

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	<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 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 ¹	PLAN DENTAL ¹	PLAN DE LA VISTA ¹	SEGURO DE VIDA ¹	DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO ^{1,2}
Solo empleado <input type="checkbox"/>	\$19.96	\$6.17	\$1.67	\$0.60	\$4.20
Empleado + 1 <input type="checkbox"/>	\$40.51	\$12.34	\$3.33	\$0.90	-
Empleado + Familia <input type="checkbox"/>	\$54.09	\$20.36	\$5.28	\$1.80	-
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

Se descontarán las primas cada vez que se haga una deducción a su cheque de pago. Arriba se muestra la cantidad para las nóminas semanales; para otros ciclos de pago (cada 2 semanas, dos veces al mes, o mensuales) la cantidad que se deduzca se prorrateará basándose en las cantidades mensuales que se indican arriba. Por ejemplo: Cada dos semanas - el pago semanal se multiplicará por 52 y se dividirá entre 26; dos veces al mes - el pago semanal se multiplicará por 52 y se dividirá entre 24.

¹ Cobertura no disponible a residentes de NH, HI o PR. ² STD no está disponible para personas que residen en CA, HI, NH, 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