

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

#### PLAN MÉDICO DE COMPENSACIÓN FIJA <sup>1</sup>

Solo empleado  \$20.91

Empleado + Hijo(s)  \$34.71

Empleado + Esposa/o  \$39.73

Empleado + Familia  \$52.90

Cancelar el plan

Sin cambio

Las primas se deducirán automáticamente de su cheque de pago. Para los ciclos de nómina semanales, la cantidad se muestra arriba, mientras que para otros ciclos de nómina, la cantidad real deducida se calculará en función de la cantidad semanal anterior.

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

Agregar/cambiar al beneficiario 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

82913900-M-DDI

#### Pagos mensuales

MEC Wellness/Preventive <sup>1</sup>  Cancelar el Plan MEC  Sin cambio

\$58.19 Solo empleado  \$65.79 Empleado + Hijo(s)  \$71.00 Empleado + Esposa/o  \$80.87 Empleado + Familia

<sup>1</sup> Esta cobertura no está disponible para los residentes de HI o PR.

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 el no hacer ninguna selección en las Secciones C y D de un beneficio, significa que no quiero hacer cambios a tal beneficio.**

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

► FIRMA