



# FORMULARIO DE INSCRIPCION – AMY'S KITCHEN

Empleados Elegibles

No. de Control **70368**

<b>Información General del Empleado</b>		Fecha de Vigor de la Cobertura / /	
Apellido	Primer Nombre	MI	No de Teléfono
Domicilio		Ciudad	Estado
			Código Postal
Salario Anual \$ _____	No. de Seguro Social - -	Fecha de Nacimiento mes/día/año / /	Fecha de Contratación mes/día/año / /
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a		Fecha de Nacimiento de su Cónyuge/Pareja Domestica mes/día/año / /	
<b>Seguro de Término de Vida Básico y de Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&amp;D)</b>			
Su empleador le ofrece seguro de término de vida básico y AD&D sin costo para usted. Se le inscribirá automáticamente en este plan.			
<b>Seguro de Término de Vida Opcional</b>			
Cantidad de cobertura elegida: \$			
<b>Seguro de Término de Vida Opcional Para Dependientes</b>			
Debe estar inscrito en el seguro de vida a término opcional para elegir la cobertura para sus dependientes. La cobertura del cónyuge o pareja de hecho no puede exceder el 100% de su monto de cobertura de vida a término opcional. La cobertura para niños no puede exceder el 100% del monto de su cobertura de vida a término opcional.			
<b>Cónyuge o Pareja Domestica</b> Cantidad de cobertura elegida: \$ _____			
<b>Hijo(s)</b> Cantidad de cobertura elegida: \$ _____			
<b>Seguro de Muerte Accidental y Desmembramiento Opcional (OAD &amp; D)</b>			
<input type="checkbox"/> Debe estar inscrito en OAD & D para elegir la cobertura de OAD & D para sus dependientes. Los montos de cobertura de OAD & D de dependientes no pueden exceder el 100% de su monto de cobertura de OAD & D.			
Cantidad de cobertura elegida para el empleado: \$			
Cantidad de cobertura elegida para su cónyuge o pareja domestica: \$			
Cantidad de cobertura elegida para su(s) hijo/a(s): \$			
<b>Incapacidad de Corto Plazo</b>			
Su empleador le ofrece cobertura de seguro por incapacidad a corto plazo sin costo para usted. Se le inscribirá automáticamente en este plan.			
<b>Incapacidad de Largo Plazo</b>			
Su empleador le ofrece cobertura de seguro por incapacidad a corto plazo sin costo para usted. Se le inscribirá automáticamente en este plan.			

También debe completar un formulario de designación de beneficiarios por separado. Si tiene alguna pregunta, consulte Recursos humanos para obtener más detalles.



# FORMULARIO DE INSCRIPCION – AMY'S KITCHEN

Empleados Elegibles

No. de Control **70368**

Información General del Empleado			
Apellido	Primer Nombre	Inicial del segundo nombre	Últimos 4 números de su seguro social XXX-XX-_____

## Aceptación o renuncia a la cobertura

Me estoy inscribiendo para la cobertura y autorizo a mi empleador a deducir de mis ganancias hasta nuevo aviso mis contribuciones para el seguro en virtud de un contrato emitido por The Prudential Insurance Company of America. Entiendo que si deseo aumentar el monto de mi seguro o agregar cobertura para dependientes en el futuro, es posible que se me solicite que proporcione evidencia de asegurabilidad para mí y / o mis dependientes. A mi leal saber y entender, declaro que la declaración anterior es verdadera y entiendo que es la base para determinar la contribución para la cobertura. También entiendo que para que la cobertura entre en vigencia, debo trabajar activamente durante el período de inscripción y en la fecha de vigencia del plan. Si solicito un monto que requiera evidencia de asegurabilidad satisfactoria para The Prudential Insurance Company of America, debo estar trabajando activamente en la fecha de aprobación por el monto que requiere evidencia satisfactoria de asegurabilidad.

No deseo inscribirme para ninguna de las coberturas opcionales anteriores. Certifico que mi empleador antes mencionado me ha dado la oportunidad de inscribirme para la cobertura. Entiendo que si deseo inscribirme más adelante, se me puede solicitar que proporcione evidencia satisfactoria de asegurabilidad a The Prudential Insurance Company of America para mí y / o mis dependientes.

