

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

**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 <sup>1</sup>	PLAN DENTAL	PLAN DE LA VISTA	SEGURO DE VIDA	DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO <sup>2</sup>
Solo empleado	<input type="checkbox"/> \$19.98	\$5.40	\$2.42	\$0.60	\$4.20
Empleado + Hijo(s)	<input type="checkbox"/> \$33.17	\$14.58	\$6.54	\$0.90	
Empleado + Esposa/o	<input type="checkbox"/> \$37.96	\$10.80	\$4.84	\$0.90	
Empleado + Familia	<input type="checkbox"/> \$50.55	\$20.52	\$9.20	\$1.80	
	<input type="checkbox"/> Cancelar el plan	<input type="checkbox"/> Registrarse	<input type="checkbox"/> Registrarse	<input type="checkbox"/> Registrarse	<input type="checkbox"/> Registrarse
	<input type="checkbox"/> Sin cambio	<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

<sup>1</sup> Cobertura no disponible a residentes de NH, HI o PR. <sup>2</sup> 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

#### 82673000-M-JMM Pagos mensuales

MEC Wellness/Preventive  Cancelar el Plan MEC  Sin cambio

\$60.00 Solo empleado  \$79.80 Empleado + Hijo(s)  \$87.00 Empleado + Esposa/o  \$105.90 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