



Prudential

The Prudential Insurance Company of America, 751 Broad Street, Newark, New Jersey 07102 1-877-232-3619

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN - Miller and Long

Todos los empleados por hora y asalariados

Control N.º 70788

Información general del empleado		Fecha de entrada en vigencia de la cobertura (sólo para uso administrativo) / /	
Apellido	Nombre	IM	Número de teléfono
Dirección		Ciudad	Código postal
Sus ingresos anuales \$ _____		Número del Seguro Social - -	Fecha de nacimiento (mes/día/año) / /
Estado civil		Fecha de empleo (mes/día/año) / /	
☐ Soltero/a		☐ Casado/a	
☐ Divorciado/a		☐ Viudo/a	
Seguro de vida temporal voluntario			
☐ Monto de cobertura elegido \$ _____			
☐ No se eligió cobertura			
Incapacidad a largo plazo (LTD)			
☐ Deseo inscribirme en la cobertura del seguro por incapacidad a largo plazo.			
Autorizo a mi empleador a deducir de mis ingresos las contribuciones por el costo del plan.			
Deducción de la nómina: \$ _____			
☐ No se eligió cobertura de seguro por incapacidad a largo plazo.			
Entiendo que en el caso de que desee dicho seguro más adelante, se me pedirá que presente evidencia médica de asegurabilidad y que la compañía de seguros tendrá derecho a rechazar mi solicitud.			

Es posible que los empleados y/o sus dependientes no sean elegibles para la cobertura del seguro grupal mientras están en servicio activo en las fuerzas armadas.

La opción de adelanto de los beneficios por muerte es una característica disponible para los participantes del seguro de vida grupal. No es un beneficio de salud, centro de convalecencia ni de atención a largo plazo y no está destinado a eliminar la necesidad de esos tipos de cobertura de seguro. El beneficio por muerte se reduce por el monto equivalente al adelanto de los beneficios por muerte ya pagado. El adelanto de los beneficios no tiene cargos administrativos. La recepción adelantada de los beneficios por muerte puede afectar la elegibilidad para la asistencia pública y puede estar sujeta a impuestos. El tratamiento del impuesto federal a la renta sobre los pagos realizados bajo esta cláusula depende de si el asegurado es el receptor del beneficio y si se lo considera enfermo terminal o enfermo crónico. Le recomendamos que busque consejo impositivo profesional antes de ejercer esta opción.



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN - Miller and Long Todos los empleados por hora y asalariados

Control N.º 70788

Información general del empleado

Apellido	Nombre	IM	Últimos 4 dígitos N.º Seguro Social
			XXX-XX-_____

Aceptación o renuncia a la cobertura

☐ Me inscribo en la cobertura y autorizo a mi empleador a deducir de mis ingresos hasta nuevo aviso mis contribuciones para el seguro conforme a un contrato emitido por The Prudential Insurance Company of America. Entiendo que si en el futuro quisiera incrementar el monto de cobertura de mi seguro o agregar cobertura para dependientes, se me puede solicitar que presente evidencia de asegurabilidad para mí mismo y/o mis dependientes. Declaro que, a mi mejor saber y entender, la información citada anteriormente es verdadera y entiendo que constituye la base para determinar la contribución de la cobertura. También entiendo que para que la cobertura entre en vigencia debo estar en actividad laboral durante el período de inscripción y en la fecha de entrada en vigencia del plan. Si solicito un monto que requiere la presentación de evidencia de asegurabilidad satisfactoria para The Prudential Insurance Company of America, debo estar en actividad laboral el día de la aprobación del monto que requiere evidencia de asegurabilidad satisfactoria.

☐ No deseo inscribirme en ninguna de las coberturas opcionales anteriores. Certifico que mi empleador, nombrado anteriormente, me ha dado la oportunidad de inscribirme para obtener cobertura. Entiendo que si en el futuro quisiera inscribirme, se me puede solicitar que presente evidencia de asegurabilidad satisfactoria para The Prudential Insurance Company of America para mí mismo y/o mis dependientes.

RESIDENTES DE FLORIDA: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de lesionar, estafar o engañar a cualquier aseguradora, presente una reclamación o solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave en tercer grado.

RESIDENTES DE NUEVA YORK: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o reclamación que contenga información materialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información que tenga importancia material con ello, comete un acto fraudulento contra el seguro lo que constituye un delito y también estará sujeta a sanciones civiles que no excederán el monto de cinco mil dólares y el valor declarado en la reclamación por cada infracción de este tipo. Este aviso SOLO corresponde a la cobertura por accidentes e incapacidad.

He leído y entiendo los términos y requisitos de las advertencias sobre fraude incluidas como parte de este formulario.

Esta póliza/certificado proporciona beneficios limitados. Revise su certificado con cuidado.

