



54 Corporate Park • Irvine, CA 92606-5105 • 800.223.4590
Group Administration Fax: 949.892.1352

EMPLOYEE CHANGE FORM / SOLICITUD DE CAMBIO DE INFORMACION DEL EMPLEADO

This section to be completed from employer records / Esta sección debe de ser completada de acuerdo a los registros del empleador:

Employer Name / Nombre del Empleador: _____ Group # / No. del Grupo: _____

Old Information: (Print employee name and Social Security # / ID # exactly as shown on UABT records before change):

La Información Anterior: (Imprima el nombre del empleado y No. de Seguro Social / No. de identificación exactamente como está mostrado en los registros de UABT antes del Cambio):

First Name / Primer Nombre: _____ Last Name / Apellido: _____

SS # / ID # / No. de Seguro Social / ó de Identificación: _____

Mobile Phone / Teléfono Móvil (necesario): _____ Email / Correo Electrónico: _____

Plan Change: From _____ to _____ Employee Termination Eff. Date: _____

Employee Termination Reason (if applicable): _____

New Information to be changed / Nueva Información para cambiada

Effective Date of Change / Fecha de vigencia del cambio: _____ Request New ID Card / Solicite nuevas tarjetas de Identificación: ☐ Yes / Sí ☐ No / No

☐ Employee's First Name / Primer Nombre del Empleado: _____ Employee's Last Name / Apellido del Empleado: _____

☐ SS # / ID # / No. de Seguro Social ó No. de Identificación: _____

☐ Home Address / Domicilio Particular: _____

☐ Mobile Phone / Teléfono Móvil: _____ ☐ Email / Correo Electrónico: _____

Address to send COBRA notification, if applicable: _____

El domicilio para mandar notificación de COBRA, si es aplicable

Reasons for information change / Razones para el cambio de información: _____

Complete this section if adding / deleting dependents only, indicate whether adding or deleting.

Complete esta sección si sólo va a agregar o remover los dependientes, indique si los agrega o los remueve.

Add / Agregue	Delete / Remueva	Gender / Género	Last Name / Apellido	First Name / Primer Nombre	M.I.	Date of Birth / Fecha De Nacimiento	Social Security # / Número De Seguro Social
		Spouse / Domestic Ptn. / Cónyuge Pareja Doméstica ☐ M ☐ F					
		Child / Niño(a) ☐ M ☐ F					
		Child / Niño(a) ☐ M ☐ F					
		Child / Niño(a) ☐ M ☐ F					
		Child / Niño(a) ☐ M ☐ F					

Life Beneficiary Change / Cambio de beneficiario de vida

Primary Beneficiary / Beneficiario principal: _____ Relationship / Parentesco: _____

Contingent Beneficiary / Beneficiario Suplente: _____ Relationship / Parentesco: _____

If you are married and your spouse is not the primary beneficiary, please obtain spouse's signature indicating consent.

Si usted está casado/a y su cónyuge no es el beneficiario principal, favor de obtener la firma de su cónyuge como indicación de consentimiento.

Spouse's Signature / Firma del cónyuge: _____ Date / Fecha: _____

NOTICE: If dependents are not added within 31 days of qualifying event, evidence of good health may be required for dependents if an employee chooses to add dependents after the employee's original effective date of coverage under the UABT. **NOTIFICACION:** Si los dependientes no se agregan dentro de 31 días de un acontecimiento de calificación, la evidencia de buena salud se puede requerir para dependientes si un empleado escoge agregar los dependientes después de la fecha de vigencia de cobertura original del empleado bajo UABT.

Employee Signature / Firma del Empleado

Date / Fecha