



## DEPENDENT FAX COVER SHEET

Fax: 847.953.1833 / Email: [JBSPPC.Docs@aon.com](mailto:JBSPPC.Docs@aon.com)

☐ New Hire Phone: 888.561.1552 / ☐ Open Enrollment: 855.720.9924

FAX TO: 847.953.1833

PLEASE ALLOW 2 BUSINESS DAYS TO PROCESS YOUR DEPENDENTS BEFORE CALLING TO ENROLL.

### Employee Information

Employee Name (Last Name, First Name, Middle)	Employee Social Security #	Date of Hire (mm/dd/yyyy)
Primary Phone Number	Secondary Phone Number	Best Time to Call

### Dependent Information - Please list each dependent you wish to add to the medical, dental and/or visions plans.

Dependent Name	Sex	SSN or ITIN	Date of Birth (mm/dd/yyyy)	Relationship to Employee

### Important!

If you wish to cover your dependents under the medical, dental, and/or vision plans, you will be required to submit documentation as proof of eligibility. Please refer to the Dependent Documentation Requirements flyer.

By signing this form, you are confirming that each dependent meets the eligibility requirements of the JBS/PPC plans. Additionally, if a dependent is later found to be ineligible you may also be responsible for any benefits paid in error. If you have questions regarding the eligibility rules, please check with your local Human Resources Representative.

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

ENVIAR POR FAX A:  
847.953.1833

ESPERE 2 DÍAS HÁBILES PARA PROCESAR LOS DOCUMENTOS DE SUS DEPENDIENTES ANTES DE LLAMAR PARA INSCRIBIRSE.

### Información del empleado

Nombre del empleado (apellido, nombres)	No. de seguro social del empleado	Fecha de contratación (dd/mm/aaaa)
Numero de teléfono primario	Numero de teléfono secundario	Mejor hora para llamar

### Información del dependiente: Mencione a cada dependiente que desea añadir al plan médico, dental y/u oftalmológico.

Nombre del dependiente	Sexo	SSN o ITIN	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Vínculo con el empleado

### Importante!

Si usted desea cubrir a sus dependientes bajo los planes Médico, Dental y (o) Visión, es requerido que usted presente documentación como prueba de elegibilidad. Por favor, consulte el folleto de requisitos de documentación dependiente

Al firmar este formulario, usted confirma que cada dependiente cumple con los requisitos de elegibilidad de los planes de JBS/PPC. Además, si posteriormente se considera que un dependiente no es elegible, posiblemente usted también se hará responsable de cualquier beneficio pagado por error. Si tiene alguna pregunta en lo que respecta a las reglas de elegibilidad, consulte a su Representante de Recursos Humanos local.

Firma del empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_