



SOLICITUD DE CONDICIÓN DE ESTUDIANTE A TIEMPO COMPLETO (FULL-TIME STUDENT STATUS REQUEST)

FECHA: _____
(Date)

NOMBRE DEL GRUPO: _____
(Group Name)

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____
(Social Security Number)

DEPENDIENTES CUBIERTOS: _____
(Covered Dependents)

El propósito de esta carta es solicitar la verificación de estado de estudiante a tiempo completo en dependientes enumerados en su política de edades comprendidas entre los 19–23 o 25 años. Vea la descripción de plan de resumen para el límite de edad máxima.

(The purpose of this letter is to request full-time student status verification on dependents listed on your policy between the ages of 19–23 or 25. See your Summary Plan Description for maximum age limit.)

Si ha recibido esta carta, esto significa que tienes un dependient(s) que está comprendida entre estas edades.
(If you received this letter, this means you have a dependent(s) that falls between these age brackets.)

Para que estos dependientes a ser cubiertos por esta política, estos dependientes deben estar matriculado en una universidad acreditada o Universidad. Por favor tenga la Secretaría reenviar su forma de verificación de inscripción a tiempo completo o hacer que se complete la siguiente:

(In order for these dependents to be covered under this policy, these dependents need to be enrolled in an accredited college or university. Please have the Registrar's Office forward its verification form of full-time enrollment or have them complete the following:)

Esto es comprobar _____ está inscrito como estudiante de tiempo completo de
(This is to verify that) (is enrolled as a full time student from)

_____ a _____ con _____ College/Universidad.
(to) (with) (College/University)

Firma del registrador *(Signature of Registrar)*

Fecha *(Date)*

Enviar directamente a Planned Administrators, Inc., P.O. Box 6927, Columbia, SC 29260 para su procesamiento. *(Send directly to Planned Administrators, Inc., P.O. Box 6927, Columbia, SC 29260 for processing.)*

Hasta que esta información se recibe en su dependiente, se denegará las reclamaciones recibidas. Al recibir esta información, las reivindicaciones se ser examinada de nuevo de acuerdo con los beneficios de plan de salud de grupo, como se indica en la descripción resumida del plan. Si tienes alguna pregunta, póngase en contacto con el servicio de atención al cliente PAI al 1-800-768-4375.

(Until this information is received on your dependent, any claims received will be denied. Upon receipt of this information, the claims will be reconsidered according to the group health plan benefits as outlined in your summary plan description. If you have any questions, please contact PAI customer service at 1-800-768-4375.)

Si su dependiente no está inscrito en una institución acreditada, debe ponerse en contacto con el departamento de recursos humanos de tu empresa para terminar esta dependiente de su póliza.

(If your dependent is not enrolled in an accredited institution, you will need to contact your employer's Human Resource Department to terminate this dependent from your policy.)

Gracias.