



## FAX COVER SHEET

ATTN: FAMILY STATUS CHANGE ADMINISTRATOR

Phone: 1.800.960.7656 / Fax: 610-362-8589

Email: [JBSPPC.LifeEvents@univers.biz](mailto:JBSPPC.LifeEvents@univers.biz)



- 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

<input type="checkbox"/> Marriage	<input type="checkbox"/> Adoption or Placement for Adoption	<input type="checkbox"/> Gaining Other Coverage	<input type="checkbox"/> Loss of Other Coverage
<input type="checkbox"/> Birth of a child	<input type="checkbox"/> Guardianship or Legal Custody	<input type="checkbox"/> Yourself <input type="checkbox"/> Spouse/Child	<input type="checkbox"/> Yourself <input type="checkbox"/> Spouse/Child
<input type="checkbox"/> Divorce	<input type="checkbox"/> HIPAA Special Enrollment Window	<input type="checkbox"/> 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.

<input type="checkbox"/> Add Supplemental Employee Life Insurance	<input type="checkbox"/> Add Spouse/Dependent Life Insurance	<input type="checkbox"/> Add Long Term Disability Coverage
<input type="checkbox"/> Cancel Supplemental Employee Life Insurance	<input type="checkbox"/> Cancel Spouse/Dependent Life Insurance	<input type="checkbox"/> 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
--------------------	------



## FAX COVER SHEET

ATTN: ADMINISTRADOR DEL CAMBIO DE ESTADO DE LA FAMILIA

Phone: 1.800.960.7656 / Fax: 610-362-8589

Email: [JBSPPC.LifeEvents@univers.biz](mailto:JBSPPC.LifeEvents@univers.biz)



- Por favor, completa este forma y enviar por fax (junto con la documentación necesaria)
- Espere 2 días hábiles para procesar los documentos de sus dependientes antes de llamar para inscribirse.
- Todo el proceso debe ser completado dentro de los 31 días 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

<input type="checkbox"/> Matrimonio	<input type="checkbox"/> Adopción o colocación para adopción	<input type="checkbox"/> Obtener otra cobertura	<input type="checkbox"/> Perdida de otra cobertura
<input type="checkbox"/> Nacimiento	<input type="checkbox"/> Tutela o custodia legal	<input type="checkbox"/> Usted Mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge /Hijo	<input type="checkbox"/> Usted Mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge /Hijo
<input type="checkbox"/> Divorcio	<input type="checkbox"/> HIPAA ventana de Inscripción Especial	<input type="checkbox"/> Cambio significativo en la cobertura de otros	

### Actualización de Beneficiario- incluye el nombre, dirección, número de teléfono 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.

<input type="checkbox"/> Añadir seguro de Vida para empleado	<input type="checkbox"/> Añadir seguro de vida para cónyuge /dependientes	<input type="checkbox"/> Añadir la cobertura de incapacida a largo plazo
<input type="checkbox"/> Cancelar seguro de vida complementario del empleado	<input type="checkbox"/> Cancelar seguro de vida para cónyuge /dependientes	<input type="checkbox"/> 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
--------------------	-------