

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 _____