

1199 SEIU Greater New York Benefit Fund

GNY Fund • Times Square Station
P.O. Box 1008 • New York, NY 10108-1008

THE FUND CAN NOT BE RESPONSIBLE FOR ORIGINAL RECORDS, ONLY SEND PHOTOCOPIES
EL FONDO NO ES RESPONSABLE POR ARCHIVOS ORIGINALES, INCLUYA COPIAS

ENROLLMENT CHANGE FORM

Formulario de Cambio de Matricula

This form is not valid for your initial enrollment in the GNY Benefit Program
Este formulario no es válido para la primera matricula en el Programa de Beneficio de GN

PRINT CLEARLY IN INK – ESCRIBA CON TINTA EN LETRA DE MOLDE

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 copy of other documents, which gives proof of legal name and/or social security number change.

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.

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 person is a minor, provide information regarding the guardian.

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.

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.

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 – MEMBERS 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

LAST NAME Apellido FIRST NAME Nombre Initial Inicial SEX Sexo F M DATE OF BIRTH Fecha de Nacimiento DATE OF MARRIAGE Fecha de Matrimonio SOCIAL SECURITY NUMBER Numero de Seguro Social

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 _____ / ____ / ____ OR _____ / ____ / ____
Date of Divorce/Legal Separation Fecha de Divorcio/Separacion Legal Date of Death Fecha de Defunción

