

Envíe por Planned Administrators, Inc.
 Correo/Fax a: PO Box 6702, Columbia, SC 29260

Teléfono (866) 798-0803
 Fax (803) 264-0772

Asegurado por
 BCS Insurance Company
 En Oakbrook Terrace, IL

Diligencie este formulario ÚNICAMENTE para hacer cambios en su cobertura o terminar la cobertura.

MOTIVO DEL CAMBIO

Dirección Nombre Agregar Dependientes Cobertura Beneficiario Terminar Cobertura

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (debe ser diligenciada)

Cambio de dirección / Nombre

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Sexo H M

Nombre _____ Teléfono Residencia _____ - _____ - _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Empleador _____ Fecha de Contratación ____ / ____ / ____

Agregar/Cambiar Información de los Dependientes

Nombre del Dependiente _____ Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____ Parentesco _____ Género _____

CAMBIOS DEL PLAN MÉDICO DE COMPENSACIÓN FIJA - Seleccione el cambio que desea hacer para cada beneficiario.

Selección Nivel de Cobertura

Usted **DEBE** seleccionar un nivel de cobertura antes de añadir ningún beneficiario. Su nivel de cobertura será idéntica para cada beneficiario.

Sólo Empleado Empleado + Esposa/o
 Empleado + Hijo(s) Empleado + Familia
 Terminar toda cobertura

Médico/Medicamentos Recetados ¹ Pagos Semanales

INSCRIBIRSE \$18.76 Sólo Empleado
 CANCELAR \$31.16 Empleado + Hijo(s)
 NINGÚN CAMBIO \$35.64 Empleado + Esposa/o
 \$47.48 Empleado + Familia

Odontología Pagos Semanales

INSCRIBIRSE \$5.40 Sólo Empleado
 CANCELAR \$14.58 Empleado + Hijo(s)
 NINGÚN CAMBIO \$10.80 Empleado + Esposa/o
 \$20.52 Empleado + Familia

Discapacidad ² Pagos Semanales

INSCRIBIRSE
 CANCELAR \$4.20 Sólo Empleado
 NINGÚN CAMBIO

Visión Pagos Semanales

INSCRIBIRSE \$2.42 Sólo Empleado
 CANCELAR \$6.54 Empleado + Hijo(s)
 NINGÚN CAMBIO \$4.84 Empleado + Esposa/o
 \$9.20 Empleado + Familia

Vida a Plazo Fijo Pagos Semanales

INSCRIBIRSE \$0.60 Sólo Empleado
 CANCELAR \$0.90 Empleado + Hijo(s)
 NINGÚN CAMBIO \$0.90 Empleado + Esposa/o
 \$1.80 Empleado + Familia

¹ Esta cobertura no está disponible para los residentes de NH, HI, or PR. ² Discapacidad no está disponible para personas que trabajan en CA, HI, NJ, NY, or RI.

Agregar/Cambiar Beneficiario de Vida/Pérdida de la vida, de un miembro o de la vida por accidente

Primario _____ Parentesco _____

Secundario _____ Parentesco _____

CAMBIOS DEL PLAN MEC WELLNESS/PREVENTIVE - Seleccione el cambio que desea hacer. 82935900-M-AAL

MEC Wellness/Preventive

Pagos Mensuales

\$60.00 Sólo Empleado \$87.00 Employee + Esposa/o Ningún cambio
 \$79.80 Empleado + Hijo(s) \$105.90 Employee + Familia Terminar MEC Wellness/Preventive

Por medio de este documento autorizo a mi empleador a deducir de mi pago las contribuciones requeridas para cubrir las primas del Plan médico de compensación fija y los beneficios secundarios. Comprendo que las deducciones podrían seguir siendo las mismas que eran para mis opciones previas hasta que este formulario sea recibido y procesado por PAI. Las deducciones no se reembolsan. Si se trata de la elección de beneficios del plan MEC, por medio de este documento autorizo a mi empleador a enviar una solicitud de registro a PAI. Entiendo que el cambio se hará efectivo el primer día del mes siguiente a la fecha de la solicitud. Si se trata de la cancelación, comprendo que me ofrecieron la oportunidad de obtener cobertura bajo los planes de Essential StaffCARE y que decidí NO aprovechar esta oportunidad.

Firma

Fecha