



# ENROLLMENT CHANGE FORM

## Formulario de Cambio de Matricula

This form is not valid for your initial enrollment in the 1199SEIU Benefit Fund • Este formulario no es válido para la primera matricula en el Programa de Beneficio de 1199SEIU  
 THE FUND CANNOT BE RESPONSIBLE FOR ORIGINAL RECORDS - ONLY SEND PHOTOCOPIES • EL FONDO NO ES RESPONSABLE POR ARCHIVOS ORIGINALES - INCLUYA COPIAS  
 PRINT CLEARLY IN INK • ESCRIBA CON TINTA EN LETRA DE MOLDE

Member Eligibility Dept. • P.O. Box 838 • New York, NY 10108-0838  
 www.1199nbf.org

Member's Present Name \_\_\_\_\_  
*Nombre del Miembro Presente*

SS# \_\_\_\_\_

NAME OF YOUR EMPLOYER *Nombre de su patrono*

CHECK OFF AND COMPLETE ONLY THE SECTION WHERE YOU WISH TO CHANGE YOUR INFORMATION AND SIGN BELOW.  
 ANOTAR Y COMPLETAR SOLO LAS PORCIONES DE INFORMACION QUE DESEAS CAMBIAR EN ESTE FORMULARIO Y FIRMA.

IF YOU ARE CHANGING YOUR NAME, ADDRESS, TELEPHONE NUMBER, SOCIAL SECURITY NUMBER, OR DATE OF BIRTH COMPLETE SECTION 1

Enclose a copy of Marriage Certificate or other documents which give proof of legal name and/or social security number change.

SI ESTÁ CAMBIANDO SU NOMBRE, DIRECCION, NUMERO DE TELEFONO O FECHA DE NACIMIENTO LLENE LA SECCIÓN 1

Incluya una copia del Certificado de Matrimonio o de otros documentos que prueben el cambio legal de nombre o numero de seguro social.

IF YOU ARE ADDING OR REMOVING A DEPENDENT COMPLETE SECTION 2

Enclose a copy of Marriage Certificate and Birth Certificate for your spouse and copy of Birth Certificate or Adoption Papers for unmarried child. Include related documents for divorce or death of a spouse.

SE ESTÁ AGREGANDO O ELIMINANDO SUS DEPENDIENTES LLENE LA SECCIÓN 2

Incluya una copia del Certificado de Matrimonio y Certificado de Nacimiento para su cónyuge o Certificado de Nacimiento, o Documentos de Adopción, para su hijos que no esta casados. Incluya documentos de divorcio o certificado de defunción.

IF YOU ARE CHANGING YOUR BENEFICIARY COMPLETE SECTION 3 (on reverse side)

Complete all items in section 3 if you want to change the designated beneficiary(s) for your life insurance benefit. If the person is a minor, provide information regarding the guardian.

SI ESTÁ CAMBIANDO SU BENEFICIARIO LLENE LA SECCIÓN 3 (al reverso)

Si desea cambiar su beneficiario de seguro de vida llene la sección 3. Si la persona es un menor suministra la informacion del Tutor.

**X** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 MEMBER'S SIGNATURE *Firma del Miembro* DATE *Fecha*

IF YOU DO NOT SIGN AND DATE THIS FORM AND SEND THE RELATED DOCUMENTS, THE FORM WILL BE RETURNED AND THE INFORMATION WILL NOT BE PROCESSED.  
 SI NO FIRMA Y NO FECHAS ESTA FORMULARIO Y LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS, LE SERA DEVUELTO Y SU INFORMACION NO VA SER PROCESADO.

### SECTION 1 - MEMBER'S INFORMATION *Información del Miembro*

OLD LAST NAME *Apellido Viejo* \_\_\_\_\_ OLD FIRST NAME *Nombre Viejo* \_\_\_\_\_ Initial *Inicial* \_\_\_\_\_ INCORRECT SS # *Numero de Seguro Social Incorrecto* \_\_\_\_\_

NEW LAST NAME *Apellido Nuevo* \_\_\_\_\_ NEW FIRST NAME *Nombre Nuevo* \_\_\_\_\_ Initial *Inicial* \_\_\_\_\_ NEW SS # *Numero de Seguro Social Nuevo* \_\_\_\_\_

OLD ADDRESS *Dirección Vieja* \_\_\_\_\_ APT# \_\_\_\_\_ CITY *Ciudad* \_\_\_\_\_ STATE *Estado* \_\_\_\_\_ ZIP CODE *Zona Postal* \_\_\_\_\_

