

## 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 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 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