



## Formulario de inscripción 2020-2021



<b>Fecha de Efectividad:</b>		<b>Fecha de contratación:</b>	
------------------------------	--	-------------------------------	--

Propósito			
<input checked="" type="checkbox"/> Inscripción abierta <input type="checkbox"/> Nuevo empleado <input type="checkbox"/> Re-contratación <input type="checkbox"/> De Tiempo completo a tiempo parcial Fecha a tiempo completo _____  Fecha efectiva de evento de calificación _____ Razón: <input type="checkbox"/> matrimonio <input type="checkbox"/> divorcio <input type="checkbox"/> nacimiento <input type="checkbox"/> muerte <input type="checkbox"/> orden de tribunal** <input type="checkbox"/> adopción** <input type="checkbox"/> pérdida de cobertura**	<input type="checkbox"/> Evento calificante <input type="checkbox"/> Añadir dependiente <input type="checkbox"/> Terminar dependiente <input type="checkbox"/> Terminar-Otra cubierta <input type="checkbox"/> Reducción de horas  <input type="checkbox"/> muerte <input type="checkbox"/> pérdida de cobertura**	<input type="checkbox"/> Cambio de nombre <input type="checkbox"/> Cambio de dirección <input type="checkbox"/> Cambio de salario <input type="checkbox"/> Cambio de plan <input type="checkbox"/> Te vas de Medicare	

### Información del empleado

Nombre del empleado (Primer apellido, Nombre, Inicial)	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social (SSN)
Dirección residencial (Calle, #Apt)	Ciudad	Estado
# Teléfono	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado
Dirección de email	Título de trabajo:	Clasificación de empleado
Salario \$:	<input type="checkbox"/> Por Hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	

Debe completar la aplicación completa o se devolverá resultando en un retraso en el procesamiento. Usted es el único responsable de su exactitud y exhaustividad. La matrícula debe ocurrir dentro de 30 días a partir de la fecha en que el empleado sea elegible

### Información de dependientes (dependientes cubiertos solamente)

Nombres de Miembros Cubiertos de su Familia	Sexo	Fecha de nacimiento	SSN
Cónyuge:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Hijo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Hijo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Hijo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Hijo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Hijo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

### Médico (por cheque)

<b>Cigna</b>	<b># de Grupo</b>	<b>609548</b>												
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:50%;">Plan HSA con HRA LocalPlus o OAP</th> <th style="width:50%;">Plan PPO con HRA OAP</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Empleado sólo \$94.83</td> <td><input type="checkbox"/> Empleado sólo \$181.91</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge \$372.02</td> <td><input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge \$571.44</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) \$288.18</td> <td><input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) \$500.62</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Empleado y familia \$586.16</td> <td><input type="checkbox"/> Empleado y familia \$890.18</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rechazar</td> <td></td> </tr> </table>	Plan HSA con HRA LocalPlus o OAP	Plan PPO con HRA OAP	<input type="checkbox"/> Empleado sólo \$94.83	<input type="checkbox"/> Empleado sólo \$181.91	<input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge \$372.02	<input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge \$571.44	<input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) \$288.18	<input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) \$500.62	<input type="checkbox"/> Empleado y familia \$586.16	<input type="checkbox"/> Empleado y familia \$890.18	<input type="checkbox"/> Rechazar			
Plan HSA con HRA LocalPlus o OAP	Plan PPO con HRA OAP													
<input type="checkbox"/> Empleado sólo \$94.83	<input type="checkbox"/> Empleado sólo \$181.91													
<input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge \$372.02	<input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge \$571.44													
<input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) \$288.18	<input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) \$500.62													
<input type="checkbox"/> Empleado y familia \$586.16	<input type="checkbox"/> Empleado y familia \$890.18													
<input type="checkbox"/> Rechazar														

### Deducciones para HSA (por cheque)

**Contribución al plan H.S.A.**

Nota: Es su responsabilidad asegurarse de que usted es elegible y que no excede la contribución máxima permitida.

