



**ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO SOLICITUD DE CONDICIÓN
FULL-TIME STUDENT STATUS REQUEST**

FECHA: _____
DATE: _____
NOMBRE DEL GRUPO: _____
GROUP NAME: _____
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____
SOCIAL SECURITY NUMBER: _____
DEPENDIENTES CUBIERTOS: _____
COVERED DEPENDENTS: _____

El objetivo de esta carta es solicitar un certificado de estudiante de tiempo completo a los dependientes que figuran en su póliza entre las edades de 19 a 23 o 25 años. Consulte el Resumen de la Descripción de su Plan por el límite máximo de edad.
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 usted recibió esta carta, significa que tiene uno o más dependientes que se encuentran dentro de estas edades.
If you received this letter, this means you have a dependent(s) that falls between these age brackets.

Para que estos dependientes puedan ser cubiertos por esta póliza, deben estar inscritos en un colegio o universidad acreditada. La secretaria debe enviar su formulario de certificación de inscripción por tiempo completo o debe completar lo 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 their verification form of full time enrollment or have them complete the following:

Por el presente se certifica que _____ está inscrito como estudiante de tiempo completo desde _____ hasta _____ en la facultad/universidad _____.
This is to verify that _____ is enrolled as a full time student from _____ to _____, with _____ College/University.

Firma del Secretario
Signature of Registrar

Fecha
Date

Envíelo directamente a Planned Administrators, Inc., P.O. Box 6927, Columbia, SC 29260 para que sea procesado.
Send directly to Planned Administrators Inc., P.O. Box 6927, Columbia, SC 29260 for processing.

Hasta que no se reciba esta información sobre sus dependientes, cualquier solicitud será rechazada. Al recibir esta información, las solicitudes se reconsiderarán de acuerdo con los beneficios del plan de salud grupal, tal como figura en el resumen de descripción del plan. Si tiene alguna pregunta, contáctese al servicio de atención al cliente de 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, necesitará contactar al Departamento de Recursos Humanos de su empleador para eliminar este dependiente de su póliza.
If your dependent is not enrolled in an accredited institution, your will need to contact your employer’s Human Resource Department to terminate this dependent from your policy.

Gracias.
Thank you.