

TARJETA DE INSCRIPCIÓN/CAMBIO
ENROLLMENT / CHANGE CARD

NOTA: Por favor refiérase a la espalda de este documento para información importante sobre las Exclusiones de Condiciones Preexistentes
(NOTE: Please refer to the back of this document for important information regarding Pre-Existing Condition Exclusions.)

RAZÓN DE MATRICULACIÓN
(ENROLLMENT REASON)
 NUEVA INSCRIPCIÓN
(NEW ENROLLMENT)
 CAMBIO (CHANGE)

(Marque como aplicable.) DEDUCCIÓN DE LA NÓMINA: <input type="checkbox"/> EMPLEADO <input type="checkbox"/> DEPENDIENTE (Check as applicable) (PAYROLL DEDUCTION) (EMPLOYEE) (DEPENDENT)		(Para uso de PAI solamente) (For PAI use only) SIN PÉRDIDA SIN GANANCIA: EE <input type="checkbox"/> DEP <input type="checkbox"/> NONE <input type="checkbox"/> (NO LOSS NO GAIN)				
Información de Empleado (Employee Information)	EMPLEADOR (EMPLOYER)		Nº DEL GRUPO: (GROUP #)			
	NOMBRE DEL EMPLEADO (EMPLOYEE NAME)		NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL: (SOCIAL SECURITY #)			
	DIRECCIÓN (ADDRESS)	CIUDAD (CITY)	ESTADO (STATE) CÓDIGO POSTAL (ZIP CODE)			
	FECHA DE NAC. (DATE OF BIRTH)	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> (SEX)	ESTADO CIVIL: SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> MARITAL STATUS: (SINGLE) (MARRIED) (DIVORCED)			
FECHA EN QUE FUE EMPLEADO: (DATE EMPLOYED)	COBERTURA VIGENTE DESDE: (COVERAGE EFFECTIVE DATE)	PERÍODO DE ESPERA (días): 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> (WAITING PERIOD (days))				
Cobertura de Asistencia médica (Healthcare Coverage)	SELECCIÓN DE COBERTURA (COVERAGE SELECTION)					
	SOLO (SINGLE)	Médica (Medical) <input type="checkbox"/>	Dental (Dental) <input type="checkbox"/>	Visión (Vision) <input type="checkbox"/>		
	EMPLEADO + CÓNYUGE (EMPLOYEE & SPOUSE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	EMPLEADO +& <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3+ NIÑOS (Employee & (children))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
FAMILIA (FAMILY)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Vida / Incapacidad Cobertura (Life / Disability Coverage)	GANANCIAS: (EARNINGS) <input type="checkbox"/> CADA HORA (HOURLY) \$ _____ <input type="checkbox"/> ANUALMENTE (ANNUALLY)					
	<input type="checkbox"/> VIDA (LIFE) <input type="checkbox"/> INCAPACIDAD (DISABILITY) POSICIÓN / CLASE (POSITION/CLASS) _____ LA INCAPACIDAD LA CANTIDAD SEMANAL \$ _____ (DISABILITY WEEKLY AMOUNT)	VOLUMEN DE VIDA (LIFE VOLUME) _____ NOMBRE DE BENEFICIARIO (BENEFICIARY NAME) _____ RELACIÓN (RELATIONSHIP) _____				
Información Dependiente (Dependent Information)	Nombre Legal (Legal Name)		Inicial Médica (M.I.)	Número de Seguridad Social (Social Security #)	Fecha de Nacimiento (Date of Birth)	Sexo (Sex) M / F
	Relación (Relationship)	Apellido (Last Name)	Primero Nombre (First Name)			
	CÓNYUGE (SPOUSE)					
	NIÑO (CHILD)					
	NIÑO (CHILD)					
	NIÑO (CHILD)					
SI CAMBIA LA COBERTURA, SÍRVASE ENUMERAR A CONTINUACIÓN: (IF CHANGING COVERAGE, PLEASE LIST BELOW)						
CAMBIO VIGENTE DESDE (EFFECTIVE DATE OF CHANGE) _____						
<input type="checkbox"/> CAMBIO DE NOMBRE DE: _____ A _____ (NAME CHANGE FROM) (TO)						
<input type="checkbox"/> CAMBIO DE BENEFICIARIO A: EL NOMBRE _____ LA RELACIÓN _____ (BENEFICIARY CHANGE TO: NAME) (RELATIONSHIP)						
<input type="checkbox"/> SOLTERO A FAMILIAR (ENUMERE ARRIBA LOS DEPENDIENTES AGREGADOS.) (SINGLE TO FAMILY (LIST ADDED DEPENDENTS ABOVE.))						
<input type="checkbox"/> FAMILIAR A SOLTERO (ENUMERE ARRIBA LOS DEPENDIENTES BORRADOS.) (FAMILY TO SINGLE (LIST DELETED DEPENDENTS ABOVE.))						
<input type="checkbox"/> AGREGUE EL/LOS DEPENDIENTE/S (ENUMERE ARRIBA.) (ADD DEPENDENT(S) (LIST ABOVE.))						
<input type="checkbox"/> BORRE EL/LOS DEPENDIENTE/S. (ENUMERE ARRIBA.) (DELETE DEPENDENT(S) (LIST ABOVE.))						
<input type="checkbox"/> CAMBIE LA VIDA DE _____ A _____ FECHA _____ (CHANGE LIFE VOLUME FROM) (TO) (DATE)						

