LIFE EVENT FAX COVER SHEET

ATTN: FAMILY STATUS CHANGE ADMINISTRATOR

Phone: 1.800.960.7656 / Fax: 847-953-1839

Email: JBSPPC.LifeEvents@aon.com

- Please complete this form and fax it (along with the required supporting documentation)
- Please Allow Two(2) Business Days To Verify Dependent Documents Before Calling To Enroll.
- The entire process must be completed within 31 days of the family status change.
- You must speak with the Family Status Change Administrator to process your change in benefits
- Submitting this form does not complete the process. Please call 1-800-960-7656

Employee Information – *all fields are required*

Name (Last Name, First Name, Middle)	Employee ID Number	Employee Date of Birth	Date of Event
Primary Phone Number	**Best Time to Call**	**Secondary Phone Number**	**Best Time to Call**

Qualifying Life Event or Family Status Change – *Please check your event*

☐ Marriage	☐ Adoption or Placement for Adoption	☐ Gaining Other Coverage ☐ Yourself ☐ Spouse/Child ☐ **Covered by JBS/PPC Employee**	☐ Loss of Other Coverage ☐ Yourself ☐ Spouse/Child ☐ **Covered by JBS/PPC Employee**
☐ Birth of a child	☐ Guardianship or Legal Custody		
☐ Divorce	☐ HIPAA Special Enrollment Window	☐ Significant change in other coverage	

Beneficiary Designation Update – *include name, address, phone number and date of birth if known for each beneficiary*

☐ Beneficiary Designation Update *(use second sheet of paper if needed)*:

Primary 1: _____ **Percent of Benefit**_____

Primary 2: _____ **Percent of Benefit**_____

Contingent 1: _____ **Percent of Benefit**_____

Contingent 2: _____ **Percent of Benefit**_____

Supplemental Benefit Change Request – *Please check your change request*

Note that Unum Benefits (Whole Life, Critical Illness, Accident) can only be changed or canceled by calling Unum directly at 800-635-5597.

☐ Add Supplemental Employee Life Insurance	☐ Add Spouse/Dependent Life Insurance	☐ Add Long Term Disability Coverage
☐ Cancel Supplemental Employee Life Insurance	☐ Cancel Spouse/Dependent Life Insurance	☐ Cancel Long Term Disability Coverage

Sign Here – *This form is not valid without a signature and a date*

I hereby authorize payroll deductions for the coverage(s) I select as a result of this family status change. I understand that if I waive my right to enroll for coverage(s) now, I have the opportunity to enroll for coverage(s) during the annual enrollment period. I declare all of the above information and attached documentation to be true and correct.

Employee Signature	**Date**

LIFE EVENT FAX COVER SHEET

ATTN: ADMINISTRADOR DEL CAMBIO DE ESTADO DE LA FAMILIA

Phone: 1.800.960.7656 / Fax: 847-953-1839

Email: JBSPPC.LifeEvents@aon.com

- **Por favor, completa este forma y enviar por fax (junto con la documentación necesaria)**
- **Espere 2 dias habiles para procesar los documentos de sus dependientes antes de llamar para inscribirse.**
- **Todo el proceso debe ser completado dentro de los 31 dias del cambio de estado de la familia.**
- **Deberá de hablar con Administrador Para Cambios en Estado de Familia para procesar su cambio en los beneficios.**
- **El hecho de enviar estos documentos, No completa el proceso. Por favor llamar 1-800-960-7656**

Información del empleado – *complete todos los espacios*

Nombre (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)	Numero de empleado	Fecha de nacimiento del empleado	Fecha del evento
Numero de teléfono primario	**Mejor hora para llamar**	**Numero de teléfono secundario**	**Mejor hora para llamar**

Evento de vida calificativo o cambio de estado familiar *- Por favor, marca su evento*

☐ Matrimonio	☐ Adopción o colocación para adopción	☐ Obtener otra cobertura ☐ Usted Mismo ☐ Cónyuge /Hijo ☐ Cubierto por JBS / PPC Empleado	☐ Perdida de otra cobertura ☐ Usted Mismo ☐ Cónyuge /Hijo ☐ Cubierto por JBS / PPC Empleado
☐ Nacimiento	☐ Tutela o custodia legal		
☐ Divorcio	☐ HIPAA ventana de Inscripción Especial	☐ Cambio significativo en la cobertura de otros	

Actualización de Beneficiario- incluye el nombre, dirección, número de telefóno y fecha de nacimiento si se conoce para cada beneficiario

☐ Actualización de Beneficiario *(use una segunda hoja de papel si es necesario)*:

Principal 1: _ _____ **Por ciento del beneficio** _____

Principal 2: _____ **Por ciento del beneficio** _____

Contingente 1: _____ **Por ciento del beneficio** _____

Contingente 2: _____ **Por ciento del beneficio** _____

Solicitud de cambio de beneficios complementarios : Por favor marque su solicitud de cambio - Tenga en cuenta que los beneficios Unum (Seguro de vida entera, por enfermedad grave, accidente) sólo pueden ser cambiadas o canceladas por llamar directamente al Unum 800-635-5597.

☐ Añadir seguro de Vida para empleado	☐ Añadir seguro de vida para cónyuge /dependientes	☐ Añadir la cobertura de incapacida a largo plazo
☐ Cancelar seguro de vida complementario del empleado	☐ Cancelar seguro de vida para cónyuge /dependientes	☐ Cancelar la cobertura de incapacida a largo plazo

Firme Aquí - *Esta forma no es válida sin la firma y la fecha*

Por la presente autorizo las deducciones de nómina para la cobertura (s) que seleccione como resultado de este cambio de estado familiar. Entiendo que si renuncio a mi derecho a inscribir me en la cobertura (s) ahora, tengo la oportunidad de inscribir me para la cobertura (s) durante el período de inscripción anual. Yo declaro que toda la información anterior y la documentación adjunta es verdadera y correcto.

Firma del Empleado	**Fecha**