

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	Género <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 / /	Género <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

DEBE registrarse en el **Plan de seguro médico de compensación fija** (Fixed Indemnity Medical) antes de agregar más beneficios en la Sección C. El nivel de cobertura de sus beneficios adicionales de la Sección C será idéntico a su selección del plan médico de compensación fija.

	PLAN MÉDICO DE COMPENSACIÓN FIJA ¹	PLAN DENTAL	SEGURO DE VIDA	DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO ²
Solo empleado	<input type="checkbox"/> \$15.98	\$5.40	\$0.60	\$4.20
Empleado + Hijo(s)	<input type="checkbox"/> \$26.54	\$14.58	\$0.90	
Empleado + Esposa/o	<input type="checkbox"/> \$30.36	\$10.80	\$0.90	
Empleado + Familia	<input type="checkbox"/> \$40.44	\$20.52	\$1.80	
	<input type="checkbox"/> Cancelar el plan <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Registrarse <input type="checkbox"/> Cancelar <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Registrarse <input type="checkbox"/> Cancelar <input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Registrarse <input type="checkbox"/> Cancelar <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 Beneficiario de Vida/Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D)

Primario	Relación
Secundario	Relación

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

82914400-M-PME Pagos mensuales

MEC Wellness/Preventive Cancelar el Plan MEC Sin cambio
 \$58.19 Solo empleado \$65.79 Empleado + Hijo(s) \$71.00 Empleado + Esposa/o \$80.87 Empleado + Familia

Por medio del presente autorizo a mi empleador a deducir los aportes de las primas requeridas de mis ingresos por nómina. Si estoy cancelando mi cobertura, entiendo que se me ha ofrecido la oportunidad de obtener cobertura bajo el plan Essential StaffCARE, y yo he elegido NO aprovechar esta oferta. Entiendo que las deducciones pueden continuar bajo mis antiguas selecciones hasta cuando este formulario sea recibido y procesado por PAI. Las deducciones no serán devueltas, sin embargo, la cobertura continuará mientras usted tenga una deducción de cheque de pago..

FECHA ___ / ___ / ___

► FIRMA