



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

Por favor escribir claramente y marcar con cuidado.

Nombre del empleador: DG3 NORTH AMERICA, INC.	Número de plan colectivo: 00567202	Beneficios con vigencia a partir de: _____
POR FAVOR MARCAR EL CASILLERO QUE CORRESPONDA	Inscripción inicial	Reinscripción
Modificar información	Aumentar monto	Modificación de condición familiar
	Agregar empleados/dependientes	Cancelar/rechazar cobertura

Clase: NON-UNION División: _____ Código de subtotal: _____ **(Solicite a su empleador.)**

Acerca de usted:

Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido:

Número de seguro social

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
-----------	--------	--------	---------------

Sexo: M F Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____ Teléfono: () - -

Dirección de correo electrónico: _____ ¿Está casado o tiene cónyuge? Sí No Fecha de matrimonio/ unión: _____ - _____ - _____
Tiene hijos u otros dependientes? Sí No Fecha de adopción de hijo adoptado: _____ - _____ - _____

Acerca de su trabajo:

Horas trabajadas por semana: _____

Puesto de trabajo: _____

Condición de trabajo:	Fecha de contratación a tiempo completo: _____ - _____ - _____	Salario anual: \$ _____
Activo Jubilad 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/socio civil de la unión (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido):	Sexo: M F	Número de seguro social _____ - _____ - _____	Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____	
Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal:				
Teléfono: () -				
Hijo/dependiente 1:	Agregar Cancelar Sexo: M F	Número de seguro social _____ - _____ - _____	Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____	Condición (marcar todo lo que corresponda) Estudiante (educación superior) Discapacitado Dependiente no común
Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal:				
Teléfono: () -				
Hijo/dependiente 2:	Agregar Cancelar Sexo: M F	Número de seguro social _____ - _____ - _____	Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____	Condición (marcar todo lo que corresponda) Estudiante (educación superior) Discapacitado Dependiente no común
Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal:				
Teléfono: () -				

Hijo/dependiente 3:	Agregar	Cancelar	Sexo: M	Número de seguro social F - - - - -	Condición (marcar todo lo que corresponda) Estudiante (educación superior) Discapacitado Dependiente no común
Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal:					
Teléfono: () -				Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _ - - - -	
Hijo/dependiente 4:	Agregar	Cancelar	Sexo: M	Número de seguro social F - - - - -	Condición (marcar todo lo que corresponda) Estudiante (educación superior) Discapacitado Dependiente no común
Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal:					
Teléfono: () -				Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _ - - - -	

Cobertura de Vida Básica:

Aplican reducciones de beneficios. Consulte al administrador del plan.

Monto de la póliza

Empleados únicamente
 150% del salario anual hasta un máximo de \$1,000,000
 El Monto de Emisión Garantizada es \$495,000.

DESIGNE SUS BENEFICIARIOS (los beneficiarios principales deben sumar 100%)

Beneficiarios principal:

Nombre: _____ Número de seguro social: _____ %

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____

Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: () - Relación con empleado _____

Nombre: _____ Número de seguro social: _____ %

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____

Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: () - Relación con empleado _____

Beneficiario Contingente: _____

Número de seguro social: _____

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____

Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: () - Relación con empleado _____

(En caso de que los beneficiarios principales hubiesen fallecido, el beneficiario contingente recibirá el beneficio. El empleador conserva la información sobre beneficiarios.)

Si esta póliza de Vida Básica reemplazará la póliza de seguro de vida vigente con su empleador actual, consigne el monto de la póliza anterior \$ _____

Notas Importantes:

- Sobre la base de los beneficios del plan y su edad, es posible que le solicitemos que complete un formulario de prueba de asegurabilidad para Vida Básica.

Cobertura de Vida Voluntario a Plazo: Para cubrir a sus dependientes, usted debe estar inscrito. Aplican reducciones de beneficios. Consulte al administrador del plan.

Empleado	Monto de la póliza	Marcar un casillero únicamente					
	\$10,000		\$20,000	\$30,000	\$40,000	\$50,000	\$60,000
	\$70,000		\$80,000	\$90,000	\$100,000	\$110,000	\$120,000
	\$130,000		\$140,000	\$150,000	\$160,000	\$170,000	\$180,000
	\$190,000		\$200,000*	\$210,000	\$220,000	\$230,000	\$240,000
	\$250,000		\$260,000	\$270,000	\$280,000	\$290,000	\$300,000
	\$310,000		\$320,000	\$330,000	\$340,000	\$350,000	\$360,000
	\$370,000		\$380,000	\$390,000	\$400,000	\$410,000	\$420,000
	\$430,000		\$440,000	\$450,000	\$460,000	\$470,000	\$480,000
	\$490,000		\$500,000				

*Monto de emisión de garantía. Se debe completar la sección "Antecedentes clínicos" si se selecciona cualquier monto superior al monto de emisión de garantía. No quiero esta cobertura

