

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

Por favor, imprima claramente y marque cuidadosamente.

Nombre del Empleador/Titular del Plan: CHILD CARE PROVIDERS UNITED - CALIFORNIA WORKERS HEALTH CARE FUND	Número de plan grupal: 00079268	Beneficios Efectivo: _____
POR FAVOR, MARQUE LA CASILLA CORRESPONDIENTE	Inscripción inicial Cobertura de Abandono/Rechazo	Agregar Participante/Miembro Dependientes/Miembros de la Familia Cambio de información

En este formulario, se le denominará participante/miembro. Los miembros de su familia se denominarán Dependientes/Miembros de la Familia. También habrá momentos, cuando refiriéndose a los Dependientes/Miembros de la Familia, este formulario distinguirá entre su cónyuge y sus hijos. Dependiendo del tipo de plan que seleccionó el Fondo de Atención Médica de CCPU, otros documentos del plan pueden referirse a usted como participante, miembro o un término similar, y, a los miembros de su familia, como miembros de la familia, dependientes, dependientes elegibles o un término similar. Consulte la póliza de grupo, certificado de cobertura (a veces llamado guía para miembros), para ver cómo se definen los términos y para determinar qué miembros de su familia son elegibles para la cobertura. Los documentos del plan, como la póliza de grupo, el certificado de cobertura (a veces llamado guía para miembros), controlan si hay alguna disputa con respecto al significado de los términos utilizados en este formulario.

Sobre usted: Nombre legal completo: Nombre, I Apellido: ¿Cuál es el nombre que utiliza? (Opcional)	Identificación proporcionada por el Fondo de Atención Médica de CCPU: _____	Número de Seguro Social Se debe proporcionar su número de seguro social si se inscribe en la cobertura de vida. Cobertura de discapacidad a corto plazo y/o cobertura de discapacidad a largo plazo.	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Identidad de género: M F		Fecha de nacimiento (dd-mm-aa)	
Teléfono (indicar primario):		Hogar Trabajo Móvil	
Dirección de correo electrónico (indicar principal)		Hogar _____ Trabajo _____	
¿Está casado o en una pareja de hecho?		Sí No Fecha de matrimonio/pareja de hecho:	
¿Tiene hijos u otros dependientes?		Sí No Fecha de colocación del niño adoptivo:	

Acerca de su	Título del trabajo: Proveedor de cuidado de niños
---------------------	--

Acerca de su familia:
Incluya los nombres de los dependientes/miembros de la familia que desea inscribir. Puede inscribir solo a aquellos dependientes/familiares que sean elegibles para la cobertura. Consulte los documentos del plan, como la póliza de grupo, la guía para miembros o el certificado, para determinar si un dependiente/familiar es elegible para la cobertura.

Si se necesita espacio adicional, adjunte una página separada con esta información junto con su formulario de inscripción. Se debe proporcionar el número de seguro social de cada dependiente/miembro de la familia si se inscribe en la cobertura de vida. Asegúrese de firmar y fechar el documento y guarde una copia para sus registros. Es posible que se requiera información adicional para dependientes no estándar, como una sobrina o un sobrino.

Cónyuge Dirección/Ciudad/ Estado/Código Postal: Teléfono:	Identidad de género: M F	Número de Seguro Social Fecha de nacimiento (dd-mm-aaaa)	
--	--------------------------------	---	--

Hijo/Dependiente 1: Dirección/Ciudad/Estado/ Código Postal: Teléfono:	Añadir Soltar	Identidad de género : M F	Número de Seguro Social Fecha de nacimiento (dd-mm-aaaa)	Estado (verifique según corresponda) Estudiante (después de la escuela secundaria) Discapacitado Depende no-estándar
Hijo/Dependiente 2: Dirección/Ciudad/Estado/ Código Postal: Teléfono:	Añadir Soltar	Identidad de género : M F	Número de Seguro Social Fecha de nacimiento (dd-mm-aaaa)	Estado (verifique según corresponda) Estudiante (después de la escuela secundaria) Discapacitado Depende no-estándar
Hijo/Dependiente 3: Dirección/Ciudad/Estado/ Código Postal: Teléfono:	Añadir Soltar	Identidad de género : M F	Número de Seguro Social Fecha de nacimiento (dd-mm-aaaa)	Estado (verifique según corresponda) Estudiante (después de la escuela secundaria) Discapacitado Depende no-estándar
Hijo/Dependiente 4: Dirección/Ciudad/Estado/ Código Postal: Teléfono:	Añadir Soltar	Identidad de género : M F	Número de Seguro Social Fecha de nacimiento (dd-mm-aaaa)	Estado (verifique según corresponda) Estudiante (después de la escuela secundaria) Discapacitado Depende no-estándar

Cobertura de Vida a Término Voluntario con Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D):

Debe estar inscrito para cubrir a sus dependientes/familiares. Se aplican reducciones de beneficios. Consulte al administrador del plan.

