



## 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) 798-0803.

### 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 período 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<br>Último día de trabajo: _____                         | <input type="checkbox"/> Muerte del empleado<br>Fecha de la muerte: _____                  | <input type="checkbox"/> Reducción de horas<br>Último día de trabajo: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura de dependiente<br>Fecha de la pérdida de cobertura: _____ | <input type="checkbox"/> Divorcio/Separación legal<br>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 de imprenta: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
(Incluya el código del área.)

### Sección 5.

Firma del empleado (si está disponible): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Preguntas? Llame a la Línea de servicio al cliente de Medical StaffCARE, 1-866-798-0803, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 8:00 p.m. tiempo del Este. Hay una línea telefónica en que lo pueden ayudar con traducción a la mayoría de los idiomas.

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 Medical StaffCARE son administrados por Planned Administrators Inc., P.O. Box 6702, Columbia, South Carolina 29260- 29260