

**Essential StaffCARE CHANGE FORM**

219301-EMP

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

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

Underwritten by  
BCS Insurance Company and  
BCS Life Insurance Company,  
Oakbrook Terrace, IL

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

**REASON FOR THE CHANGE**

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

**Reason for Termination (only select one)**

T1- Termination of Employment    T4- Deceased    T7- Non FMLA Leave of Absence    TU- Unknown  
 T2- Termination due to Retirement    T5- Loss of Dependent Status    T8- Divorce/Legal Separation    TV- Voluntary Termination  
 T3- Termination due to Employee's Medicare Entitlement    T6- Reduction of Hours    T9- USERRA/Military    TS- Termination with Severance

**EMPLOYEE INFORMATION (must be filled out)**

**Address / Name Change**

➤ Social Security Number    -     Date of Birth   /   /    Sex  M  F

Name \_\_\_\_\_ Home Phone    -

Street Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Employer \_\_\_\_\_ Hire Date   /   /

**Add/Change Dependent Information**

Dependent Name	Social Security Number	Date of Birth	Relationship	Gender

**PLAN CHANGES - Select a plan to change to. Leave blank for no change.**

Employee Only    Employee Plus 1    Employee Plus Family

Medical/Rx   You MUST enroll in the Medical Insurance Plan before adding Term Life or Short-Term Disability.

ENROLL   **\$20.91 /week for Employee Only**  
 CANCEL MEDICAL, TERM LIFE and STD   **\$42.44 /week for Employee Plus One**  
**\$56.67 /week for Employee Plus Family**

**Dental**

ENROLL   **\$5.99 /week for Employee Only**  
 CANCEL   **\$11.98 /week for Employee Plus One**  
**\$19.77 /week for Employee Plus Family**

**Term Life**

ENROLL   **\$0.60 /week for Employee Only**  
 CANCEL   **\$0.90 /week for Employee Plus One**  
**\$1.80 /week for Employee Plus Family**

**Short-Term Disability (STD)**

ENROLL   **\$4.20 /week for Employee Only**  
 CANCEL

**Add/Change Life/AD&D Beneficiary**

Primary \_\_\_\_\_   Secondary \_\_\_\_\_  
 Relationship \_\_\_\_\_   Relationship \_\_\_\_\_

I hereby authorize my employer to deduct the required premium contributions from my payroll earnings. If canceling 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.

➤ Signature \_\_\_\_\_   Date \_\_\_\_\_

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

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

Asegurado por  
 BCS Insurance Company y  
 BCS Life Insurance Company  
 En Oakbrook Terrace, IL

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

**MOTIVO DEL CAMBIO**

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

Motivo de la Terminación (seleccione solamente uno)

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

**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
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**CAMBIOS DE PLAN – elija un plan al cual quiera cambiarse, deje en blanco si no va a hacer cambios**

Empleado Únicamente  Empleado + 1  Empleado Más Familia

Médico / Medicamentos Recetados Usted DEBE inscribirse en el Plan de Seguro Médico antes de agregar Seguro de Vida a Plazo Fijo o STD.

INSCRIBIRSE \$20.91 /semana por el Empleado Únicamente  
 CANCELAR MEDICO, VIDA A PLAZO FIJO, Y STD \$42.44 /semana por el Empleado Más Uno(a)  
 \$56.67 /semana por el Empleado Más Familia

**Odontología**

INSCRIBIRSE \$5.99 /semana por el Empleado Únicamente  
 CANCELAR \$11.98 /semana por el Empleado Más Uno(a)  
 \$19.77 /semana por el Empleado Más Familia

**Vida a Plazo Fijo**

INSCRIBIRSE \$0.60 /semana por el Empleado Únicamente  
 CANCELAR \$0.90 /semana por el Empleado Más Uno(a)  
 \$1.80 /semana por el Empleado Más Familia

**Discapacidad (STD)**

INSCRIBIRSE \$4.20 /semana por el Empleado Únicamente  
 CANCELAR

**Agregar / Cambiar Beneficiario de Vida / Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D)**

Primario \_\_\_\_\_ Secundario \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

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 StaffCARE Esencial, 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.

➤ Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_