



Guardian Life, P.O. Box 14319,  
 Lexington, KY 40512

Por favor escribir claramente y marcar con cuidado.

Nombre del empleador: <b>Consolidated Staffing Solutions Inc</b>	Número de plan colectivo: <b>00511465</b>	Beneficios con vigencia a partir de: _____
POR FAVOR MARCAR EL CASILLERO QUE CORRESPONDA <input type="checkbox"/> Inscripción inicial <input type="checkbox"/> Reinscripción <input type="checkbox"/> Agregar empleados/dependientes <input type="checkbox"/> Cancelar/rechazar cobertura <input type="checkbox"/> Modificar información <input type="checkbox"/> Aumentar monto <input type="checkbox"/> Modificación de condición familiar		

Clase: All Eligible Employees      División: \_\_\_\_\_      Código de subtotal: \_\_\_\_\_      **(Solicítelo a su empleador.)**

<b>Acerca de usted:</b>		Número de seguro social	
Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido:		_____ - _____ - _____	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____	Teléfono: (    )    -	
Dirección de correo electrónico:		¿Está casado o tiene cónyuge/pareja doméstica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de matrimonio/unión: ____ - ____ - ____	
		Tiene hijos u otros dependientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de adopción de hijo adoptado: ____ - ____ - ____	

<b>Acerca de su trabajo:</b>	Horas trabajadas por semana: _____	Puesto de trabajo:
Condición de trabajo:	Fecha de contratación a tiempo completo: ____ - ____ - ____	
<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Jubilad <input type="checkbox"/> Cobra/Continuación estatal		

**Acerca de su familia: Sírvase incluir los nombres de los dependientes que desea inscribir para la cobertura. Un dependiente es una persona que usted, como contribuyente, tiene a su cargo; alguien que depende de su apoyo financiero; y respecto del cual cumple los requisitos para solicitar una exención de impuestos por dependiente. Las exenciones de impuestos por dependiente están sujetas a las normas y regulaciones del IRS. Es posible que se solicite información adicional de los dependientes no comunes, como nietos, sobrinos o sobrinas.**

Cónyuge/pareja doméstica (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido):	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____	
Hijo/dependiente 1:	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____
			Condición (marcar todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Estudiante (educación superior) <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Dependiente no común Estado de residencia: _____
Hijo/dependiente 2:	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____
			Condición (marcar todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Estudiante (educación superior) <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Dependiente no común Estado de residencia: _____
Hijo/dependiente 3:	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____
			Condición (marcar todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Estudiante (educación superior) <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Dependiente no común Estado de residencia: _____
Hijo/dependiente 4:	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____
			Condición (marcar todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Estudiante (educación superior) <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Dependiente no común Estado de residencia: _____

**Cobertura Dental:** Para cubrir a sus dependientes, usted debe estar inscrito. Marcar un casillero únicamente.

	Empleados solamente	Empleados y cónyuge/pareja doméstica	Empleados y dependientes/hijos	Empleados, cónyuge/pareja doméstica y dependientes/hijos
Opción 1: Pre-Paid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opción 2: PPO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Si elige el Plan Prepago, debe tener un Dentista de Cabecera (PCD). Sírvase designar a su Dentista de Cabecera indicando el número de ubicación del consultorio dental para cada persona. Visite [guardianlife.com](http://guardianlife.com) y obtenga una lista de proveedores. Si usted no selecciona un Dentista de Cabecera, nosotros le asignaremos uno.

