



**CHANGE REQUEST FORM**

**Notice to Employees:** This form is to be used only to update or change the record of existing beneficiaries. If you have never enrolled in the **SIMNSA** Program, please contact your Employee Office for assistance. Any additional questions pertaining to the completion of this form may be directed to our Business Office at (619) 407-4082

**GENERAL INFORMATION: (Please print all information)**

Last Name

First Name

**Social Security Number:** \_\_\_\_\_ **Employee Name:** \_\_\_\_\_

**Address** \_\_\_\_\_

**Daytime Phone:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth** \_\_\_\_\_ **Name of Employer** \_\_\_\_\_ **Group/Policy Number** \_\_\_\_\_

**NEW INFORMATION:**

**Name Change From:** \_\_\_\_\_

The following section should be completed if you are:

<p>1) Removing the employee and entire family from SIMNSA (Employee or employer generated request)</p> <p>2) Adding a spouse, domestic partner, or dependents to SIMNSA (Please attach a Marriage Certificated or Domestic Partnership</p>	<p>Registration to this change request form)</p> <p>3) Removing a spouse, domestic partner, or dependent (S) from SIMNSA</p> <p>4) Adding your unmarried partner ("domestic partner") (Pleas attach SIMNSA affidavit)</p> <p>5) Remove your unmarried partner ("domestic partner")</p>
--	--

**Add or Remove Souse or Dependent(s) / Removal of Entire Family Record**

	Add	Delete	Last Name	First Name	Birth Date mm/dd/yy	Sex M/F	*Reason for Change or Deletion	Effective date of Addition/Deletion	[ Required Field ] Social Security	N/A
Emp.	N/A	<input type="checkbox"/>	_____	_____	____/____/____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Spouse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	____/____/____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Dep.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	____/____/____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Dep.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	____/____/____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Dep.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	____/____/____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Dep.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	____/____/____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Dep.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	____/____/____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Dep.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	____/____/____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Dep.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	____/____/____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

Comments: \_\_\_\_\_

**\*SIMNSA** will only allow a retroactive deletion and/or retroactive addition within the past 60 days

Employee Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



**Noticia para Empleados:** Esta forma es para hacer cambios en información de beneficiarios del Plan de SIMNSA. Si usted no está inscrito en SIMNSA favor de comunicarse con su empleador para asistencia. Cualquier pregunta relacionada con esta forma puede llamar directamente a SIMNSA (619) 407-4082

**INFORMACION GENERAL: (Por favor use letra de molde)**

Apellido Paterno

Nombre

Numero de seguro social: \_\_\_\_\_ Nombre de empleado: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono de día: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Numero de póliza/grupo \_\_\_\_\_

**INFORMACION NUEVA:**

Cambio de nombre: \_\_\_\_\_

Esta seccion deberá ser completada si usted va a:

- 1) Cancelar al empleado y familia completamente de SIMNSA (requisición generada por empleado o empleador)
- 2) Agregar a esposo(a), pareja domestica, o dependiente(s) a SIMNSA (favor incluir copia de certificado de matrimonio o

registro de pareja domestica)

- 3) Eliminar a esposo o esposa, pareja domestica o dependiente de Simnsa
- 4) Agregar a su pareja ("unión libre") (favor de llenar una forma de constancia de unión libre de Simnsa)
- 5) Cancelar a su pareja ("unión libre")

**Agregar o Cancelar Eposo(a) o Dependiente(s)/Cancelacion de familia completa:**

	Agregar	Cancelar	Apellido	Nombre	Fecha de Nac. día/mes/Año	Sexo M/F	*Razon del Cambio	Fecha efectiva de agregacion o cancelacion	[ Area Requerida ] Seguro Social
Emp.	N/A	<input type="checkbox"/>	_____	_____	/ /	_____	_____	_____	N/A
Esposa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	/ /	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Dep.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	/ /	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Dep.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	/ /	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Dep.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	/ /	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Dep.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	/ /	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Dep.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	/ /	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Dep.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	/ /	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Dep.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	/ /	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

Comentarios: \_\_\_\_\_

\*SIMNSA aceptara cancelaciones y/o adiciones retroactivas solamente por 60 días

Firma del Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_