125 rules, I must notify Coconuts Bahama Grill in writing of a "Qualified Family Status Change" within 31 days from the date of occurrence.

Lo anterior refleja los beneficios que he elegido y otorga autorización a mi empleador para realizar las deducciones de nómina necesarias. Entiendo que no puedo hacer cambios en mis beneficios electos ni inscribirme en ningún beneficio actualmente rechazado o terminado hasta el próximo período de inscripción abierta, excepto por los "Cambios de estado familiar calificados" especificados. De conformidad con las reglas de la Sección 125 del IRS, debo notificar a Coconuts Bahama Grill por escrito de un "Cambio de estado familiar calificado" dentro de los 31 días a partir de la fecha de ocurrencia.

Employee Signature / Firma del Empleado: _____ Date/ Fecha: _____