

Envíe por Planned Administrators, Inc Teléfono (866) 798-0803 Asegurado por  
 Correo / Fax a: PO Box 6702, Columbia, SC 29260 Fax (803) 264-0772 Companion Life Insurance Company  
 En Columbia, SC

Diligencie este formulario ÚNICAMENTE para hacer cambios en su cobertura o terminar la cobertura.

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (debe ser diligenciada) cambio de dirección / nombre**

➤ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo  M  F

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono Residencia \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Fecha de Contratación \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Agregar / Cambiar Información de los Dependientes**

Nombre del Dependiente	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Género
_____	_____	____ / ____ / ____	_____	_____
_____	_____	____ / ____ / ____	_____	_____
_____	_____	____ / ____ / ____	_____	_____

**MOTIVO DEL CAMBIO**

Cambio de Dirección  Cambio de Nombre  Agregar Dependiente(s)  Cambio de Cobertura  Terminar Cobertura

Motivo de la Terminación (seleccione solamente uno)

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> T1- Terminación del Empleo                          | <input type="checkbox"/> T4- Deceso                         | <input type="checkbox"/> T7- Licencia No FMLA            | <input type="checkbox"/> TU- Desconocido                   |
| <input type="checkbox"/> T2- Terminación por Jubilación                      | <input type="checkbox"/> T5- Pérdida Estatus de Dependiente | <input type="checkbox"/> T8- Divorcio / Separación Legal | <input type="checkbox"/> TV- Terminación Voluntaria        |
| <input type="checkbox"/> T3- Terminación por Derecho del Empleado a Medicare | <input type="checkbox"/> T6- Reducción de Horas             | <input type="checkbox"/> T9- USERRA / Militar            | <input type="checkbox"/> TS- Terminación con Indemnización |

**CAMBIOS DE PLAN**

El Plan MEC Wellness/Preventive Pagos mensual

- \$ 64.09 Sólo Empleado
- \$ 98.18 Empleado + 1
- \$186.73 Empleado + Familia
- Ningún cambio
- Terminar el programa MEC Wellness/Preventive

Si se trata de la elección de beneficios, por este medio autorizo a mi empleador a enviar una solicitud a PAI para que me registre en la cobertura. Si se trata de la cancelación, comprendo que me ofrecieron la oportunidad de obtener cobertura bajo el plan de Essential StaffCARE y que decidí NO aprovechar esta oportunidad. Entiendo que el cambio se hará efectivo el primer día del mes siguiente a la fecha de la solicitud.

➤ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_