Otra Cobertura (Other Coverage)	¿Tiene usted u otro miembro de su familia otra cobertura grupal médica, odontológica o de medicamentos, Programa de Empleados Federales (FEP), o Medicare? <i>(Do you or does any member of your family have other group health, dental or drug coverage, Federal Employees' Program (FEP) or Medicare?)</i>								
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde Sí: <input type="checkbox"/> MEDICARE A Fecha De Vigencia _____ <input type="checkbox"/> MEDICARE B Fecha De Vigencia _____ <i>(Yes) (No) (If YES) (MEDICARE A) (Effective Date) (MEDICARE B) (Effective Date)</i>								
	A. Nombre del Miembro de la Familia _____ y N° de Seguro Social _____ <i>(Family Member's Name) (and Social Security #)</i>								
	B. Nombre de la Empresa de Seguros _____ N° de Póliza _____ Fecha De Vigencia _____ <i>(Name of Insurance Co.) (Policy #) (Effective Date)</i>								
	C. Empleador del Miembro de la Familia _____ <i>(Family Member's Employer)</i>								
D. Indique Los Nombres de Las Personas Cubiertas: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ <i>(List Names of Covered Person(s))</i>									
E. Marque con un círculo cada tipo de servicio cubierto por esta póliza: <i>(Please circle each type of service covered by the policy)</i>									
<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Hospitalario <i>(Hospital)</i></td> <td>Especialista / Médico <i>(Physician / Medical)</i></td> <td>Medicamentos Recetados <i>(Prescription Drugs)</i></td> <td>Dental <i>(Dental)</i></td> <td>Visión <i>(Vision)</i></td> </tr> </table>					Hospitalario <i>(Hospital)</i>	Especialista / Médico <i>(Physician / Medical)</i>	Medicamentos Recetados <i>(Prescription Drugs)</i>	Dental <i>(Dental)</i>	Visión <i>(Vision)</i>
Hospitalario <i>(Hospital)</i>	Especialista / Médico <i>(Physician / Medical)</i>	Medicamentos Recetados <i>(Prescription Drugs)</i>	Dental <i>(Dental)</i>	Visión <i>(Vision)</i>					

POR EL PRESENTE CERTIFICO QUE SOY UN EMPLEADO DE TIEMPO COMPLETO EN ACTIVIDAD. ASIMISMO QUEDA ACORDADO QUE LA ACEPTACIÓN DE MI PRIMA POR PARTE DE MI EMPLEADOR EN CUALQUIER MOMENTO NO SIGNIFICARÁ UNA RENUNCIA O IMPEDIMENTO CON RESPECTO A DISPOSICIÓN ALGUNA DEL CONTRATO DE GRUPO, INCLUYENDO LAS DISPOSICIONES RELATIVAS A LOS REQUISITOS QUE REUNAMOS TANTOS YO COMO MIS DEPENDIENTES PARA RECIBIR LA COBERTURA. POR EL PRESENTE CERTIFICO QUE LAS DECLARACIONES QUE PRECEDEN, INCLUYENDO CUALQUIER DECLARACIÓN ADJUNTA, SON VERDADERAS Y COMPETAS SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER. POR EL PRESENTE AUTORIZO A CUALQUIER PRESTADOR DE ASISTENCIA MÉDICA O A MI EMPLEADOR A DAR A CONOCER CUALQUIER REGISTRO O INFORMACIÓN A PLANNED ADMINISTRATORS, INC. SOBRE MÍ O MIS DEPENDIENTES. CUALQUIER COPIA DE ESTA DIVULGACIÓN SERÁ TAN VÁLIDA COMO EL ORIGINAL. POR EL PRESENTE AUTORIZO A MI EMPLEADOR A DEDUCIR DE LAS GANANCIAS DE MI NÓMINA LAS CONTRIBUCIONES DE PRIMA REQUERIDAS, SI EXISTIESE ALGUNA.

(I HEREBY CERTIFY THAT I AM AN ACTIVE FULL-TIME EMPLOYEE. IT IS FURTHER UNDERSTOOD THAT THE ACCEPTANCE OF MY PREMIUM BY MY EMPLOYER AT ANY TIME SHALL NOT OPERATE AS A WAIVER OR ESTOPPEL WITH RESPECT TO ANY PROVISION OF THE GROUP CONTRACT, INCLUDING THE PROVISIONS CONCERNING ME OR MY DEPENDENTS' ELIGIBILITY. I HEREBY CERTIFY THAT THE FOREGOING STATEMENTS, INCLUDING ANY ACCOMPANYING STATEMENTS, ARE TRUE AND COMPLETE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE. I HEREBY AUTHORIZE ANY HEALTH PROVIDER OR MY EMPLOYER TO RELEASE ANY RECORDS OR INFORMATION TO PLANNED ADMINISTRATORS, INC. ON MYSELF OR DEPENDENTS. A COPY OF THIS RELEASE IS AS VALID AS THE ORIGINAL. I HEREBY AUTHORIZE MY EMPLOYER TO DEDUCT THE RQUIRED PREMIUM CONTRIBUTIONS, IF ANY, FROM MY PAYROLL EARNINGS.)

