

**The Guardian Life Insurance Company of America**

The Guardian Life Insurance Company Of America suscribe cobertura por seguro de vida de grupo a plazo, muerte accidental y pérdida de miembro, incapacidad a corto plazo, incapacidad a largo plazo, enfermedad crítica, dental, visión, y accidentes.

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

Por favor escribir claramente y marcar con cuidado.

Nombre del empleador: GENTRY FINANCIAL BENEFITS COOPERATIVE	Número de plan colectivo: ISD Specific	Beneficios con vigencia a partir de: _____
POR FAVOR MARCAR EL CASILLERO QUE CORRESPONDA <input type="checkbox"/> Inscripción inicial <input type="checkbox"/> Agregar empleados/dependientes <input type="checkbox"/> Cancelar/rechazar cobertura <input type="checkbox"/> Modificar información		

Clase: _____ División: _____ Código de subtotal: _____ **(Solicítelo a su empleador.)**

Acerca de usted: Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido:	Identificación proporcionada por el empleador: _____	Número de seguro social ____ - ____ - ____ Debe proporcionar su número de seguro social si se inscribe para la cobertura de vida. Cobertura por discapacidad a corto plazo y / o cobertura por discapacidad a largo plazo.	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____		
Teléfono: (indicar primaria): <input type="checkbox"/> la casa (____) ____ - ____ <input type="checkbox"/> trabajar (____) ____ - ____ <input type="checkbox"/> el telefono movil (____) ____ - ____			
Dirección de correo electrónico: (indicar primaria) <input type="checkbox"/> la casa _____ <input type="checkbox"/> trabajar _____			
¿Está casado o tiene pareja? <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: ____ - ____ - ____	

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

Acerca de su familia: Incluya los nombres de los dependientes que desea inscribir para que reciban cobertura. Si necesita espacio adicional, sírvase adjuntar una hoja de papel aparte con esta información junto con su formulario de inscripción. Asegúrese de firmar y fechar (mm-dd-aa) el papel y guarde una copia para sus registros. Se puede solicitar más información para dependientes no estándar como un nieto, una sobrina o un sobrino.

Cónyuge (siempre que aparezca el término "Cónyuge" en este formulario, también incluye "Socio").	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
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

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
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

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

Su prima Mensual	Empleados solamente	Empleados y cónyuge	Empleados y dependientes/hijos	Empleados, cónyuge y dependientes/hijos
Opción 1: PPO	<input type="checkbox"/> \$22.87	<input type="checkbox"/> \$52.91	<input type="checkbox"/> \$47.70	<input type="checkbox"/> \$73.75
Opción 2: PPO	<input type="checkbox"/> \$33.71	<input type="checkbox"/> \$77.98	<input type="checkbox"/> \$77.17	<input type="checkbox"/> \$117.20

No deseo Cobertura Dental porque(marque todas las que correspondan):

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

Firma

- Entiendo que mis dependientes no pueden inscribirse en una cobertura si yo no estoy inscrito en ella.
- Se debe retener la decisión del empleado de elegir o no la cobertura para la hasta el próximo período de inscripción abierta del plan. Si el empleado elige no inscribirse en la cobertura para la , no podrá inscribirse hasta el próximo período de inscripción abierta del plan.
- 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.
- Entiendo que 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.
- Tomo conocimiento y presto mi consentimiento para recibir copias electrónicas de los documentos relacionados con el seguro que corresponde, en reemplazo de copias en papel, en la medida de lo permitido por las leyes aplicables. Yo podría cambiar esta elección mediante previa notificación escrita con una anticipación de treinta (30) días.
- **Doy fe que la información consignada más arriba es cierta y correcta a mi leal saber y entender.**

Toda persona que, con intención de defraudar a una compañía de seguros u otra persona, presente una reclamación o solicitud de seguros que contenga información sustancialmente falsa u oculte información, con fines de engaño o información sobre hechos relevantes, comete un acto de estafa de seguros, lo cual constituye un delito, y podría estar sujeto a sanciones civiles y quedar privado de los beneficios del seguro.

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.

Las leyes de Nueva York exigen que aparezca la siguiente declaración: Si usted no es residente de Nueva York, esta declaración no es aplicable: 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 reclamación que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información relativa a algún hecho sustancial, comete un acto de estafa de seguros, lo cual constituye un delito, y también podrá estar sujeto a sanciones civiles que no podrán superar la suma de cinco mil dólares y el valor establecido de la reclamación por cada infracción (no aplica a Seguros de Vida).

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.

California: Para su protección, las leyes de California exigen que se incluya esta declaración en este formulario: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y pena de prisión en una cárcel estatal.

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.

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: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit is guilty of a crime and may be subject to fines and confinements in state prison.

Maine: 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.

Missouri: Cualquier persona que con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona presente una solicitud de seguro o declaraciones de reclamo que contengan información falsa a sabiendas, o que oculte con el propósito de engañar información sobre cualquier hecho material aquí, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y también puede estar sujeto a sanciones civiles, o la negación de los beneficios del seguro sujeto a las condiciones / disposiciones de la póliza.

Oregon: Cualquier persona que con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona presente una solicitud de seguro o declaraciones de reclamo que contengan información falsa a sabiendas, o que oculte con el propósito de engañar información sobre cualquier hecho material aquí, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y también puede estar sujeto a sanciones civiles, o la negación de los beneficios del seguro.

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

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.

Oklahoma: ADVERTENCIA: Toda persona que, a sabiendas y con intención de perjudicar, estafar o engañar a un asegurador, presente una reclamación para cobrar los ingresos de una póliza de seguros que contenga datos falsos, incompletos o engañosos, comete un delito grave.

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.

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.

Tennessee 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.

Virginia: Toda persona que, a sabiendas y con el propósito de defraudar a un asegurador, presente una solicitud o una demanda con declaraciones falsas o engañosas puede incurrir en violaciones a la ley estatal.

