



CHANGE FORM

Please complete the form in its entirety.

Group Number:	Group Name:	Type of Change: <input type="checkbox"/> Name <input type="checkbox"/> Address and/or Phone <input type="checkbox"/> Dental Office	Effective Date of Change: _____ <input type="checkbox"/> Terminate Dental coverage <input type="checkbox"/> Terminate Vision coverage <input type="checkbox"/> Reinstate COBRA
Employee Name:	Previous Name (if this is a name change):		
Previous Address (if this is an address change):	New Address:		Family ID:
City, State, Zip:	City, State, Zip:		New Home Telephone Number:

Dependent(s) information:

Add	Term	Last Name	First Name	Date of Birth	Relationship	Dental Office – 1 st Choice (Dental HMO only)	Dental Office – 2 nd Choice (Dental HMO only)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

form002/10-03

*Sometimes the first Dental Office selection may be unavailable. If that occurs, we will process the second choice.

Employee signature: _____

Date signed: _____



FORMATO DE CAMBIOS

Favor de llenar este formato completamente.

Número del Grupo:	Nombre del Grupo:	Tipo de Cambio: <input type="checkbox"/> Nombre <input type="checkbox"/> Dirección y/o teléfono <input type="checkbox"/> Instalación	Fecha de Vigencia del Cambio _____ <input type="checkbox"/> Terminar Cobertura Dental <input type="checkbox"/> Terminar Cobertura de la Vista <input type="checkbox"/> Elección de Cobra
Nombre del Empleado:	Dirección previa (si éste es un cambio de dirección):		
Dirección previa (si éste es un cambio de dirección):	Dirección nueva:	Identificación Familiar:	
Ciudad, Estado, Código Postal:	Ciudad, Estado, Código Postal:	Nuevo Número Telefónico:	

Información sobre sus dependientes:

Agregar	Terminar	Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación	1ra Elección (HMO Dental Solamente)	2da Elección (HMO Dental Solamente)*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

form002/10-03

*Posiblemente la elección inicial del consultorio dental pudiese no ser disponible. Si éste fuera el caso, SafeGuard procesará la segunda elección.

Firma del Empleado: _____

Fecha: _____