Agregar seguro de Vida Voluntario para Cónyuge/socio civil de la unión			
Monto de la póliza			
\$5,000	\$10,000	\$15,000	\$20,000
\$35,000	\$40,000	\$45,000	\$50,000
\$65,000	\$70,000	\$75,000	\$80,000
\$95,000	\$100,000	\$105,000	\$110,000
\$125,000	\$130,000	\$135,000	\$140,000
\$155,000	\$160,000	\$165,000	\$170,000
\$185,000	\$190,000	\$195,000	\$200,000
\$215,000	\$220,000	\$225,000	\$230,000
\$245,000	\$250,000		

*Monto de emisión de garantía

***El monto no podrá superar el 50% del monto del seguro de Vida Voluntario del empleado.**

No quiero esta cobertura

Agregar seguro de Vida Voluntario para Hijos**Monto de la póliza**
\$10,000*

*Monto de emisión de garantía

***El monto no podrá superar el 100% del monto del seguro de Vida Voluntario del empleado.**

No quiero esta cobertura

Agregar seguro voluntario de Muerte Debe inscribirse en el beneficio de vida voluntaria para ser elegible para esta cobertura. Su monto de cobertura sera 1 vez mas que la Accidental y Pérdida de Miembro cobertura elegida para vida voluntaria. Usted tiene que inscribirse para cubrir a sus dependientes.

Empleado Cónyuge/socio civil de la unión Hijos
No quiero esta cobertura **No quiero esta cobertura** **No quiero esta cobertura**

Notas importantes:

- Sobre la base de los beneficios del plan y su edad, es posible que le solicitemos que complete un formulario de prueba de asegurabilidad para Vida Voluntario.

Designe sus beneficiarios: (los beneficiarios principales deben sumar 100%) Si elige beneficiarios diferentes que no son los mismos que los nombrados para Vida Básico, por favor indicar los nombres más abajo.

Beneficiarios principal:

Nombre: _____ **Número de seguro social:** _____ %
Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ **Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal:** _____
Teléfono: () - _____ **Relación con empleado** _____
Nombre: _____ **Número de seguro social:** _____ %
Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ **Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal:** _____
Teléfono: () - _____ **Relación con empleado** _____
Beneficiario Contingente: _____ **Número de seguro social:** _____
Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ **Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal:** _____
Teléfono: () - _____ **Relación con empleado** _____

(En caso de que los beneficiarios principales hubiesen fallecido, el beneficiario contingente recibirá el beneficio. El empleador conserva la información sobre beneficiarios.)
Cónyuge/socio civil de la unión y dependiente/hijo(s): Si el beneficiario previsto es una persona que no sea el empleado, complete el formulario de designación de beneficiario.

Cobertura de Incapacidad a Largo Plazo (LTD):*Beneficio mensual*

60% del salario hasta un máximo de \$10,000

No deseo esta cobertura.

Firma

Entiendo que la cobertura de seguro de vida para un dependiente, salvo los hijos recién nacidos, no será válida si el dependiente está ingresado en un hospital u otro centro médico, o se encuentra en reposo domiciliario o no puede desarrollar las actividades propias de una persona de su sexo y edad.

Entiendo que mis dependientes no puedan inscribirse en una cobertura si yo no estoy inscrito en ella.

Entiendo que los montos de prima que se indican más arriba son estimaciones y tienen fin ilustrativo únicamente.

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.

Entiendo que debo mantener mi condición de empleado activo o mi cobertura no entrará en vigencia hasta que no cumpla con los requisitos de elegibilidad (según se definen en el cuadernillo de beneficios). Esto no aplica a jubilados elegibles.

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.

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.

Reconozco y acepto recibir copias electrónicas de los documentos relacionados con la cobertura de Guardian, en lugar de copias en papel, en la medida que esté permitido por las leyes aplicables. Podré modificar esta opción sólo si envío previa notificación escrita a 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.

Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación que contenga información falsa o engañosa será pasible de sanciones civiles y penales.

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 esta 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 _____

Kit de Inscripción 00567202, 0002, SP

Declaraciones de advertencia de fraude

Las leyes de varios estados exigen que se incluyan las siguientes declaraciones en el formulario de inscripción. Estas declaraciones aplican sólo a los residentes de los estados indicados:

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 un reclamación falsa o fraudulenta para el cobro de un siniestro queda sujeta a sanciones penales y civiles.

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, Nebraska, y Oregon: 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: 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.

<p>Florida: Toda persona que, a sabiendas y con intención de perjudicar, estatutar o engañar a una aseguradora, presente una reclamación o solicitud que contenga datos falsos, incompletos o engañosos, comete un delito grave de tercer grado.</p> <p>Kansas: Toda persona que, a sabiendas y con el propósito de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una demanda con información materialmente falsa o que, con fines engañosos, oculte información referente a algún hecho importante en la misma, incurrirá en un delito de acto fraudulento de seguros tal como lo determina una corte de justicia.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Maine, Tennessee y Washington: Es un delito suministrar intencionalmente a una compañía de seguros datos falsos, incompletos o engañosos con el objeto de estatutarla. Entre las penalidades impuestas se encuentra el encarcelamiento, multas o la denegación de los beneficios del seguro.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 <u>N.H. Rev. Stat. Ann. § 638:20</u>.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Vermont: Toda persona que, a sabiendas presente declaración falsa en la solicitud de seguro puede incurrir en delito penal y quedar sujeta a sanciones de conformidad con la ley estatal.</p> <p>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.</p>
--

