



CHANGE REQUEST FORM

Notice to Employees: This form is to be used only to update or change the record of existing beneficiaries. If you have never enrolled in the **SIMNSA** Program, please contact your Employee Office for assistance. Any additional questions pertaining to the completion of this form may be directed to our Business Office at (619) 407-4082

GENERAL INFORMATION: (Please print all information)

Last Name

First Name

Social Security Number: _____ Employee Name: _____

Address _____

Daytime Phone: _____ Date of Birth _____ Name of Employer _____ Group/Policy Number _____

NEW INFORMATION:

☐ Name Change From: _____

The following section should be completed if you are:

- 1) Removing the employee and entire family from SIMNSA (Employee or employer generated request)
- 2) Adding a spouse, domestic partner, or dependents to SIMNSA (Please attach a Marriage Certificated or Domestic Partnership

Registration to this change request form)

- 3) Removing a spouse, domestic partner, or dependent (S) from SIMNSA
- 4) Adding your unmarried partner ("domestic partner") (Pleas attach SIMNSA affidavit)
- 5) Remove your unmarried partner ("domestic partner")

Add or Remove Souse or Dependent(s) / Removal of Entire Family Record

	Add	Delete	Last Name	First Name	Birth Date mm/dd/yy	Sex M/F	*Reason for Change or Deletion	Effective date of Addition/Deletion	[Required Field] Social Security	N/A
Emp.	N/A	☐	_____	_____	____/____/____	_____	_____	_____	_____	☐
Spouse	☐	☐	_____	_____	____/____/____	_____	_____	_____	_____	☐
Dep.	☐	☐	_____	_____	____/____/____	_____	_____	_____	_____	☐
Dep.	☐	☐	_____	_____	____/____/____	_____	_____	_____	_____	☐
Dep.	☐	☐	_____	_____	____/____/____	_____	_____	_____	_____	☐
Dep.	☐	☐	_____	_____	____/____/____	_____	_____	_____	_____	☐
Dep.	☐	☐	_____	_____	____/____/____	_____	_____	_____	_____	☐
Dep.	☐	☐	_____	_____	____/____/____	_____	_____	_____	_____	☐
Dep.	☐	☐	_____	_____	____/____/____	_____	_____	_____	_____	☐

Comments: _____

*SIMNSA will only allow a retroactive deletion and/or retroactive addition within the past 60 days

Employee Signature: _____ Date: _____



Noticia para Empleados: Esta forma es para hacer cambios en información de beneficiarios del Plan de SIMNSA. Si usted no está inscrito en SIMNSA favor de comunicarse con su empleador para asistencia. Cualquier pregunta relacionada con esta forma puede llamar directamente a SIMNSA (619) 407-4082

INFORMACION GENERAL: (Por favor use letra de molde)

Apellido Paterno

Nombre

Numero de seguro social: _____ Nombre de empleado: _____

Domicilio: _____

Teléfono de día: _____ Fecha de Nacimiento _____ Numero de póliza/grupo _____

INFORMACION NUEVA:

☐ Cambio de nombre: _____

Esta seccion deberá ser completada si usted va a:

1) Cancelar al empleado y familia completamente de SIMNSA (requisición generada por empleado o empleador)

2) Agregar a esposo(a), pareja domestica, o dependiente(s) a SIMNSA (favor incluir copia de certificado de matrimonio o

registro de pareja domestica)

3) Eliminar a esposo o esposa, pareja domestica o dependiente de Simnsa

4) Agregar a su pareja ("unión libre") (favor de llenar una forma de constancia de unión libre de Simnsa)

5) Cancelar a su pareja ("unión libre")

Agregar o Cancelar Eposo(a) o Dependiente(s)/Cancelacion de familia completa:

Agregar		Cancelar	Apellido	Nombre	Fecha de Nac. día/mes/Año	Sexo M/F	*Razon del Cambio	Fecha efectiva de agregacion o cancelacion	[Área Requerida] Seguro Social
Emp.	N/A	☐			/ /				N/A
Esposa	☐	☐			/ /				☐
Dep.	☐	☐			/ /				☐
Dep.	☐	☐			/ /				☐
Dep.	☐	☐			/ /				☐
Dep.	☐	☐			/ /				☐
Dep.	☐	☐			/ /				☐
Dep.	☐	☐			/ /				☐
Dep.	☐	☐			/ /				☐

Comentarios: _____

*SIMNSA aceptara cancelaciones y/o adiciones retroactivas solamente por 60 días

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____