



CAMBIO DE CARTA

Nombre Del Grupo: _____ Numero del Grupo #: _____

Nombre Del Empleado: _____ Numero de Seguro Social #: _____

() Fecha De Terminacion: _____ () Fecha De Despido: _____

CAMBIOS EN TU TIPO DE SEGURO

Cambio De Clase: De: _____ A: _____

Cantidad de Vida: De: _____ A: _____

Soltero a Familia: De: _____ A: _____

RAZON DEL CAMBIO

() Muerte () Casado () Divorciado () Fecha de Vigencia: _____

() Otro (Explique): _____
_____ () Fecha: _____

CAMBIO DEL DEPENDIENTE

() Agregue estos dependientes

() Omite estos dependientes

Fecha de Vigencia: _____

Fecha: _____

Nombre Del Esposo/a Primer Nombre M _____ M O F _____
Fecha de Nacimiento

Nombre Del Dependiente Primer Nombre M _____ M O F _____
Fecha de Nacimiento

Nombre Del Dependiente Primer Nombre M _____ M O F _____
Fecha de Nacimiento

Nombre Del Dependiente Primer Nombre M _____ M O F _____
Fecha de Nacimiento

CAMBIO DE DOMICILIO

Nueva Direccion: _____
Calle Ciudad EstadoCodigo Postal

CAMBIO DE BENEFICIARIO

Beneficiario Primario: _____ Fecha de Vigencia: _____

Beneficiario Contingente: _____ Fecha de Vigencia: _____

Entiendo que si la evidencia de asegurabilidad en cualquiera de los cambios, el cambio no sera vigente hasta que sea aprobado por Benicomp, Inc. Yo autorizo un aumento en mi deduccion de nomina de pago, si se requiere, para este cambio.

EL EMPLEADO DEBE FIRMAR ABAJO PARA TODOS LOS CAMBIOS MENCIONADOS (a excepcion de la fecha y del cambio de direccion):

Firma

Fecha de Vigencia

FOR BENICOMP INTERNAL USE ONLY

____ PROCESS FORM _____ COBRA/HIPPA NOTICE SENT _____ ID CARD PRINTED
____ UPDATE RX _____ LAFAYETTE LIFE UPDATED _____ COPY TO BILLING
____ QUALIFYING EVENT GENERATED _____ HIPPA ONLY SENT _____ SENT TO SCANNING