

Terminación/pérdida involuntaria de la cobertura

Envíe por correo o por fax este formulario a:
PAI, P.O. Box 6702, Columbia, SC 29260-6702
Fax (803) 870-8060

Al terminar todos los beneficios:

El representante de la compañía debe:

- Completar las Secciones 1, 2, 3 y firmar y poner la fecha en la Sección 4.
- Enviar el formulario completado a PAI en los cinco días siguientes a la terminación del empleado

¿Preguntas? Llame al Departamento de servicio al cliente (866) 740-4006.

Sección 1.

Nombre del empleado: _____ SSN: _____
Apellido Nombre Segundo nombre

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Número del grupo: _____ Fecha efectiva de la terminación: _____
*La fecha efectiva de la terminación es el último día del periodo de pago para el cual se dedujeron las primas.)

Sección 2. Razón de la terminación (Marque un cuadro y escriba la fecha apropiada.)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Terminación del empleo
Último día de trabajo: _____ | <input type="checkbox"/> Muerte del empleado
Fecha de la muerte: _____ | <input type="checkbox"/> Reducción de horas
Último día de trabajo: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura de dependiente
Fecha de la pérdida de cobertura: _____ | <input type="checkbox"/> Divorcio/Separación legal
Fecha del divorcio/separación: _____ | |

Sección 3. Haga una lista de los familiares que va a cancelar. (Y ponga la dirección del dependiente, si no vive con el empleado.)

Nombre del dependiente (Nombre y apellido)	Dirección (si no vive con el empleado)
Nombre _____	Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Nombre _____	Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Nombre _____	Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Nombre _____	Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Sección 4.

Firma del representante autorizado de la compañía _____ Fecha: _____
Escriba el nombre con letra imprenta: _____ Teléfono: _____
(Incluya el código del área.)

Sección 5.

Firma del empleado (si está disponible): _____ Fecha: _____



Los planes médico/de recetas, dental y de la vista tienen el aval de BCS Insurance Company, Oakbrook Terrace, Illinois.



Los planes de seguro de vida, muerte accidental, y discapacidad a corto plazo tienen el aval de 4 Ever Life Insurance Company, Oakbrook Terrace, Illinois.



Los planes de Essential StaffCARE son administrados por Planned Administrators Inc., P.O. Box 6702 Columbia, South Carolina 29260