

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<br>/ / |          | Fecha de nacimiento<br>/ /                                   |        |

### Agregar/cambiar información de dependientes

| Nombre | # de Seguro Social | Nacimiento<br>/ / | Género<br><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 dos veces por mes

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 <sup>1</sup>                                   | PLAN DE LA VISTA <sup>1</sup>                              | SEGURO DE VIDA <sup>1</sup>                                | DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO <sup>1, 2</sup>                 | ENFERMEDADES CRÍTICAS <sup>1</sup>                         |
|---|--|----------|--|--|--|--|--|
|   | Plan 1   | Plan 2   |  |  |  |  |  |
| Solo empleado <input type="checkbox"/>                    | \$34.62  | \$43.29  | \$11.70  | \$5.24   | \$1.30   | \$9.10   | \$5.87   |
| Empleado + Hijo(s) <input type="checkbox"/>               | \$57.50  | \$71.86  | \$31.59  | \$14.17  | \$1.95   |  | \$5.96   |
| Empleado + Esposa/o <input type="checkbox"/>              | \$65.78  | \$82.25  | \$23.40  | \$10.49  | \$1.95   |  | \$10.81  |
| Empleado + Familia <input type="checkbox"/>               | \$87.62  | \$109.52 | \$44.46  | \$19.93  | \$3.90   |  | \$10.92  |
| <b>NO a TODOS los beneficios</b> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Plan 1 <input type="checkbox"/> Plan 2<br><input type="checkbox"/> No |          | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí<br><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 residen en CA, HI, NH, 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

#### 82994001-M-BGV-1 Pagos dos veces por mes

MEC Wellness/Preventive  Cancelar el Plan MEC  Sin cambio

\$29.10 Solo empleado  \$32.90 Empleado + Hijo(s)  \$35.51 Empleado + Esposa/o  \$40.44 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