NEW ADDRESS *Dirección Nueva* \_\_\_\_\_ APT# \_\_\_\_\_ CITY *Ciudad* \_\_\_\_\_ STATE *Estado* \_\_\_\_\_ ZIP CODE *Zona Postal* \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_ INCORRECT DATE OF BIRTH *Fecha de Nacimiento Incorrecto* \_\_\_\_\_

NEW TELEPHONE NUMBER *Numero del Telefono Nuevo* \_\_\_\_\_ NEW DATE OF BIRTH *Fecha de Nacimiento Nuevo* \_\_\_\_\_

email: \_\_\_\_\_

### SECTION 2 - NEW DEPENDENT(S) *Dependiente(s) Nuevo(s)*

ADD SPOUSE *Agregar su Cónyuge*

SEX <i>Sexo</i>	
<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 DATE OF BIRTH *Fecha de Nacimiento*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 DATE OF MARRIAGE *Fecha de Matrimonio*

\_\_\_\_\_  
 SOCIAL SECURITY NUMBER *Numero de Seguro Social*

LAST NAME *Apellido* \_\_\_\_\_ FIRST NAME *Nombre* \_\_\_\_\_ Initial *Inicial* \_\_\_\_\_

SPOUSE'S PLACE OF EMPLOYMENT  
*Lugar de empleo de su cónyuge*

ADDRESS OF SPOUSE'S EMPLOYER  
*Dirección de empleo de su cónyuge*

CITY  
*Ciudad*

STATE  
*Estado*

ZIP CODE  
*Zona Postal*

REMOVE SPOUSE *Remover su Cónyuge*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Date of Divorce/Legal Separation *Fecha de Divorcio/Separacion Legal*

OR \_\_\_\_\_  
 Date of Death *Fecha de Defunción*



**ADD ELIGIBLE CHILD(REN) Agregar sus hijos(as) que son eligible:**

<b>1</b>	LAST NAME <i>Apellido</i>	FIRST NAME <i>Nombre</i>	Initial <i>Inicial</i>	SEX <i>Sexo</i> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	DATE OF BIRTH <i>Fecha de Nacimiento</i> / /	RELATIONSHIP <i>Parentesco</i>	SOCIAL SECURITY NUMBER <i>Numero de Seguro Social</i>
<b>2</b>	LAST NAME <i>Apellido</i>	FIRST NAME <i>Nombre</i>	Initial <i>Inicial</i>	SEX <i>Sexo</i> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	DATE OF BIRTH <i>Fecha de Nacimiento</i> / /	RELATIONSHIP <i>Parentesco</i>	SOCIAL SECURITY NUMBER <i>Numero de Seguro Social</i>
<b>3</b>	LAST NAME <i>Apellido</i>	FIRST NAME <i>Nombre</i>	Initial <i>Inicial</i>	SEX <i>Sexo</i> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	DATE OF BIRTH <i>Fecha de Nacimiento</i> / /	RELATIONSHIP <i>Parentesco</i>	SOCIAL SECURITY NUMBER <i>Numero de Seguro Social</i>

**SECTION 3 – BENEFICIARY INFORMATION FOR LIFE INSURANCE Información del Beneficiario/Seguro de Vida**

**SELECT YOUR BENEFICIARY OPTION FOR LIFE INSURANCE. SELECCIONE SU BENEFICIARIO PARA SU SEGURO DE VIDA.**

Check this box if you authorize the Fund to assign up to 1/3 of your insurance benefit directly to the Funeral Home or cemetery, in the event that the Fund is notified that your funeral expenses have not been otherwise paid or guaranteed to be paid.  
*Marca esta casilla si usted desea autorizar al fondo que asigne hasta 1/3 de su beneficio de seguro de vida directamente a la Funeraria o cementerio en caso de que el Fondo sea notificado de que no han sido pagados o no se ha garantizado el pago de entierro.*