La cantidad de cobertura de seguro de vida que seleccione puede ser una cantidad específica en dólares o una cantidad que sea un múltiplo de su salario y puede estar sujeta a ciertas reducciones.

Participante/Miembro

Política	Importe	Marque una sola casilla				
	\$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 la Garantía. Se debe completar la sección de Historial de Salud si se elige cualquier monto por encima del Monto de Emisión de la Garantía.

Agregar Póliza de Vida Voluntaria para Cónyuge o Pareja

Importe					
\$5,000	\$10,000	\$15,000	\$20,000	\$25,000	\$30,000
\$35,000	\$40,000	\$45,000	\$50,000*	\$55,000	\$60,000
\$65,000	\$70,000	\$75,000	\$80,000	\$85,000	\$90,000
\$95,000	\$100,000	\$105,000	\$110,000	\$115,000	\$120,000
\$125,000	\$130,000	\$135,000	\$140,000	\$145,000	\$150,000
\$155,000	\$160,000	\$165,000	\$170,000	\$175,000	\$180,000
\$185,000	\$190,000	\$195,000	\$200,000	\$205,000	\$210,000
\$215,000	\$220,000	\$225,000	\$230,000	\$235,000	\$240,000
\$245,000	\$250,000				

*Monto de Emisión de la Garantía

*El monto no podrá ser superior al 50% del monto del participante en concepto de Vida Voluntaria.

No quiero esta cobertura

SEGURO DE VIDA *continuación*

Agregar Vida Voluntaria para Dependiente/Hijo(s)

Monto de la póliza

\$5,000 \$10,000*

*Monto de Emisión de la Garantía

*El monto no podrá ser superior al 100% del monto del participante en concepto de Vida Voluntaria.

No quiero esta cobertura

Notas importantes :

- Según los beneficios de su plan y su edad, es posible que deba completar un formulario de evidencia de asegurabilidad.

Participante/Miembro

Solo Nombra a tus beneficiarios: (Los porcentajes de beneficiarios principales deben sumar el 100%) Si elige diferentes beneficiarios que no son los mismos que los nombrados para el Vida Básica o el Vida a Término Voluntario, por favor nombra a continuación.

Si se necesita espacio adicional, adjunte una hoja de papel separada con esta información junto con su formulario de inscripción. Asegúrese de firmar y fechar el documento y guarde una copia para sus registros.

Beneficiarios principales:

Nombre: _____ Número de Seguro Social: _____ % _____

Fecha de nacimiento (dd-mm-aa): _____ Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono: _____ Relación con el Participante/Miembro: _____

Nombre: _____ Número de Seguro Social: _____ - - % _____

Fecha de nacimiento (dd-mm-aa): _____ Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono: _____ Relación con el Participante/Miembro: _____

Beneficiario contingente: _____ Número de Seguro Social: _____ - -

Fecha de nacimiento (dd-mm-aa): _____ Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono: _____ Relación con el Participante/Miembro: _____

(En caso de que los beneficiarios principales hayan fallecido, el beneficiario contingente recibirá el beneficio. El Fondo de Atención Médica de CCPU mantiene la información de los beneficiarios).

Cónyuge o pareja y dependiente/hijo(s): si el beneficiario previsto va a ser alguien que no sea el participante/miembro, complete el formulario de designación de beneficiario .

Atención: Si alguno de los beneficiarios mencionados anteriormente es menor de edad (una persona menor de 18 o 21 años, dependiendo de su estado de residencia), la ley estatal puede limitar la capacidad del tutor para pagar los ingresos del seguro de vida directamente a ellos durante el tiempo que sigan siendo menores de edad. Las leyes de la Ley Uniforme Estatal de Transferencias a Menores (UTMA), cuando corresponda, pueden permitir el curso normal del pago de estos ingresos, o una parte de los mismos, al Custodio designado por el beneficiario menor para que lo administre en nombre del menor hasta que alcance la edad adulta. En ese momento, las ganancias se entregan al hijo adulto, quien puede usar las ganancias de la manera que elija.