<input type="checkbox"/> Soltero \$ _____	<input type="checkbox"/> por cheque	(Límite de contribución anual por el IRS 2020 - \$3,550 / 2021 - \$3,600)
<input type="checkbox"/> Familia \$ _____	<input type="checkbox"/> por cheque	(Límite de contribución anual por el IRS 2020 - \$7,100 / 2021 - \$7,200)
<input type="checkbox"/> Contribución "catch-up" para edad 55 \$ _____	<input type="checkbox"/> por cheque	(Límite de contribución anual por el IRS \$1,000)
<input type="checkbox"/> Rechazar		

### Dental (por cheque)

<b>Cigna</b>	<b># de Grupo</b>	<b>609548</b>																		
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:33%;">Core PPO</th> <th style="width:33%;">Buy-Up PPO</th> <th style="width:33%;">DHMO</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Empleado sólo \$15.99</td> <td><input type="checkbox"/> Empleado sólo \$23.26</td> <td><input type="checkbox"/> Empleado sólo \$6.44</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge \$31.54</td> <td><input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge \$46.82</td> <td><input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge \$10.83</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) \$40.97</td> <td><input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) \$60.09</td> <td><input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) \$13.57</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Empleado y familia \$56.54</td> <td><input type="checkbox"/> Empleado y familia \$83.68</td> <td><input type="checkbox"/> Empleado y familia \$19.20</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rechazar</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Core PPO	Buy-Up PPO	DHMO	<input type="checkbox"/> Empleado sólo \$15.99	<input type="checkbox"/> Empleado sólo \$23.26	<input type="checkbox"/> Empleado sólo \$6.44	<input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge \$31.54	<input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge \$46.82	<input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge \$10.83	<input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) \$40.97	<input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) \$60.09	<input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) \$13.57	<input type="checkbox"/> Empleado y familia \$56.54	<input type="checkbox"/> Empleado y familia \$83.68	<input type="checkbox"/> Empleado y familia \$19.20	<input type="checkbox"/> Rechazar				<p style="color: red; font-size: small;">*Si elige el plan DHMO y no lista su proveedor (dentista), uno le será asignado. Si desea puede cambiar su dentista en cualquier momento llamando servicio al cliente antes del día 15 del mes, para fecha de efectividad el primer día del próximo mes.</p>
Core PPO	Buy-Up PPO	DHMO																		
<input type="checkbox"/> Empleado sólo \$15.99	<input type="checkbox"/> Empleado sólo \$23.26	<input type="checkbox"/> Empleado sólo \$6.44																		
<input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge \$31.54	<input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge \$46.82	<input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge \$10.83																		
<input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) \$40.97	<input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) \$60.09	<input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) \$13.57																		
<input type="checkbox"/> Empleado y familia \$56.54	<input type="checkbox"/> Empleado y familia \$83.68	<input type="checkbox"/> Empleado y familia \$19.20																		
<input type="checkbox"/> Rechazar																				
		Proveedor DHMO seleccionado: _____																		

### Visión (por cheque)

<b>Cigna</b>	<b># de Grupo</b>	<b>609548</b>						
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:100%;">Plan de Visión</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Empleado sólo \$3.54</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge \$7.05</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) \$6.70</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Empleado y familia \$10.51</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rechazar</td> </tr> </table>	Plan de Visión	<input type="checkbox"/> Empleado sólo \$3.54	<input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge \$7.05	<input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) \$6.70	<input type="checkbox"/> Empleado y familia \$10.51	<input type="checkbox"/> Rechazar		
Plan de Visión								
<input type="checkbox"/> Empleado sólo \$3.54								
<input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge \$7.05								
<input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) \$6.70								
<input type="checkbox"/> Empleado y familia \$10.51								
<input type="checkbox"/> Rechazar								

Nombre del empleado (Primer apellido, Nombre, Inicial)

Fecha de nacimiento

Número de Seguro Social (SSN)

Seguro de vida de término básico y de muerte accidental y desmembramiento (AD/D) (Pagado por el patrono)

Cigna

# de Grupo

609548

Cantidad del beneficio \$25,000

Designación de Beneficiarios Primarios (para el seguro de vida)

Favor notar: Si no designa un beneficiario, el beneficio se paga al patrimonio del asegurado.

Table with 5 columns: Nombre completo, Fecha nacimiento, Relación, Seguro Social (SSN), % del beneficio

Designación de Beneficiarios Contingente (para el seguro de vida)

Table with 5 columns: Nombre completo, Fecha nacimiento, Relación, Seguro Social (SSN), % del beneficio

Seguro de vida de término voluntario (por cheque)

Cigna

Usted debe elegir la cobertura para usted con el fin de cubrir sus dependientes

# de Grupo

609548

Opciones para vida:

Form with checkboxes for \$10,000 to \$90,000 and \$100,000\*. Includes Tariffs of Life table and maximum benefit information.