**1**

LAST NAME OF BENEFICIARY <i>Apellido del Beneficiario</i>	FIRST NAME OF BENEFICIARY <i>Nombre del Beneficiario</i>	Social Security Number <i>Numero de Seguro Social</i>	<input type="checkbox"/> Primary <i>primario</i> <input type="checkbox"/> Secondary <i>Secundario</i>
STREET ADDRESS OF PRIMARY BENEFICIARY <i>Domicilio/ del Beneficiario Primario</i>		CITY <i>Ciudad</i>	STATE <i>Estado</i> ZIP CODE <i>Zona Postal</i>
This person <i>Esta persona</i> <input type="checkbox"/> is es <input type="checkbox"/> is not no es my spouse. <i>mi cónyuge.</i>		RELATIONSHIP <i>Parentesco</i>	
<input type="checkbox"/> This person is a minor. <i>Esta persona es un menor.</i>		SEX <i>Sexo</i> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	DATE OF BIRTH <i>Fecha de Nacimiento</i> / /
Guardian's Information <i>Informacion del Tutor</i>			
LAST NAME <i>Apellido</i>	FIRST NAME <i>Nombre</i>	RELATIONSHIP TO BENEFICIARY <i>Parentesco a el Beneficiario</i>	
GUARDIAN'S STREET ADDRESS <i>Domicilio</i>	CITY <i>Ciudad</i>	STATE <i>Estado</i>	ZIP CODE <i>Zona Postal</i> TELEPHONE NUMBER <i>Numero del Telefono</i>

**2**

LAST NAME OF BENEFICIARY <i>Apellido del Beneficiario</i>	FIRST NAME OF BENEFICIARY <i>Nombre del Beneficiario</i>	Social Security Number <i>Numero de Seguro Social</i>	<input type="checkbox"/> Primary <i>primario</i> <input type="checkbox"/> Secondary <i>Secundario</i>
STREET ADDRESS OF PRIMARY BENEFICIARY <i>Domicilio/ del Beneficiario Primario</i>		CITY <i>Ciudad</i>	STATE <i>Estado</i> ZIP CODE <i>Zona Postal</i>
This person <i>Esta persona</i> <input type="checkbox"/> is es <input type="checkbox"/> is not no es my spouse. <i>mi cónyuge.</i>		RELATIONSHIP <i>Parentesco</i>	
<input type="checkbox"/> This person is a minor. <i>Esta persona es un menor.</i>		SEX <i>Sexo</i> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	DATE OF BIRTH <i>Fecha de Nacimiento</i> / /
Guardian's Information <i>Informacion del Tutor</i>			
LAST NAME <i>Apellido</i>	FIRST NAME <i>Nombre</i>	RELATIONSHIP TO BENEFICIARY <i>Parentesco a el Beneficiario</i>	
GUARDIAN'S STREET ADDRESS <i>Domicilio</i>	CITY <i>Ciudad</i>	STATE <i>Estado</i>	ZIP CODE <i>Zona Postal</i> TELEPHONE NUMBER <i>Numero del Telefono</i>

**3**

LAST NAME OF BENEFICIARY <i>Apellido del Beneficiario</i>	FIRST NAME OF BENEFICIARY <i>Nombre del Beneficiario</i>	Social Security Number <i>Numero de Seguro Social</i>	<input type="checkbox"/> Primary <i>primario</i> <input type="checkbox"/> Secondary <i>Secundario</i>
STREET ADDRESS OF PRIMARY BENEFICIARY <i>Domicilio/ del Beneficiario Primario</i>		CITY <i>Ciudad</i>	STATE <i>Estado</i> ZIP CODE <i>Zona Postal</i>
This person <i>Esta persona</i> <input type="checkbox"/> is es <input type="checkbox"/> is not no es my spouse. <i>mi cónyuge.</i>		RELATIONSHIP <i>Parentesco</i>	
<input type="checkbox"/> This person is a minor. <i>Esta persona es un menor.</i>		SEX <i>Sexo</i> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	DATE OF BIRTH <i>Fecha de Nacimiento</i> / /
Guardian's Information <i>Informacion del Tutor</i>			
LAST NAME <i>Apellido</i>	FIRST NAME <i>Nombre</i>	RELATIONSHIP TO BENEFICIARY <i>Parentesco a el Beneficiario</i>	
GUARDIAN'S STREET ADDRESS <i>Domicilio</i>	CITY <i>Ciudad</i>	STATE <i>Estado</i>	ZIP CODE <i>Zona Postal</i> TELEPHONE NUMBER <i>Numero del Telefono</i>

**X**

MEMBER'S SIGNATURE *Firma del Miembro*

DATE *Fecha*

IF YOU DO NOT SIGN AND DATE THIS FORM AND SEND THE RELATED DOCUMENTS, THE FORM WILL BE RETURNED AND THE INFORMATION WILL NOT BE PROCESSED.  
 SI NO FIRMA Y NO FECHAS ESTA FORMULARIO Y LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS, LE SERA DEVUELTO Y SU INFORMACION NO VA SER PROCESADO.

(SEE OTHER SIDE FOR INSTRUCTIONS – VEA AL DORSO PARA INSTRUCCIONES)