

Enviar por
correo/fax a:Planned Administrators, Inc.
PO Box 6702
Columbia, SC 29260Teléfono (866) 798-0803
Fax (803) 264-0772Con 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	☐ H ☐ 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	Relación
		/ /	☐ H ☐ M	
			☐ H ☐ M	
			☐ H ☐ M	

C. CAMBIOS AL PLAN DE COMPENSACIÓN FIJA - Elija el cambio que quiere en cada beneficio**Pagos semanales****PLAN MÉDICO DE COMPENSACIÓN FIJA ¹**

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.

¹ 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

Pagos mensuales**MEC Wellness/Preventive ¹** ☐ Cancelar el Plan MEC ☐ Sin cambio☐ \$58.19 Solo empleado ☐ \$65.79 Empleado + Hijo(s) ☐ \$71.00 Empleado + Esposa/o ☐ \$80.87 Empleado + Familia

¹ 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