



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.

Si usted recibió esta carta, significa que tiene uno o más dependientes que se encuentran dentro de estas edades.

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:

Por el presente se certifica que está inscripto como estudiante de tiempo completo desde hasta en la facultad/universidad

Firma del Secretario Fecha
Signature of Registrar Date

Envíelo directamente a Planned Administrators, Inc., P.O. Box 6702, Columbia, SC 29260 para que sea procesado.

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 su dependiente no está inscripto en una institución acreditada, necesitará contactar al Departamento de Recursos Humanos de su empleador para eliminar este dependiente de su póliza.

Gracias.
(Thank you.)