

REGISTRO/FORMA DE CAMBIO

SOLAMENTE PARA EL USO DE EL EMPLEADOR
 Group No. _____
 Contract Type _____
 Effective Date _____

Marque Una Caja

- Registro Inicial
- Cambio de Nombre Social/Numero de identificación de empleado
- Cambio de Oficina dental*
- COBRA
- Nuevo número de Seguro Social/Numero de identificación de empleado
- Cambio de Domicilio
- Añadir Dependiente
- Remover Dependiente

Indique fecha de efectividad de el cambio
 *(No aplica al cambio de oficina dental)

(Mes) _____ (Dia) _____ (Año) _____

Registro de COBRA

Por favor indique cuál evento califica:

- Terminación
- Divorcio
- Viudez
- Dependiente Sobreviviente
- Dependiente Mayor de edad

Indique fecha en que califica:

(Mes) _____ (Dia) _____ (Año) _____

Información del Miembro Primario MUY IMPORTANTE - POR FAVOR DE ESCRIBIR CLARO (Favor de dejar un espacio en blanco entre en medio de cada palabra)

Nombre: _____ (Apellido) _____ (Primer) _____ (Inicial)

Domicilio Postal: _____ (Calle) _____ (Número) _____ (Ciudad) _____ (Estado) _____ (Zona Postal) _____ (Código Postal)

Fecha de Nacimiento: _____ (Mes) _____ (Dia) _____ (Año) **Másculino** **Femenino** **Número Telefónico:** _____ (Teléfono)

Nombre de Empleador/Grupo: _____

Localización: _____

Numero de Seguro Social: _____ Numero de Empleado: _____

Nombre de Oficina Dental: _____ Numero de Oficina Dental: _____

MUY IMPORTANTE - POR FAVOR DE ESCRIBIR CLARO (Para añadir dependientes adicionales, favor de adjuntar una página por separado.)
 Nota: Usted puede escoger hasta 3 oficinas dentales para usted y todos los dependientes registrados.

Información de Dependientes

Código de Parentesco*		Nombre del Dependiente	Fecha de Nacimiento	Nombre de Oficina Dental	Numero de Oficina Dental
(M)	(F)		(Mes) (Dia) (Año)		
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

POR FAVOR DE LISTAR DEPENDIENTES ELEGIBLES ADICIONAL A USTED

*Código de Parentesco: Use los siguientes 2 letras en código en la primera columna para designar a cada dependiente indicando:
 Esposo(a) - SP Compañero Domestico - DP Hijo(a) - CH Hijo(a) del DP - CD Otro Adulto - OA Otro Hijo(a) - OC

Firma del Miembro Primario _____ Fecha _____