Empleado \_\_\_\_\_ Cónyuge/pareja doméstica \_\_\_\_\_ Hijos \_\_\_\_\_

No deseo esta cobertura. Si no desea esta Cobertura Dental, por favor marque todo lo que corresponda:

- Estoy cubierto por otro plan Dental
- Mi cónyuge/pareja doméstica está cubierto por otro plan Dental
- Mis dependientes están cubiertos por otro plan Dental

**Cobertura de Vista:** Para cubrir a sus dependientes, usted debe estar inscrito. Marcar un casillero únicamente.

	Empleados solamente	Empleados y cónyuge/pareja doméstica	Empleados y dependientes/hijos	Empleados, cónyuge/pareja doméstica y dependientes/hijos
Full Feature	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No deseo esta cobertura. Si no desea esta Cobertura de Vista, por favor marque todo lo que corresponda:

- Estoy cubierto por otro plan de Vista
- Mi cónyuge/pareja doméstica está cubierto por otro plan de Vista
- Mis dependientes están cubiertos por otro plan de Vista

**Firma**

- La decisión del empleado de elegir o no la cobertura de Vista permanecerá en vigor hasta el siguiente período de Inscripción Abierta del plan. Si el empleado elige no inscribirse en la cobertura de Vista, no será elegible para inscribirse sino hasta el próximo período de Inscripción Abierta del plan.
- Entiendo que mis dependientes no pueden inscribirse en una cobertura si yo no estoy inscrito en ella.
- La presentación de este formulario no garantiza cobertura. Entre otras cosas, la cobertura depende de la aprobación de la suscripción y de cumplir con los requisitos de elegibilidad aplicables indicados en el cuadernillo de beneficios aplicable.
- Si renuncia a la cobertura y posteriormente decide inscribirse, es posible que se apliquen sanciones por inscripción tardía. También es posible que deba proporcionar, a su propio cargo, prueba de la asegurabilidad de cada persona. El tutor o la persona designada por este tiene derecho a rechazar su solicitud.
- Podrán aplicarse exclusiones y limitaciones según el plan. Para obtener datos completos sobre la cobertura, sírvase consultar el cuadernillo de beneficios. Es posible que apliquen limitaciones según el estado.
- Su cobertura no estará vigente hasta que sea aprobada por Guardian o su suscriptor designado.
- Por el presente solicito los beneficios colectivos que he seleccionado más arriba.
- Entiendo que, para recibir las coberturas que he elegido más arriba, debo reunir los requisitos exigidos.
- Acepto que mi empleador pueda deducir primas de mi paga si son necesarias para la cobertura que he elegido.
- **Certifico que, a mi leal saber y entender, la información consignada arriba es correcta y verdadera.**
- **"La ley de California prohíbe que las compañías de seguros de salud soliciten o usen una prueba de VIH como condición para obtener la cobertura del seguro de salud."**

Para su protección, las leyes de California exigen que se incluya la siguiente declaración en este formulario: La falsedad de cualquier declaración en la solicitud no impedirá el derecho de recuperación según la póliza, a menos que dicha declaración falsa haya sido realizada con la intención real de engañar o a menos que haya afectado sustancialmente la aceptación del riesgo o el riesgo asumido por el asegurador.

El estado en el que reside puede tener advertencias de fraude específicas para ese estado. Sírvase consultar la página de Declaraciones sobre Advertencia de Fraudes adjunta.

FIRMA DEL EMPLEADO X \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

### Declaraciones de advertencia de fraude

#### Las leyes de varios estados exigen que se incluyan las siguientes declaraciones en el formulario de inscripción:

**Alabama:** Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, comete un delito y puede ser pasible de multa de restitución o encarcelamiento, o alguna combinación de ellas.

**Arizona:** Para su protección, la ley de Arizona exige que se incluya la siguiente declaración en este formulario. Toda persona que, intencionalmente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el cobro de un siniestro queda sujeta a sanciones penales y civiles.

**California:** Para su protección, las leyes de California exigen que se incluya la siguiente declaración en este formulario: La falsedad de cualquier declaración en la solicitud no impedirá el derecho de recuperación según la póliza, a menos que dicha declaración falsa haya sido realizada con la intención real de engañar o a menos que haya afectado sustancialmente la aceptación del riesgo o el riesgo asumido por el asegurador.

