

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 ¹ | PLAN DENTAL | PLAN DE LA VISTA | SEGURO DE VIDA | DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO ² |
|---------------------|--|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| 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 |

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 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

82895000-M-CCS 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