



Corporativo: One Pre-Paid Way • Ada, OK 74820
www.LegalShield.com • 800-654-7757



OFFICE USE ONLY			
CWA		PLAN	
FOB		FRAN	
MODE		GR#	

Seleccionar subsidiaria correspondiente:

LegalShield es el nombre comercial de Pre-Paid Legal Services, Inc. y sus subsidiarias.

- Pre-Paid Legal Services, Inc.
- Pre-Paid Legal Casualty, Inc.
- Legal Service Plans of Virginia, Inc.
- Pre-Paid Legal Services, Inc. of Florida
- Pre-Paid Legal Access, Inc.

SOLICITUD DE MEMBRESÍA PARA EMPLEADOS

Fecha de hoy / / **Hora del día** A.M. P.M.

No aplica la cuota no reembolsable de \$10 (\$25 en planes para conductores comerciales) por ser un plan por medio de su empleador. Los miembros del Suplemento para Negocios Caseros deberán incluir un documento con lo siguiente: **1)** nombre del negocio, **2)** no. de identificación del contribuyente, **3)** una descripción general del negocio.

- Seleccione plan:**
- Plan Legal Individual Familiar
 - IDShield Individual Familiar
 - Supl. Defensa en Juicios
 - Conductores Comerciales
 - Supl. Negocios Caseros
 - Otro

1 Datos personales Los datos que proporcione en esta solicitud se consideran no públicos y LegalShield se esmera por protegerlos.

Sr. Sra. Srita. **Seg. Social del Solicitante** Solo para uso interno **Fecha de nac.** / / MM / DD / AAAA

(*Cosolicitante se refiere al esposo(a) o pareja de hecho, en unión libre, del mismo sexo u otro término específicamente definido por una disposición local, estatal o federal. No es aplicable a planes individuales.)

Nombre del solicitante Apellido Nombre 2ª. Inicial
****Email**

***Nombre del cosolicitante** Apellido Nombre 2ª. Inicial
****Email**

Fecha de nac. / / MM / DD / AAAA

Dirección Apt.#/Ste.#
 Ciudad Estado CP (Zip) + 4

(**Indique su email para recibir beneficios de la membresía. No vendemos sus datos personales a terceras personas.)

Teléfono Trabajo Ext. Casa Cel.

Plé pedimos que voluntariamente indique si es ciego o sordo. Toda la información es confidencial y sólo se utiliza para mejorar los servicios de LegalShield.

- Ciego
- Sordo

Únicamente para uso del Asociado

Asociado # **Teléfono de Negocio**

Nombre del Asociado Apellido Nombre 2ª. Inicial **No. de Seguro Social** (Si tiene Licencia)

No. de Licencia del Asociado (En Florida) **Nombre/Núm. de identificación del elaborador, si corresponde**

Firma del Asociado