Opciones para vida:

Form with checkboxes for \$5,000 to \$15,000 and \$20,000\*. Includes Tariffs of Life table and maximum benefit information.

Opciones para vida:

Form with checkboxes for \$10,000 and Rechazar. Includes Tariffs of Life table.

Incapacidad a corto plazo (Pagado por el patrono)

Cigna

# de Grupo

609548

Beneficio semanal: 60% del salario hasta \$2,300

Incapacidad a largo plazo (Pagado por el patrono)

Cigna

# de Grupo

609548

Beneficio mensual: 60% del salario hasta \$6,000

Tarjeta de Consumerismo (mensual)

New Benefits

Paquete 1:

Dental, TelaDoc (médico por teléfono), Ayudas Auditivas, laboratorios e Imágenes, Bill Saver médico, Asesor de Salud Médica, Farmacia, Asistencia de Viaje, Visión, Vitaminas y Vitaminas y Suministros Diabéticos

Options for \$10.00 per month or Rechazar

Declaraciones: Este plan NO es un seguro. Este plan provee descuentos para ciertos proveedores en servicios médicos. Este plan no hace pagos directamente a los proveedores de servicios médicos.

Planes Suplementarios

Sun Life

Planes de Seguros Suplementarios de Sun Life - ver guía de beneficios para opciones disponibles.

Yo verifico que la información proporcionada en este formulario de inscripción es correcta y completa. Yo entiendo que si rechazo la cobertura de Vida Voluntaria y si quiero comprar este seguro en una fecha futura: (1) voy a estar obligado a proporcionar evidencia de asegurabilidad a mi cargo, y (2) la compañía de seguros tendrá el derecho de rechazar mi petición.

Yo deseo participar en las coberturas seleccionadas anteriormente y por la presente autorizo a mi empleador a tomar las deducciones necesarios de mi sueldo / salario para pagar mi parte de la prima. Entiendo que los planes están cubiertos por el Plan Cafetería (Sección 125), y que no voy a tener la oportunidad de cambiar mi elección durante el Año del Plan, excepto durante el periodo anual de inscripción abierta, o si tengo un cambio significativo en la situación familiar (que se llama un "Evento de la vida"), tales como, ganar o perder dependientes por Nacimiento, Muerte, Matrimonio, Divorcio, o ganar o perder otra cobertura de salud, etc.

Firma del Empleado

Fecha



Corporate Offices: One Pre-Paid Way • Ada, OK 74820  
www.LegalShield.com • 800-654-7757

LegalShield is the trade name of Pre-Paid Legal Services, Inc. and its subsidiaries.

**Select Applicable Subsidiary:**

- Pre-Paid Legal Services, Inc.
- Pre-Paid Legal Casualty, Inc.
- Legal Service Plans of Virginia, Inc.
- Pre-Paid Legal Services, Inc. of Florida
- Pre-Paid Legal Access, Inc.



OFFICE USE ONLY			
CWA		PLAN	
FOB		FRAN	
MODE		GR#	

# EMPLOYEE BENEFIT MEMBERSHIP APPLICATION

**Today's Date** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
MM DD YYYY

**Time of Day** \_\_\_  A.M.  P.M.

**Please Choose plan:**

**A \$10 non-refundable fee (\$25 for CDLP) is waived due to your employer offering this at work.**

**Home Business Supplement members should attach a document and provide:**

- 1) business name, 2) tax identification number, and
- 3) a general description of the business.

Plan	Family Price	Individual Price
<input type="checkbox"/> LegalShield	<input type="checkbox"/> \$7.48	<input type="checkbox"/> \$7.98
<input type="checkbox"/> IDShield	<input type="checkbox"/> \$7.98	<input type="checkbox"/> \$4.23
<input type="checkbox"/> Combined	<input type="checkbox"/> \$14.45	<input type="checkbox"/> \$11.70

## 1 Personal Information

The information you provide on this application is considered non-public information and LegalShield takes care to protect your information.

Mr.  Mrs.  Ms. **Applicant's SSN** \_\_\_\_\_ **DOB** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
For Internal Use Only MM DD YYYY

(\*Co-Applicant refers to Spouse or Domestic Partners, Civil Union Partners, Same-Sex Partners, or other term specifically defined by any local, state or federal statute. Not applicable to Individual plans.)

