



# CHANGE FORM

Please print. Complete this form with all necessary information to ensure your changes are made in a timely manner.

This change is for:  Dental HMO  Indemnity/PPO  Vision

Group Number:		Group Name:		Effective Date:	<b>Type of Change:</b>	
Employee Name:		Previous Name (if this is a name change):			<input type="checkbox"/> Name	<input type="checkbox"/> Terminate all Dental coverage
Family ID/SSN#:		New Address:		Previous Address (if this is an address change):		<input type="checkbox"/> Terminate all Vision coverage
New Home Telephone Number:		New City, State, Zip:		Previous City, State, Zip:		<input type="checkbox"/> Address and/or Phone
						<input type="checkbox"/> Reinstatement COBRA
						<input type="checkbox"/> Dental Office
						<input type="checkbox"/> Dependent changes
<b>Required if changing dental offices</b>		Dental office – 1 <sup>st</sup> Choice (Dental HMO only)			Dental office – 2 <sup>nd</sup> Choice (Dental HMO only)	

**Dependent(s) information** (Changes for dependents only):

**Required if changing dental offices**

Add	Term	D	V	Last Name	First Name	Date of Birth	Relationship	Dental office – 1 <sup>st</sup> Choice (Dental HMO only)	Dental office – 2 <sup>nd</sup> Choice (Dental HMO only)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

form002/2-07

\*Sometimes the first dental office selection may be unavailable. If that occurs, we will process the second choice.

Employee signature: \_\_\_\_\_ Date signed: \_\_\_\_\_

FAX to: SafeGuard Group Billing & Eligibility at **949.360.3695**

SafeGuard® is a registered trademark of SafeGuard Health Enterprises, Inc.



# FORMULARIO DE CAMBIO

Por favor escriba con letra de molde. Complete este formulario con toda la información necesaria para asegurar que sus cambios se implementen de manera oportuna.

Este cambio es del:  Plan dental HMO  Plan Indemnity/PPO  Plan de cuidado de la vista

Número del grupo:	Nombre del grupo:	Fecha de vigencia:	<b>Tipo de cambio:</b> <input type="checkbox"/> Nombre <input type="checkbox"/> Dirección y/o teléfono <input type="checkbox"/> Consultorio dental	<input type="checkbox"/> Terminación de toda la cobertura dental <input type="checkbox"/> Terminación de toda la cobertura de atención de la vista <input type="checkbox"/> Restitución de COBRA <input type="checkbox"/> Cambios relacionados con los dependientes
Nombre del empleado:	Nombre anterior (si es un cambio de nombre):			
N.º de ID/SS de la familia:	Nueva dirección:	Dirección anterior (si es un cambio de dirección):		
Nuevo número telefónico del hogar:	Nueva ciudad, estado, código postal:	Ciudad, estado, código postal anteriores:		
Se requiere cuando se cambia de consultorio dental	Consultorio dental, primera opción (sólo plan dental HMO)		Consultorio dental, segunda opción (sólo plan dental HMO)	

**Información sobre el(los) dependiente(s)** (Sólo cambios de los dependientes):

**Se requiere cuando se cambia de consultorio dental**

Añadir	Terminar	D	V	Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Relación	Consultorio dental, primera opción (sólo plan dental HMO)	Consultorio dental, segunda opción (sólo plan dental HMO)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

documento 002/2-07

\*Algunas veces es posible que el consultorio dental que se elige primero no esté disponible. Si esto ocurre, procesaremos la segunda opción.

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

Enviar por FAX a: SafeGuard Group Billing & Eligibility al **949.360.3695**