



CHANGE FORM

Please complete the form in its entirety.

This Change Form is for:

Dental HMO

Indemnity/PPO

Vision

Defined Benefits

Group Number:	Group Name:	Type of Change:			
Employee Name:	Previous Name (if this is a name change)	<input type="checkbox"/> Name	<input type="checkbox"/> Terminate coverage		
Social Security Number:	Previous Address (if this is an address change):	<input type="checkbox"/> Address and/or Phone	<input type="checkbox"/> COBRA Election		
New Home Telephone Number:	City, State, Zip	<input type="checkbox"/> Facility	Effective Date of Change:		
		New Address:			
		City, State, Zip			
Dependent(s) information:					
<input type="checkbox"/> Add dependent(s)		<input type="checkbox"/> Terminate dependent(s)			
Last Name	First Name	Date of Birth	Relationship	Facility –1 st Choice (HMO only)	Facility –2nd Choice (HMO Only)*

form002/12-01

*Sometimes your first facility selection may be unavailable. If that occurs, we will process your second choice.

Employee signature: _____

Date Signed: _____



FORMULARIO DE CAMBIOS

Por Favor de cumplir este formulario completamente.

Este Formulario de Cambios es para: **Dental HMO** **PPO/Indemnidad** **Vision**

Numero de Grupo:	Nombre de Grupo:	Tipo de Cambio: <input type="checkbox"/> Nombre <input type="checkbox"/> Terminar Cobertura <input type="checkbox"/> Dirección y/o teléfono <input type="checkbox"/> Elección de Cobra <input type="checkbox"/> Facilidad Effective Date of Change:
Nombre de Empleado:	Nombre Previo (si este es cambiar de nombre)	
Seguro Social:	Dirección Previo (si este es cambiar de Dirección):	Dirección Nuevo:
Nueva numero de teléfono:	Ciudad, Estado,Código Postal	Ciudad, Estado,Código Postal

Informacion sobre sus dependientes: Agregar su dependiente(s) Terminar su dependiente(s)

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación	1ra Elección(HMO Solamente)	2da Elección (HMO Solamente)*

form002/12-01

*Si el facilidad que haya elegido como su primera opción no está aceptando miembros nuevos, SafeGuard procesará su segunda elección.

Firma de Empleado: _____

Fecha: _____