**Colorado:** Es ilícito proporcionar, a sabiendas, información o hechos engañosos, incompletos o falsos a una compañía aseguradora con el fin de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Entre las penas se incluyen prisión, multas, denegación del seguro y daños y perjuicios civiles. La compañía aseguradora o el agente de compañía aseguradora que, a sabiendas, proporcione información o hechos engañosos, incompletos o falsos a un tenedor de póliza o reclamante con el fin de defraudar o intentar defraudar al tenedor de póliza o reclamante respecto de la cancelación o indemnización a pagar en el seguro será denunciado a la Oficina de Seguros de Colorado del Departamento de Organismos Regulatorios.

**Connecticut, Iowa, Kansas, Nebraska, Oregon, y Vermont:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una compañía aseguradora u otra persona, presente una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información sustancialmente falsa u ocultara información, con el fin de engañar, relativa a un hecho sustancial, comete un acto de seguro fraudulento, que puede configurar un delito y ser pasible de sanciones civiles y penales.

**Delaware, Indiana y Oklahoma:** ADVERTENCIA: Toda persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, estafar o engañar a una aseguradora, reclama los beneficios de una póliza de seguros presentando datos falsos, incompletos o engañosos, comete un delito grave.

**Distrito de Columbia:** ADVERTENCIA: Es delito dar información falsa o engañosa a una compañía de seguros con el objeto de estafar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Entre las penalidades impuestas, se incluye encarcelamiento y/o multas. Asimismo, la aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si los datos relevantes que el solicitante presenta para realizar la reclamación son falsos.

**Florida:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de perjudicar, estafar o engañar a una aseguradora, presente una reclamación o solicitud que contenga datos falsos, incompletos o engañosos, comete un delito grave de tercer grado.

**Kentucky:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una compañía aseguradora u otra persona, presente una reclamación que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información relativa a un hecho sustancial, comete un acto de estafa de seguros, lo que constituye un delito.

**Louisiana y Texas:** Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener el pago de una pérdida o beneficio es culpable de un delito y podrá estar sujeto a multas o pena de prisión en una cárcel estatal.

**Maine, Tennessee, Virginia y Washington:** Es un delito suministrar intencionalmente a una compañía de seguros datos falsos, incompletos o engañosos con el objeto de estafarla. Entre las penalidades impuestas se encuentra el encarcelamiento, multas o la denegación de los beneficios del seguro.

**Maryland:** Toda persona que, a sabiendas o intencionalmente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o, a sabiendas o intencionalmente, presente información falsa en una solicitud de seguro, comete un delito y podrá ser pasible de multas y encarcelamiento.

**Rhode Island:** Toda persona que, a sabiendas y con intención, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o, a sabiendas y con intención, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y podrá estar sujeto a multas y pena de prisión.

**Minnesota:** Una persona que presente una reclamación con intención de defraudar o ayude a cometer un fraude contra una aseguradora es culpable de un delito.

**New Hampshire:** Toda persona que, con el propósito de dañar, defraudar o engañar a una compañía aseguradora, presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, queda sujeta a enjuiciamiento y condena por fraude al seguro, según se indica en N.H. Rev. Stat. Ann. § 638:20.

**Nueva Jersey:** Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación que contenga información falsa o engañosa queda sujeta a sanciones civiles y penales.

**Nueva York:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información acerca de hechos esenciales para la reclamación, comete un acto fraudulento de seguro, el cual constituye un delito, y también estará sujeta a una sanción civil de hasta cinco mil dólares y el valor establecido de la reclamación por cada violación. (No se aplica al seguro de vida).

**Nuevo México:** Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podrá estar sujeto a multa civil y sanciones penales o rechazo de los beneficios del seguro.

**Ohio:** Toda persona que, con intención de defraudar o, a sabiendas, de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o reclamo que contenga declaraciones engañosas o falsas es culpable de fraude al seguro.

**Pennsylvania:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una compañía aseguradora u otra persona, presente una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información sustancialmente falsa u ocultara información, con el fin de engañar, relativa a un hecho sustancial, comete un acto de seguro fraudulento, que configura un delito y es pasible de sanciones civiles y penales.