

Effective Date / Fecha Efectiva de Cambio \_\_\_\_\_

**Employee Information/Información del Empleado**

Name/Nombre \_\_\_\_\_ Social Security or Member Number / Seguro Social o Número de Miembro \_\_\_\_\_

Address/Dirección \_\_\_\_\_

City/Ciudad \_\_\_\_\_ State/Estado \_\_\_\_\_ Zip Code/Zona Postal \_\_\_\_\_

Phone Number/Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**Company Information/Información de la Compañía**

Company Name/Nombre de la Compañía \_\_\_\_\_

Group Number/Numero de Grupo \_\_\_\_\_

**Requested Changes/Cambios**

- Add dependents listed below. Reason: Añadir dependientes indicados abajo. Razón: \_\_\_\_\_
- Delete dependents listed below. Reason: Quitar dependientes indicados abajo. Razón: \_\_\_\_\_
- Change name to that shown above. Former name: Cambio de nombre al nombre indicado arriba. Nombre anterior: \_\_\_\_\_
- Change address to that shown above. Cambio de dirección a la dirección indicada arriba. \_\_\_\_\_
- Change dental office. (New dentist number) Cambio de oficina dental. (Nuevo numero de dentista) \_\_\_\_\_  
*Use Office Numbers beginning with CA when making your dental office selection.*
- Change of Plan/Cambio de Plan Prepaid PPO EPO
- Terminate coverage. Reason: Terminar cubrimiento. Razón: \_\_\_\_\_
- Employee status change/Cambio de poliza \_\_\_\_\_
- Reinstatement coverage/Renovar cubrimiento \_\_\_\_\_
- Enroll as COBRA. Date of termination/Inscribirse bajo COBRA. Fecha de terminacion \_\_\_\_\_
- Other/Otro \_\_\_\_\_

**Dependent Information/Información de Dependientes:**

Add / Añadir	Delete / Quitar	First name / Nombre	Last name / Apellido	Sex / Sexo	Date of birth / Fecha de nacimiento	Relationship / Relación	Dentist # / Dentista #
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	M F	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	M F	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	M F	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	M F	_____	_____	_____

Employee signature/Firma del empleado \_\_\_\_\_ Date/Fecha \_\_\_\_\_

**Employer Use Only**

Authorized by \_\_\_\_\_ Group Number \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_