**RESIDENTES DE FLORIDA** -Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave de tercer grado.

**RESIDENTES DE NUEVA YORK**- Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa, o que oculte, con el propósito de engañar, información relativa a cualquier hecho material al respecto, comete un acto de seguro fraudulento. , que es un delito, y también estará sujeto a una multa civil que no exceda los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada infracción. **Esta advertencia SÓLO se aplica a la cobertura de accidentes y incapacidad.**

**He leído y entiendo los términos y requisitos de las advertencias de fraude incluidas como parte de este formulario. La póliza / certificado proporciona beneficios limitados. Revise su certificado detenidamente.**

Firma del Empleado \_\_\_\_\_ Fecha que este formulario fue firmado \_\_\_\_\_

**PARA ASEGURADOS QUE RESIDEN EN MICHIGAN O MINNESOTA SOLAMENTE** - Si desea inscribir a su cónyuge o pareja de hecho, y / o hijo elegible de 18 años de edad o mayor para la cobertura de seguro de vida de dependientes y / o muerte accidental y desmembramiento, su cónyuge o pareja de hecho, y / o cada uno de sus hijos elegibles de edad 18 años o más deben dar su consentimiento para dicha cobertura firmando y fechando este consentimiento en los espacios apropiados a continuación.

La cobertura de su cónyuge o pareja de hecho e hijo (s) de 18 años o más no entrará en vigencia a menos y hasta que se proporcione el consentimiento requerido.

Firma de Cónyuge/Pareja Domestica \_\_\_\_\_ Fecha que este formulario fue firmado \_\_\_\_\_

Firma de Hijo/a \_\_\_\_\_ Fecha que este formulario fue firmado \_\_\_\_\_

Firma de Hijo/a \_\_\_\_\_ Fecha que este formulario fue firmado \_\_\_\_\_

La Opción de Beneficio Acelerado por Muerte es una característica que está disponible para los participantes del seguro de vida grupal. No es un beneficio de seguro médico, de hogar de ancianos o de atención a largo plazo y no está diseñado para eliminar la necesidad de esos tipos de cobertura de seguro. El beneficio por fallecimiento se reduce por el monto del beneficio por fallecimiento acelerado pagado. No hay tarifa administrativa para acelerar los beneficios. La recepción de beneficios por fallecimiento acelerados puede afectar la elegibilidad para la asistencia pública y puede estar sujeta a impuestos. El tratamiento del impuesto sobre la renta federal de los pagos realizados en virtud de esta cláusula adicional depende de si el asegurado es el beneficiario de los beneficios y se considera una enfermedad terminal o una enfermedad crónica. Es posible que desee buscar asesoramiento fiscal profesional antes de ejercer esta opción.

**AVISO AL CONSUMIDOR: ESTE ES UN SUPLEMENTO DEL SEGURO DE SALUD Y NO SUSTITUYE LA MAYOR COBERTURA MÉDICA. LA FALTA DE COBERTURA MÉDICA MAYOR (U OTRA COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA) PUEDE RESULTAR EN UN PAGO ADICIONAL CON SUS IMPUESTOS. ADEMÁS, LOS BENEFICIOS PROPORCIONADOS POR ESTA POLÍTICA NO PUEDEN COORDINARSE CON LOS BENEFICIOS PROPORCIONADOS POR OTRA COBERTURA. POR FAVOR, REVISE LOS BENEFICIOS PROPORCIONADOS POR ESTA POLÍTICA DETENIDAMENTE PARA EVITAR UNA DUPLICACIÓN DE COBERTURA.**



# FORMULARIO DE INSCRIPCION – AMY'S KITCHEN

Empleados Elegibles

No. de Control **70368**

Información General del Empleado			
Apellido	Primer Nombre	Inicial del segundo nombre	Últimos 4 números de su seguro social XXX-XX- _____

