

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

Por favor escribir claramente y marcar con cuidado.

Nombre del empleador: RIO VISTA DEVELOPMENT COMPANY		Número de plan colectivo: 00532649		Beneficios con vigencia a partir de: _____	
POR FAVOR MARCAR EL CASILLERO QUE CORRESPONDA		Inscripción inicial	Reinscripción	Agregar empleados/dependientes	Cancelar/rechazar cobertura
☐ Modificar información	☐ Aumentar monto	☐ Modificación de condición familiar	☐	☐	☐

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

<u>Acerca de usted:</u> 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/pareja doméstica? Sí No Fecha de matrimonio/unión: ____ - ____ - ____ Tiene hijos u otros dependientes? Sí No Fecha de adopción de hijo adoptado: ____ - ____ - ____		

<u>Acerca de su trabajo:</u>			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/pareja doméstica (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: Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: Teléfono: () -	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
Hijo/dependiente 4: Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: Teléfono: () -	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

Cancelar cobertura: Cancelar empleado Cancelar dependientes La fecha de suspensión no puede ser anterior a la fecha en la que se completó y firmó este formulario. Último día de cobertura: ____ - ____ - ____ Extinción de la relación laboral Jubilación Último día trabajado: ____ - ____ - ____ Otra razón: _____ Fecha del evento: ____ - ____ - ____	Cobertura a cancelar: Seguro dental Empleado Conyuge/pareja doméstica Hijo(s) Plan de Visión Empleado Conyuge/pareja doméstica Hijo(s) Vida
Pérdida de otra cobertura: Yo y/o mis dependientes estábamos anteriormente cubiertos en <u>otro plan de seguro</u> . Extinción de la relación laboral: ____ - ____ - ____ Divorcio ____ - ____ - ____ Muerte del cónyuge/pareja doméstica ____ - ____ - ____ Finalización o vencimiento de la cobertura ____ - ____ - ____ Pérdida de la cobertura Seguro dental Vista	Me han ofrecido la cobertura anterior y deseo cancelar la inscripción por las siguientes razones: Estoy cubierto por otro plan de seguros. Otros _____ (es posible que se solicite información adicional)

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

Su prima Quincenal	Empleados solamente	Empleado + 1 dependiente	Empleados, cónyuge/pareja doméstica y dependientes/hijos
Opción 1: Managed Dental Care	\$4.72	\$9.03	\$15.86
Opción 2: PPO	\$25.62	\$50.64	\$90.81

- Si elige el plan de atención dental administrada, 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 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.

Su prima quincenal	Empleados solamente	Empleado + 1 dependiente	Empleados, cónyuge/pareja doméstica y dependientes/hijos
Full Feature	\$4.19	\$6.36	\$11.18

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

Cobertura de Vida Básica con Muerte y Desmembramiento Accidental (AD&D):
Aplican reducciones de beneficios. Consulte al administrador del plan.

Monto de la póliza
 Empleados únicamente
☒ \$15,000
 El Monto de Emisión
 Garantizada es \$15,000.

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 Básico.

Firma

La decisión del empleado de elegir o no la cobertura de Vida permanecerá en vigor hasta el siguiente período de Inscripción Abierta del plan. Si el empleado elige no inscribirse en la cobertura de Vida, 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.

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.

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.

"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."

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.

Toda persona que, con intención de estafar a un asegurador u otra persona, presente una solicitud o reclamación que contenga, a sabiendas, información falsa u oculte intencionalmente con el fin de engañar información sobre algún hecho material, comete un acto de estafa de seguros, que constituye un delito y es posible que sea sujeto a sanciones civiles y pérdida de los beneficios del seguro.

La ley de California requiere que las aseguradoras que ofrecen pólizas o certificados de Accidente, Cáncer, Enfermedad Crítica e Indemnización Hospitalaria deben exigir que la persona asegurada tenga cobertura para beneficios de salud esenciales o cobertura esencial mínima tal como se define en la ley federal. Si no tiene los beneficios de salud esenciales o la cobertura esencial mínima tal como se define en la ley federal, no puede inscribirse en la cobertura de accidentes, cáncer, enfermedades graves o indemnización hospitalaria. Con su firma a continuación, usted confirma afirmativamente que usted y los dependientes que están cubiertos están cubiertos por los beneficios de salud esenciales o la cobertura esencial mínima tal como se define en la ley federal.

FIRMA DEL EMPLEADO X _____ FECHA _____

Kit de Inscripción 00532649, 0001, SP

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 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: 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.

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.

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 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 sujeta 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.

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.

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.