Firma del empleado _____ Fecha de la firma (Mes/Día/Año) _____



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN - Miller and Long Todos los empleados por hora y asalariados

Control N.º 70788

Información general del empleado			
Apellido	Nombre	IM	Últimos 4 dígitos N.º Seguro Social XXX-XX-_____
Avisos importantes			
Para los residentes de todos los estados excepto Alabama, Arkansas, Carolina del Norte, el Distrito de Columbia, Florida, Kentucky, Luisiana, Maine, Maryland, Nueva Jersey, Nueva York, Pensilvania, Puerto Rico, Rhode Island, Utah, Vermont, Virginia y Washington; ADVERTENCIA: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a una compañía de seguros u otra persona, o que, a sabiendas de que está facilitando la perpetración de un fraude, proporcione información o datos incompletos, falsos, fraudulentos, falaces o engañosos cuando presente una solicitud de seguro o una reclamación de pago por una pérdida o beneficio, comete un acto fraudulento, es/puede ser culpable de un delito y se la puede procesar y castigar conforme a la ley estatal. Las penas pueden incluir multas, daños civiles y sanciones penales, incluido el encarcelamiento. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante ha proporcionado información falsa relacionada materialmente con una reclamación o si el solicitante oculta, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello. RESIDENTES DE ALABAMA: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación de pago por una pérdida o beneficio falsa o fraudulenta o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito penal y puede estar sujeta a multas compensatorias o encarcelamiento o una combinación de las dos. RESIDENTES DE ARKANSAS, DEL DISTRITO DE COLUMBIA, LUISIANA Y RHODE ISLAND: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación de pago por una pérdida o beneficio falsa o fraudulenta o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y penal y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento. RESIDENTES DE KENTUCKY: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro que contenga información materialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello, comete un acto fraudulento contra el seguro, lo que constituye un delito. RESIDENTES DE MAINE Y WASHINGTON: Cualquier persona que, a sabiendas, proporcione información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafarla comete un delito. Las penas incluyen encarcelamiento, multas o que le nieguen los beneficios del seguro. RESIDENTES DE MARYLAND: Cualquier persona que, a sabiendas o deliberadamente, presente una reclamación de pago por una pérdida o beneficio falsa o fraudulenta o que, a sabiendas o deliberadamente, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito penal y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento. RESIDENTES DE NUEVA JERSEY: Cualquier persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud de seguro está sujeta a sanciones civiles y penales. RESIDENTES DE CAROLINA DEL NORTE: Cualquier persona que, con la intención de lesionar, estafar o engañar a una compañía de seguros o a un reclamante del seguro, sabe que la declaración que presenta contiene información falsa sobre un hecho o asunto que tenga relación material con la reclamación, puede ser culpable de un delito grave de clase H. RESIDENTES DE PENNSILVANIA y UTAH: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o reclamación que contenga información materialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello comete un acto fraudulento contra el seguro, lo que constituye un delito, y causa que dicha persona esté sujeta a sanciones civiles y penales. RESIDENTES DE PUERTO RICO: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar, presente información falsa en una solicitud de seguro, o presente, ayude o cause la presentación de una reclamación fraudulenta de pago de una pérdida o cualquier otro beneficio, o presente más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, incurrirá en un delito grave y, además del encarcelamiento, será sancionada por cada infracción con una multa no menor a cinco mil dólares estadounidenses (\$5,000) y no mayor a diez mil dólares estadounidenses (\$10,000) o con un período fijo de encarcelamiento de tres (3) años, o ambas sanciones. Si hubiera circunstancias agravantes, la pena establecida podrá aumentarse hasta un máximo de cinco (5) años y, si hubiera circunstancias atenuantes, se podrá reducir a un mínimo de dos (2) años. RESIDENTES DE VERMONT: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación de pago de una pérdida falsa o fraudulenta o haga, a sabiendas, declaraciones falsas en una solicitud de seguro, puede ser culpable de un delito penal conforme a las leyes del estado. RESIDENTES DE VIRGINIA: Cualquier persona que, con la intención de estafar o a sabiendas de que está facilitando una estafa a una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa, puede haber violado la ley estatal.			

Debe completar un formulario separado de designación de beneficiarios. Si tiene alguna duda, comuníquese con Recursos Humanos para obtener información.

Las coberturas de seguro de vida temporal básico, seguro por muerte accidental y desmembramiento, seguro de vida temporal opcional, seguro de vida temporal de dependientes y seguro por incapacidad a largo y corto plazo son emitidas y/o administradas por The Prudential Insurance Company of America, 751 Broad Street, Newark, NJ 07102. Reclamaciones de seguro de vida: 1-800-524-0542 y apoyo por incapacidad 1-800-842-1718. El cuademillo-certificado contiene todos los detalles del plan, incluidas las exclusiones, limitaciones y restricciones de la póliza que correspondan. En caso de discrepancia entre este documento y el certificado-cuademillo/contrato grupal emitido por Prudential, regirán los términos del contrato grupal. Las disposiciones del contrato pueden variar de un estado a otro. California COA #1179, NAIC#68241. Serie contractual: 83500.

©2022 Prudential Financial, Inc. y sus entidades relacionadas.

Prudential, el logotipo de Prudential y el símbolo del peñón (the Rock) son marcas de servicio de Prudential Financial, Inc. y sus entidades relacionadas, registradas en muchas jurisdicciones de todo el mundo.

Las futuras comunicaciones escritas de The Prudential Insurance Company of America, incluidos los acuerdos contractuales y la información sobre mantenimiento de pólizas, serán en inglés. Los materiales adicionales también pueden estar en inglés.