## Noticias Importantes

**Para residentes de todos los estados excepto Alabama, Arkansas, el Distrito de Columbia, Florida, Kentucky, Luisiana, Maine, Maryland, Nueva Jersey, Nueva York, Carolina del Norte, Pensilvania, Puerto Rico, Rhode Island, Utah, Vermont, Virginia y Washington; AVISO:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona, o sabiendo que está facilitando la comisión de un fraude, presente datos o información incompleta, falsa, fraudulenta, engañosa o engañosa al presentar una solicitud de seguro. o una declaración de reclamación por el pago de una pérdida o beneficio comete un acto de seguro fraudulento, es / puede ser culpable de un delito y puede ser procesado y castigado según la ley estatal. Las sanciones pueden incluir multas, daños civiles y sanciones penales, incluido el encarcelamiento. Además, una aseguradora puede negar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa materialmente relacionada con un reclamo o si el solicitante oculta, con el propósito de inducir a error, información relacionada con cualquier hecho relevante. **RESIDENTES DE ALABAMA** - Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o beneficio o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución o encarcelamiento, o cualquier combinación de los mismos.

**RESIDENTES DE ARKANSAS, DISTRICT OF COLUMBIA, LOUISIANA and RHODE ISLAND** - Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o beneficio, o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión. **RESIDENTES DE KENTUCKY** - Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro que contenga información materialmente falsa u oculte, con el propósito de inducir a error, información relativa a cualquier hecho relevante, comete un acto de seguro fraudulento, que es 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 defraudarla, comete un delito. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de beneficios de seguro.

**RESIDENTES DE MARYLAND** - Cualquier persona que, a sabiendas o intencionalmente, presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o beneficio o que, a sabiendas o intencionalmente, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

**RESIDENTES DE NEW JERSEY** - Cualquier persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud de póliza de seguro está sujeta a sanciones penales y civiles.

**RESIDENTES DEL CAROLINA DEL NORTE** - Cualquier persona que, con la intención de herir, defraudar o engañar a una aseguradora o reclamante de seguros, sabiendo que la declaración contiene información falsa sobre un hecho o asunto material para el reclamo 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 defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información relativa a cualquier hecho material, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.

**RESIDENTES DE PUERTO RICO** - Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar, presente información falsa en una solicitud de seguro, o presente, ayude o provoque la presentación de un reclamo fraudulento por el pago de una pérdida o cualquier otro beneficio, o presente más de un reclamo por el mismo daño o pérdida, incurrirá en un delito grave y, al ser declarado culpable, será sancionado por cada violación con una multa de no menos de cinco mil dólares (\$ 5,000) y no más de diez mil dólares (\$ 10,000), o una pena de prisión fija por tres (3) años, o ambas sanciones. Debería si concurren circunstancias agravantes, la pena así establecida podrá aumentarse hasta un máximo de cinco (5) años, si concurren circunstancias atenuantes podrá reducirse a un mínimo de dos (2) años.

**RESIDENTES DE VERMONT** - Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o que, a sabiendas, haga una declaración falsa en una solicitud de seguro puede ser culpable de un delito penal según la ley estatal.

**RESIDENTES DE VIRGINIA** - Cualquier persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa puede haber violado la ley estatal.

**Los empleados y / o dependientes pueden no ser elegibles para la cobertura de seguro grupal mientras estén en servicio activo en las fuerzas armadas.** Las coberturas de seguro de vida a término básico, muerte accidental y desmembramiento, vida a término opcional, vida a término para dependientes, discapacidad a largo plazo, discapacidad a corto plazo son emitidas por The Prudential Insurance Company of America, 751 Broad Street, Newark, NJ 07102. Reclamaciones de vida: 1-800-524-0542 y Asistencia para discapacitados 1-800-842-1718. El Folleto-Certificado contiene todos los detalles, incluidas las exclusiones, limitaciones y restricciones de la póliza que puedan aplicarse. Si hay una discrepancia entre este documento y el Folleto-Certificado / Contrato de grupo emitido por Prudential, regirán los términos del Contrato de grupo. Las disposiciones del contrato pueden variar según el estado. California COA #1179, NAIC#68241. Contract Series: 83500. ©2020 Prudential Financial, Inc. y sus entidades relacionadas. Prudential, el logotipo de Prudential y el símbolo de Rock son marcas de servicio de Prudential Financial, Inc. y sus entidades relacionadas, registradas en muchas jurisdicciones en todo el mundo.