

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 <sup>1</sup>	PLAN DENTAL	PLAN DE LA VISTA	SEGURO DE VIDA	DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO <sup>2</sup>
Solo empleado <input type="checkbox"/>	<b>\$22.76</b>	<b>\$5.40</b>	<b>\$2.42</b>	<b>\$0.60</b>	<b>\$4.20</b>
Empleado + Hijo(s) <input type="checkbox"/>	<b>\$37.78</b>	<b>\$14.58</b>	<b>\$6.54</b>	<b>\$0.90</b>	
Empleado + Esposa/o <input type="checkbox"/>	<b>\$43.24</b>	<b>\$10.80</b>	<b>\$4.84</b>	<b>\$0.90</b>	
Empleado + Familia <input type="checkbox"/>	<b>\$57.58</b>	<b>\$20.52</b>	<b>\$9.20</b>	<b>\$1.80</b>	
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

<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

#### 82941200-M-AFU 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

Entiendo que la cobertura puede continuar durante mis elecciones anteriores hasta que este formulario sea recibido y procesado por PAI. Si elije beneficios para el plan de MEC, por la presente autorizo a mi empleador a enviar una solicitud de inscripción a PAI. Entiendo que un cambio en las elecciones será efectivo el día 1 del mes siguiente al borrador de su tarjeta de crédito. Si cancela, su cobertura terminará el último día del mes para el cual se haya realizado un pago. Entiendo que se me ha ofrecido la oportunidad de cubrirme con los planes de Essential StaffCARE, y he decidido NO aprovechar esta oferta.

FECHA \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

► FIRMA