

Enviar por
correo/fax a: Planned Administrators, Inc.
PO Box 6702
Columbia, SC 29260

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

Con el aval de
BCS Insurance Company
Oakbrook Terrace, IL

Llene este formulario SÓLO si va a hacer cambios a la cobertura o a cancelarla.

A. RAZÓN DEL CAMBIO

Cambio de dirección Cambio de nombre Agregar dependiente(s) Cambio de cobertura Cancelar la cobertura

B. INFORMACIÓN REQUERIDA DEL EMPLEADO

CONTESTAR TODO

Cambio de dirección/nombre

Nombre	# de Seguro Social	Teléfono		Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
Dirección	Ciudad	Estado	Código Zip	Apt. #
Empleador	Fecha de contratación / /		Fecha de nacimiento / /	

Agregar/cambiar información de dependientes

Nombre	# de Seguro Social	Nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Relación
			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	

C. CAMBIOS AL PLAN DE COMPENSACIÓN FIJA - Elija el cambio que quiere en cada beneficio

Pagos semanales

Usted **DEBE** seleccionar un nivel de cobertura antes de añadir ningún beneficio de la Sección C. Su nivel de cobertura será idéntica para cada beneficio de la Sección C.

SELECCIONE NIVEL DE COBERTURA	PLAN MÉDICO ¹	PLAN DENTAL	PLAN DE LA VISTA	SEGURO DE VIDA	DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO ²
Solo empleado <input type="checkbox"/>	\$18.76	\$5.40	\$2.42	\$0.60	\$4.20
Empleado + Hijo(s) <input type="checkbox"/>	\$31.16	\$14.58	\$6.54	\$0.90	
Empleado + Esposa/o <input type="checkbox"/>	\$35.64	\$10.80	\$4.84	\$0.90	
Empleado + Familia <input type="checkbox"/>	\$47.48	\$20.52	\$9.20	\$1.80	
Terminar toda cobertura <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrarse	<input type="checkbox"/> Registrarse	<input type="checkbox"/> Registrarse	<input type="checkbox"/> Registrarse	<input type="checkbox"/> Registrarse
Sin cambio <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cancelar	<input type="checkbox"/> Cancelar	<input type="checkbox"/> Cancelar	<input type="checkbox"/> Cancelar	<input type="checkbox"/> Cancelar
	<input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Sin cambio

¹ Cobertura no disponible a residentes de NH, HI o PR. ² Beneficios de discapacidad a corto plazo no disponibles a trabajadores de CA, HI, NJ, NY o RI.

Agregar/cambiar al beneficiario del seguro de vida y del seguro por pérdida de la vida, de un miembro o de la vista por accidente

Primario	Relación
Secundario	Relación

D. CAMBIOS AL PLAN MEC - Seleccione el cambio que quiere hacer

82935900-M-AAO Pagos mensuales

MEC Wellness/Preventive Cancelar el Plan MEC Sin cambio

\$62.00 Solo empleado \$66.50 Empleado + Hijo(s) \$68.14 Empleado + Esposa/o \$72.44 Empleado + Familia

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 (Fixed Indemnity Plan) 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.

FECHA ___/___/___

► FIRMA