

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	

### C. CAMBIOS AL PLAN DE COMPENSACIÓN FIJA - Elija el cambio que quiere en cada beneficio

#### Pagos deducidos del cheque

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>		
	semanal	bisemanal	dos veces por mes	semanal	bisemanal	dos veces por mes	semanal	bisemanal	dos veces por mes	semanal	bisemanal	dos veces por mes	semanal	bisemanal	dos veces por mes
Solo empleado <input type="checkbox"/>	\$19.96	\$39.92	\$43.25	\$6.17	\$12.34	\$13.37	\$1.67	\$3.33	\$3.61	\$0.60	\$1.20	\$1.30	\$4.20	\$8.40	\$9.10
Empleado + 1 <input type="checkbox"/>	\$40.51	\$81.02	\$87.77	\$12.34	\$24.68	\$26.74	\$3.33	\$6.66	\$7.22	\$0.90	\$1.80	\$1.95	-	-	-
Empleado + Familia <input type="checkbox"/>	\$54.09	\$108.18	\$117.20	\$20.36	\$40.72	\$44.11	\$5.28	\$10.57	\$11.45	\$1.80	\$3.60	\$3.90	-	-	-
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> STD no está disponible para personas que residen en CA, HI, NJ, NY, or RI.

### Agregar/Cambiar Beneficiario de Vida/Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D)

Primario	Relación
Secundario	Relación

### D. REQUIRED SIGNATURE

Por medio del presente autorizo a mi empleador a deducir los aportes de las primas requeridas de mis ingresos por nómina. Entiendo que las deducciones pueden continuar bajo mis antiguas selecciones hasta cuando este formulario sea recibido y procesado por PAI. Las deducciones no serán devueltas. **Entiendo que el no hacer ninguna selección en la Sección C de un beneficio, significa que no quiero hacer cambios a tal beneficio.**

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

► FIRMA