¿Alguno de los beneficiarios identificados anteriormente es considerado menor de edad en el estado en el que reside? Marque una sola casilla. Sí No
Si su respuesta es "SI", nombre al Custodio de UTMA legalmente designado para todos los beneficiarios menores de edad que haya designado:

Custodio de beneficiarios menores de edad:

Nombre: _____ Número de Seguro Social (o FEIN/TIN # si es una entidad corporativa): _____

Fecha de nacimiento (dd-mm-aaaa) (si es una persona): _____ Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono: _____

Firma

- Entiendo que mis dependientes/familiares no pueden ser inscritos en una cobertura si yo no estoy inscrito en esa cobertura.
- SOLO DE VIDA: Entiendo que la cobertura de seguro de vida para un dependiente/miembro de la familia, que no sea un niño recién nacido, no entrará en vigencia si ese dependiente/miembro de la familia está confinado en un hospital u otro centro de atención médica, o está confinado en casa, o no puede realizar dos o más Actividades de la Vida Diaria (ADL).
- Entiendo que debo estar trabajando activamente o mi cobertura elegida no entrará en vigencia hasta que haya cumplido con los requisitos de elegibilidad (según se define en el folleto de beneficios). Esto no se aplica a los jubilados elegibles.
- Si se renuncia a la cobertura y luego decide inscribirse, es posible que se apliquen multas por ingreso tardío. También es posible que tenga que proporcionar, a su propio costo, prueba de la asegurabilidad de cada persona. El tutor o la persona que éste designe tiene derecho a rechazar su solicitud.

- Entiendo que se pueden aplicar limitaciones y exclusiones al diseño del plan. Para obtener detalles completos de la cobertura, consulte los documentos del plan o los materiales de inscripción. Es posible que se apliquen limitaciones estatales.
- Su cobertura no será efectiva hasta que sea aprobada por un tutor o su asegurador designado.
- Por la presente, solicito los beneficios grupales que he elegido anteriormente.
- Entiendo que debo cumplir con los requisitos de elegibilidad para todas las coberturas que he elegido anteriormente.
- El envío de este formulario no garantiza la cobertura. Entre otras cosas, la cobertura depende de la aprobación de la suscripción y del cumplimiento de los requisitos de elegibilidad aplicables.
- Doy fe de que la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.
- "La ley de California prohíbe que las compañías de seguros de salud requieran o utilicen una prueba de VIH como condición para obtener cobertura de seguro de salud".

Cualquier persona que a sabiendas presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura de seguro o para presentar un reclamo por el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.

La ley de California requiere que las aseguradoras que ofrecen pólizas o certificados de Accidentes, Cáncer, Enfermedades Críticas e Indemnización Hospitalaria deben exigir que la persona a asegurar esté cubierta por beneficios de salud esenciales o cobertura esencial mínima según se define en la ley federal. Si no tiene dichos beneficios de salud esenciales o cobertura esencial mínima según se define en la ley federal, no puede inscribirse en la cobertura de accidentes, cáncer, enfermedades críticas o indemnización hospitalaria. Con su firma a continuación, usted da fe afirmativamente de que usted y cualquier dependiente que esté cubierto, están cubiertos por beneficios de salud esenciales o cobertura esencial mínima según se define en la ley federal.

Firma del participante/Miembro X _____

Fecha _____

Declaraciones de advertencia de fraude

Las leyes de varios estados requieren que aparezcan las siguientes declaraciones en el formulario de inscripción:

Alabama: Cualquier 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 es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución o confinamiento en prisión, o cualquier combinación de ambos.

Colorado: Es ilegal proporcionar a sabiendas hechos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, proporcione hechos o información falsos, incompletos o engañosos a un titular de póliza o reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o reclamante con respecto a un acuerdo o indemnización pagadera con los ingresos del seguro deberá ser informada a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

Delaware, Indiana y Oklahoma: ADVERTENCIA: Cualquier persona que a sabiendas, y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier asegurador, haga cualquier reclamo por los ingresos de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Distrito de Columbia: ADVERTENCIA: Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento y/o multas. Además, un asegurador puede negar los beneficios del seguro, si el solicitante proporcionó información falsa materialmente relacionada con un reclamo.

Florida: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier asegurador presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

Kentucky: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho material de la misma, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito.

Louisiana y Texas: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y confinamientos en una prisión estatal.

Maryland : Cualquier persona que a sabiendas o deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para 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 confinamiento en prisión.

Nueva Jersey: Cualquier persona que a sabiendas presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

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, u oculte con el propósito de engañar, información relativa a cualquier hecho material de la misma, comete un acto fraudulento de seguros, que es un delito, y también estará sujeta a una multa civil que no exceda los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada una de esas violaciones. (No se aplica a la Vida Seguro.)

Nuevo México: CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO O QUE A SABIENDAS PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE ESTAR SUJETA A MULTAS CIVILES Y SANCIONES PENALES.

Ohio: Cualquier persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguros.

Rhode Island: Cualquier persona que a sabiendas y deliberadamente presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas y deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Virginia: Cualquier persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa puede haber violado la ley estatal.