

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 DE COMPENSACIÓN FIJA <sup>1</sup>	PLAN DENTAL	PLAN DE LA VISTA	SEGURO DE VIDA	DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO <sup>2</sup>	ENFERMEDADES CRÍTICAS
Solo empleado <input type="checkbox"/>	<b>\$15.98</b>	<b>\$5.40</b>	<b>\$2.42</b>	<b>\$0.60</b>	<b>\$4.20</b>	<b>\$2.71</b>
Empleado + Hijo(s) <input type="checkbox"/>	<b>\$26.54</b>	<b>\$14.58</b>	<b>\$6.54</b>	<b>\$0.90</b>		<b>\$2.75</b>
Empleado + Esposa/o <input type="checkbox"/>	<b>\$30.36</b>	<b>\$10.80</b>	<b>\$4.84</b>	<b>\$0.90</b>		<b>\$4.99</b>
Empleado + Familia <input type="checkbox"/>	<b>\$40.44</b>	<b>\$20.52</b>	<b>\$9.20</b>	<b>\$1.80</b>		<b>\$5.04</b>
<b>NO a TODOS los beneficios</b> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<sup>1</sup> Cobertura no disponible a residentes de **NH, HI** o **PR**. <sup>2</sup> 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****82995600-M-BHL Pagos semanales**

**MEC Wellness/Preventive**  Cancelar el Plan MEC  Sin cambio  
 **\$13.42** Solo empleado  **\$15.18** Empleado + Hijo(s)  **\$16.38** Empleado + Esposa/o  **\$18.66** 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, sin embargo, la cobertura continuará mientras usted tenga una deducción de cheque de pago. 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 no hacer ninguna selección en las Secciones C y D de un beneficio, significa que no quiero hacer cambios a tal beneficio.**

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

▶ FIRMA