Firma de Empleado _____ Fecha _____
(Employee Signature) (Date)

FIRME DEBAJO SI USTED NO ESCOGE ESTAR CUBIERTO: (SIGN BELOW IF YOU DO NOT ELECT TO BE COVERED)

POR EL PRESENTE CERTIFICO QUE ME HAN OFRECIDO UNA OPORTUNIDAD PARA ADHERIRME A LA COBERTURA BAJO ESTE PLAN AUSPICIADO POR MI EMPLEADOR Y HE DECIDIDO NO BENEFICIARME CON ESTE OFRECIMIENTO.

(I HEREBY CERTIFY THAT I HAVE BEEN OFFERED AN OPPORTUNITY TO BECOME COVERED UNDER THE PLAN SPONSORED BY MY EMPLOYER AND I HAVE DECIDED NOT TO TAKE ADVANTAGE OF THIS OFFER.)

Firma de Empleado _____ Fecha _____
(Employee Signature) (Date)

**CONDICIONES PREEXISTENTES PERÍODO de EXCLUSIONARY
(PREEXISTING CONDITIONS EXCLUSIONARY PERIOD)**

Este plan impone la exclusión de enfermedades preexistentes. Esto significa que si usted tiene una enfermedad médica antes de ingresar a nuestro plan, puede tener que esperar un determinado período de tiempo antes de que el plan le de cobertura para esa enfermedad. Esta exclusión aplica únicamente para enfermedades para las cuales se haya recomendado o recibido asesoría médica, diagnóstico, atención o tratamiento durante un período de seis meses. Generalmente, este período de seis meses se termina el día anterior a que su cobertura entre en vigor. Sin embargo, si usted estaba en un período de espera para cobertura, el período de seis meses termina el día anterior al inicio del período de espera. La exclusión de enfermedades preexistentes no aplica para el embarazo ni para un(a) niño(a) inscrito(a) en el plan dentro de los 30 días siguientes a su nacimiento, adopción, o colocación para adopción.

(This plan imposes a preexisting condition exclusion. This means that if you have a medical condition before coming to our plan, you might have to wait a certain period of time before the plan will provide coverage for that condition. This exclusion applies only to conditions for which medical advice, diagnosis, care or treatment was recommended or received within a six-month period. Generally, this six-month period ends the day before your coverage becomes effective. However, if you were in a waiting period for coverage, the six-month period ends on the day before the waiting period begins. The preexisting condition exclusion does not apply to pregnancy nor to a child who is enrolled in the plan within 30 days after birth, adoption or placement for adoption.)

Esta exclusión puede durar hasta 12 meses (18 meses si usted es un inscrito tardío) contados a partir de su primer día de cobertura, o, si usted estaba en período de espera, desde el primer día de su período de espera. Sin embargo, usted puede reducir la duración de este período de exclusión por el número de días de su "cobertura acreditable" previa. La mayoría de las coberturas de salud previas son coberturas acreditables y pueden ser usadas para reducir la exclusión de enfermedades preexistentes si usted no ha sufrido un corte en la cobertura de al menos 63 días. Para reducir el período de exclusión de 12 meses (o 18 meses) por su cobertura acreditable, nos debe dar una copia de cualquier certificado de cobertura acreditable que tenga. Si no tiene un certificado, pero si tiene cobertura de salud previa, le ayudaremos a obtener uno de su anterior plan o emisor. También hay otras formas de demostrar que usted tiene cobertura acreditable. Por favor póngase en contacto con nosotros si necesita ayuda para demostrar su cobertura acreditable.

(This exclusion may last up to 12 months (18 months if you are a late enrollee) from your first day of coverage, or, if you were in a waiting period, from the first day of your waiting period. However, you can reduce the length of this exclusion period by the number of days of your prior "creditable coverage." Most prior health coverage is creditable coverage and can be used to reduce the preexisting condition exclusion if you have not experienced a break in coverage of at least 63 days. To reduce the 12-month (or 18-month) exclusion period by your creditable coverage, you should give us a copy of any certificates of creditable coverage you have. If you do not have a certificate, but you do have prior health coverage, we will help you obtain one from your prior plan or issuer. There are also other ways that you can show you have creditable coverage. Please contact us if you need help demonstrating creditable coverage.)

Todas las preguntas sobre la exclusión de enfermedades preexistentes y coberturas acreditables deben ser dirigidas a Eligibility Department, Planned Administrators, Incorporated, P.O. Box 6927, Columbia, South Carolina 29260, o llámenos al 1-800-768-4375 o al 1-803-462-0151.

(All questions about the preexisting condition exclusion and creditable coverage should be directed to Eligibility Department, Planned Administrators, Incorporated, P.O. Box 6927, Columbia, South Carolina 29260, or call us at: 1-800-768-4375 or 1-803-462-0151.)

Revised August 2005