**Applicant's Name** \_\_\_\_\_  
Last First MI

**\*\*Email** \_\_\_\_\_

**\* Co-Applicant's Name** \_\_\_\_\_ **DOB** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Last First MI MM DD YYYY

**\*\*Email** \_\_\_\_\_

(\*\*Provide your email to receive member benefits. We do not sell your personal information to any third parties.)

**Address** \_\_\_\_\_  
Apt.#/Ste.#

City State Zip + 4

**Phone #** ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
 Business Ext. Home Cell

**Please indicate below, on a voluntary basis, if you are either blind or deaf.** All information will be kept confidential, and used only to enhance the services provided by LegalShield.

- Blind
- Deaf

## Associate Use Only

**Associate #** \_\_\_\_\_ **Bus. Phone** ( ) \_\_\_\_\_ **Associate SSN** \_\_\_\_\_  
(If Licensed)

**Associate Name** \_\_\_\_\_  
Last First MI

**Associate Lic. #** \_\_\_\_\_ **Producer Identification Name/Number** \_\_\_\_\_  
(In Florida)

**APP.PD (5.15)** **Associate Signature** X \_\_\_\_\_

## 2 Dependent Information

attach a separate piece of paper.

If you have more than five (5) dependents, please

<b>Name</b>	_____	_____	MI	<b>DOB</b>	____/____/____
	Last	First			MM DD YYYY
<b>Name</b>	_____	_____	MI	<b>DOB</b>	____/____/____
	Last	First			MM DD YYYY
<b>Name</b>	_____	_____	MI	<b>DOB</b>	____/____/____
	Last	First			MM DD YYYY
<b>Name</b>	_____	_____	MI	<b>DOB</b>	____/____/____
	Last	First			MM DD YYYY
<b>Name</b>	_____	_____	MI	<b>DOB</b>	____/____/____
	Last	First			MM DD YYYY

**In AL**, any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or who knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to restitution fines or confinement in prison, or any combination thereof. **In FL**, any person who knowingly and with intent to injure, defraud, or deceive any insurer files a statement of claim or an application containing any false, incomplete, or misleading information is guilty of a felony of the third degree. **In NJ**, any person who includes any false or misleading information on an application for an insurance policy is subject to criminal and civil penalties.

**In OR**, any person who knowingly, and with intent to injure, defraud, or deceive any insurer, files a statement of claim or an application containing any false, incomplete, or misleading information concerning a material fact may be subject to criminal or civil penalties and/or cancellation of the contract. **In TN**, it is a crime to knowingly provide false, incomplete or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines and denial of insurance benefits.

**Applicant:** I agree the contract sets forth the terms of my membership. Such terms include any exclusions and limitations. I agree to be bound by the contract, and its terms and conditions, which will be provided to me by LegalShield, unless I cancel the contract, which I may do at any time by calling 1-800-654-7757. LegalShield may send the contract to me at my email address unless I communicate in writing that I do not agree to delivery by electronic means. If I have not listed an email address, or if required by a particular state, the contract will be sent by mail. My membership cards will be sent by mail. I may ask for a mailed copy of the contract at any time, or if I have not received my contract in 10 days from this application, I can request a copy by calling Member Services at 1-800-654-7757. The contract, with this application, is the entire agreement between LegalShield and me with respect to the membership and there are no agreements or representations other than as set forth herein and in the membership contract.

I acknowledge that I purchased this membership plan in the city of \_\_\_\_\_ in the state of \_\_\_\_\_.  
By signing this application I confirm I am legally residing in the United States and agree to the below Payroll Deduction Authorization, the membership fees selected below, and the terms of the selected membership plan.

**Employer** \_\_\_\_\_ **Occupation** \_\_\_\_\_

**Signature of Applicant** X \_\_\_\_\_

## 3 Payroll Deduction Authorization

**Today's Date** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MM DD YYYY

**Applicant's SSN** \_\_\_\_\_  
For Internal Use Only

**Applicant's Name** \_\_\_\_\_  
Last First MI

**I hereby authorize** (Company Name) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ to deduct \$    .    
City State

per (Circle one: week / month / other \_\_\_\_\_) from my earnings for my LegalShield, and subsidiaries membership and to remit such amount directly to LegalShield. I agree that the company will not be responsible or liable for my decision to purchase the LegalShield membership or the services provided through my membership and that company's sole responsibility is to withhold and pay my membership fee to LegalShield.

**Signature of Applicant** X \_\_\_\_\_