

Mail / Fax to: Planned Administrators, Inc.
 PO Box 6702
 Columbia, SC 29260

Telephone (866) 798-0803
 Fax (803) 264-0772

Fill out this form ONLY if you are making changes in your coverage or terminating coverage.

A. REASON FOR THE CHANGE

Address Change Name Change Add Dependent(s) Coverage Change Terminate Coverage

B. REQUIRED EMPLOYEE INFORMATION

MUST BE FILLED OUT

Address/Name Change

Name	Social Security #	Home Phone	Sex	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Address	City	State	ZIP	Apt. #
Employer		Hire Date	Date of Birth	
		/ /	/ /	

Add/Change Dependent Information

Name	Social Security #	Date of Birth	Gender	Relationship
		/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

C. MEC PLAN CHANGES - Select the change you wish to make.

Monthly Rates

MEC Wellness/Preventive

- \$62.00 Employee Only
- \$66.50 Employee + Child(ren)
- \$68.14 Employee + Spouse
- \$72.44 Employee + Family
- Terminate MEC Plan
- No Change

I hereby authorize my employer to deduct the required premium contributions from my payroll earnings. If cancelling coverage, I understand that I have been offered an opportunity to become covered under the Essential StaffCARE plan, and I have chosen NOT to take advantage of this offer. I understand that deductions may continue under my old elections until this form is received and processed by PAI. Deductions will not be refunded.

DATE ___/___/_____

▶ SIGNATURE

Envíe por Planned Administrators, Inc.
 Correo / Fax a: PO Box 6702
 Columbia, SC 29260

Teléfono (866) 798-0803
 Fax (803) 264-0772

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

A. MOTIVO DEL CAMBIO

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

B. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

DEBE SER DILIGENCIADA

cambio de dirección / nombre

Nombre	Número de Seguro Social	Teléfono Residencia	Sexo	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
Dirección	Cuidad	Estado	Código Postal	Apt. #
Empleador	Fecha de Contratación	Fecha de Nacimiento		
	/ /	/ /		

Agregar / Cambiar Información de los Dependientes

Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Sexo	Parentesco
			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	

C. CAMBIOS DE PLAN DE MEC - Seleccione el cambio que desea hacer.

Pagos mensual

El Plan MEC Wellness/Preventive

- \$62.00 Sólo Empleado
- \$66.50 Empleado + Hijo(s)
- \$68.14 Empleado + Esposo/a
- \$72.44 Empleado + Familia
- Terminar el programa MEC Wellness/Preventive
- Ningún cambio

Por medio del presente autorizo a mi empleador a deducir los aportes de las primas requeridas de mis ingresos por nómina. Si estoy cancelando mi cobertura, entiendo que se me ha ofrecido la oportunidad de obtener cobertura bajo el plan Essential StaffCARE, y yo he elegido NO aprovechar esta oferta. 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.

Fecha ___/___/_____

► FIRMA