



Cambio de Plan
de Beneficios
ESCRIBIR LEGIBLEMENTE

2491 Alluvial Ave. Ste. 170
Clovis, CA 93611
1-855-54-PAMANA
1-855-547-2626

de Plan: _____ Nombre del Participante Cubierto: _____

Propietario (Otro que no sea el Participante) _____

Instrucciones para completar este Formulario:

1. Este formulario debe ser completado con tinta y no puede ser alterado por el uso de líquido de corrección.
2. Favor escribir legiblemente.
3. El Propietario del plan debe firmar el formulario.
4. Declare a cada Participante que ha de ser cubierto y el nuevo valor nominal que desee.
5. Si la cobertura incluye la adición de cobertura de niño, indique el número de niños.

Solicito que se cambie la cobertura como se indica a continuación. Entiendo que las contribuciones se ajustarán en consecuencia y se reflejarán en el calendario de políticas corregido.

Plan ACTUAL: _____

Cobertura adicional para niños: _____

Plan NUEVO: _____

Cobertura adicional para niños: _____

Si las contribuciones se pagan automáticamente desde una cuenta bancaria o tarjeta de crédito / débito, desea continuar con ese método de pago? _____ Si _____ No

Firma del Propietario

Fecha

Correo Electrónico

Número de Teléfono

NOTA: Una vez que este formulario sea recibido y archivado en la nuestra sede, le enviaremos un endoso y una copia corregida del plan. Estos cambios se pueden hacer sólo durante el período de 2 años de elegibilidad.