



Preocúpase Menos. Viva Más.
 Oficinas de la Corporación: One Pre-Paid Way . Ada, OK 74820
 www.LegalShield.com . 800.654.7757
 LegalShield es el nombre comercial de Pre-Paid Legal Services, Inc. Y sus subsidiarios

- Seleccione el Subsidiario Aplicable:**
- Pre-Paid Legal Services, Inc.
 - Pre-Paid Legal Services, Inc. of Florida
 - Pre-Paid Legal Casualty, Inc.
 - Legal Service Plans of Virginia, Inc.
 - Pre-Paid Legal Access, Inc.



OFFICE USE ONLY			
CWA		PLAN	
FOB		FRAN	
MODE		GR#	

SOLICITUD DE MEMBRESÍA DE BENEFICIO DE EMPLEADO ● MAS

Fecha de Hoy ___/___/___ **Favor de elegir el plan apropiado:**

MES DÍA AÑO Standard Plan IDT ST___ GOLD___ MINORS___

Hora del Día ___ A.M. P.M. Additional Trial Defense Other _____

Una cuota de \$10 no reembolsable (\$25 para CDLP) no será aplicable debido a que su empleador le ofrece esto en su trabajo.
Favor de imprimir de manera LEGIBLE, TODA LETRA IMPRENTA MAYÚSCULA, utilizando únicamente TINTA AZUL O NEGRA.

1 Información Personal La información que Ud. provee en esta solicitud se considera información no pública y LegalShield toma cuidado en proteger su información.

Sr. Sra. Srta. Doctor **No. de Seguro Social del Solicitante** _____ **Fecha de Nacimiento:** ___/___/___
Únicamente para Uso Interno

Nombre del Solicitante _____
Apellido Nombre Segundo Inicial

***Nombre del Co-Solicitante** _____
Apellido Nombre Segundo Inicial

Dirección _____
Apt. No./Oficina No.

Ciudad Estado Código Postal + 4

Teléfono No. () _____ () _____ () _____
Negocio Exten. Casa Celular

Email (Dirección electrónica) _____ (iSu privacidad es prioridad para nosotros! No venderemos su dirección de email ni información personal a ningún tipo de vendedor tercero.)

Favor de indicar abajo, de forma voluntaria, si Ud. es ciego o sordo. Toda información se mantendrá confidencial y será utilizada únicamente para mejorar los servicios provistos por LegalShield a su asociados y miembros ciegos y/o sordos.

Ciego Sordo

Únicamente para Uso del Asociado

No. Asignado de Asociado _____ **Teléfono de Negocio** () _____

Nombre del Asociado _____
Apellido Nombre Inicial

No. de Seguro Social _____ **No. de Licencia del Asociado** _____
(Si tiene Licencia) (En Florida)

Firma del Asociado _____

APP.PDSPAN (10.12)

2 Información de Dependientes

Información de Dependientes Si Ud. tiene más de tres (3) dependientes, favor de adjuntar una hoja por separado.

Nombre _____ Apellido	Nombre _____	Inicial _____	Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ MES DÍA AÑO
Nombre _____ Apellido	Nombre _____	Inicial _____	Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ MES DÍA AÑO
Nombre _____ Apellido	Nombre _____	Inicial _____	Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ MES DÍA AÑO
Nombre _____ Apellido	Nombre _____	Inicial _____	Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ MES DÍA AÑO
Nombre _____ Apellido	Nombre _____	Inicial _____	Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ MES DÍA AÑO

En ALABAMA, cualquier persona que conscientemente presenta un reclamo falso o fraudulento para pago de una pérdida o beneficio o quien conscientemente presenta información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un crimen y puede ser sujeto a multas de restitución o detención en prisión o cualquier combinación de ambos. **En FLORIDA**, cualquier persona que conscientemente y con intento de dañar, defraudar o engañar cualquier asegurador, presenta declaración por reclamo o una solicitud que contiene cualquier información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito de tercer grado. **En NEW JERSEY**, cualquier persona que incluye información falsa o engañosa en una solicitud para una póliza de seguros es sujeto a penalidades criminales y civiles. **En OREGON**, cualquier persona que conscientemente y con intento de dañar, defraudar o engañar cualquier asegurador, presenta declaración por reclamo o una solicitud que contiene cualquier información falsa, incompleta o engañosa concerniente a un hecho material, puede ser sujeto a penalidades criminales o civiles y/o cancelación del contrato. **En TENNESSEE**, es un crimen proveer conscientemente información incompleta o engañosa a una compañía aseguradora con el propósito de defraudar a la compañía. Las penalidades incluyen ir preso, multas y la negación de beneficios de seguro.

Solicitante: Entiendo que el contrato escrito presenta los términos de mi membresía, incluyendo cualquier exclusión o limitación, y acuerdo en estar sujeto a los mismos. Además entiendo que le compañía me enviará por correo el contrato escrito a la dirección aquí notada dentro de los siguientes catorce días. Si no he recibido mi contrato dentro de ese lapso de tiempo, entiendo que es mi responsabilidad llamar a LegalShield para obtener una copia. El contrato escrito, junto con esta solicitud, constituyen el acuerdo completo entre la compañía y el miembro con respeto a la membresía, y no hay acuerdos, entendidos, representaciones fuera de los aquí asentados y en el contrato de membresía.

Por este medio reconozco que en esta fecha, compré este plan en la ciudad de _____ en el estado de _____. Con firmar esta solicitud certifico que estoy residiendo legalmente en los Estados Unidos (de América) y concuerdo con la Autorización de Pago anterior y las cuotas de membresía arriba seleccionadas.

Empleador _____ **Ocupación** _____

Firma del Solicitante **X** _____

3 Autorización Para Deducción del Sueldo

Fecha de Hoy ____ / ____ / ____
MES DÍA AÑO

No. de Seguro Social del Solicitante _____
Únicamente para Uso Interno

Nombre del Solicitante _____
Apellido Nombre Inicial

Por este medio autoriza a (Nombre de la Compañía) _____

Ciudad Estado **a cobrar** \$ _____

de mi salario por (circule uno: semana 7 mes / otro _____) para mi membresía de LegalShield y subsidiario y enviar tal monto directamente a LegalShield. Acuerdo en que la compañía no será responsable de mi decisión de adquirir la membresía de LegalShield o los servicios provistos mediante mi membresía, y que la única responsabilidad de la compañía es de retener y pagar mi cuota de membresía a LegalShield.

Firma del Solicitante **X** _____