



# solicitud de membresía UNIVERSAL

Pre-Paid Legal Services®, Inc., and subsidiaries  
Corporate Offices: P.O. Box 145 • Ada, OK 74821-0145

Se requiere una cuota de ingreso de \$10, no reembolsable.

## información del miembro

Fecha de Hoy  /  /  Si selecciona un giro bancario electrónico como su opción de pago, su cuenta será girada en esta fecha o alrededor de esta fecha.

Mes      Día      Año

No. de Seguro Social  -  -  Sólo para el uso interno de PPLSI. Nuestra póliza de privacidad está disponible al pedirla.

Nombre Apellido  Inicial

Nombre

Dirección # de Apartamento

Número de Calle

Cuidad

Estado  Código + 4

Fecha de Nacimiento del Miembro  /  /

Mes      Día      Año

Cónyuge Apellido  Inicial

Nombre

Teléfono de Trabajo  -  -  Ext.

Teléfono de Casa  -  -

Correo electrónico   No deseo recibir actualizaciones por e-mail de PPLSI sobre mi membresía. (¿Su privacidad es nuestra prioridad! PPLSI no venderá su dirección de e-mail ni información personal de ninguna índole a terceros.)

## información de pago

### Giro Mensual o Anual

**Autorización para Transferencias electrónicas para los Pagos a la Cuota:** Por éste medio autorizo a Pre-Paid Legal Services®, Inc., a hacer retiro de mi cuenta de ahorros/cheques de la institución financiera aquí nombrada. Acuerdo que si culaquier cargo no se honrara, sea intencionalmente o inadvertidamente, Pre-Paid Legal Services®, Inc., no correrá ningún riesgo. Esta autorización permanece en efecto hasta que Pre-Paid Legal Services®, Inc., reciba mi notificación por escrito revocando dicha autorización.

Nombre del Banco  (Institución financiera)

Dirección del Banco

Cuidad  Estado  Código

No. de Cuenta

No. de Tránsito de la Institución

Firma del propietario de la cuenta Bancaria

Cuenta de Cheques (Adjunte cheque de la cuenta.)  Cuenta de Ahorros (Adjunte verificación)

### Pago anual/mensual con Tarjeta de Crédito (Su cuenta será girada en o alrededor del día 15 ó 25 de cada mes.)

Deseo pagar con tarjeta de crédito hasta revocar esta autorización por escrito.

No. de Tarjeta  Fecha de Vencimiento  (Mes/Año)

Firma del Dueño de la Tarjeta  MasterCard  Visa  Discover  AMEX

### Cobro Directo Anual

Deseo pagar anualmente por cheque. Cheques a favor de Pre-Paid Legal Services, Inc.

Suma adjunta:

\*Deberá incluirse el pago del primer año.

### MARQUE UN SOLO CUADRO

- Pre-Paid Legal Services®, Inc.
  - Pre-Paid Legal Casualty™, Inc.
  - Pre-Paid Legal Services of Tennessee, Inc.
  - Pre-Paid Legal Services, Inc. of Florida
  - National Pre-Paid Legal Services of Mississippi, Inc.
  - Legal Service Plans of Virginia, Inc.
  - Ohio Access to Justice, Inc.
- administered by Pre-Paid Legal Services®, Inc.

### MARQUE TODOS LOS CUADROS APLICABLES\*

- Standard Plan  Expanded Plan
- Commercial Drivers Legal Plan (\$25 Enrollment Fee)
- Law Officers Legal Plan  Exp. Law Officers Legal Plan
- Home-Based Business Plan (1st time enrollee)
- HBB Rider only (must be same payment method as Expanded Plan)
- Legal Shield  Other\*

Para uso de oficina solamente

CWA	
FOB	
MODE	
PLAN	
FRAN	
GR#	

\*No todos los planes están en todos los estados.

IR

Use Letra de Imprenta

Unicamente Asociados

#Asignado del Asociado

Nombre del Asociado Vendedor

# de Seguro Social del Asociado Vendedor (si tiene licencia)

# de Licencia de Asociado en Florida

Teléfono de Trabajo

Firma del Asociado

Solicitante: Entiendo que el contrato escrito propone los términos de mi membresía, incluyendo cualquieras exclusiones o limitaciones, y acuerdo cumplir con el mismo. Además, entiendo que la compañía me enviará el contrato por escrito a la dirección aquí indicada dentro de los próximos catorce días. Si no he recibido mi contrato en ese lapso de tiempo, entiendo que es mi responsabilidad de llamar a las Oficinas Centrales de Pre-Paid Legal Services, al 1-800-654-7757 para obtener una copia. El contrato escrito, junto con esta solicitud, constituyen el convenio completo entre la compañía y el miembro con respeto a la membresía, y no hay convenios, acuerdos, garantías ni representaciones fuera de los aquí asentados y en el contrato de membresía.

En Florida, cualquier persona que deliberadamente presente una declaración de indemnización ó una solicitud conteniendo información materialmente falsa, incompleta ó errónea concerniente a un hecho material con intención de perjudicar, estafar ó engañar a un asegurador será culpable de un delito mayor de tercer grado.

Reconozco en este fecha haber comprado este plan en la ciudad de  en el estado de . Certifico con firmar este plan estar residiendo legalmente en los Estados Unidos de Norteamérica.

Firma del Solicitante

Dependientes	Mes / Día / Año
Apellido/Nombre/Inicial <input type="text"/>	Fecha de Nacimiento <input type="text"/>
Apellido/Nombre/Inicial <input type="text"/>	Fecha de Nacimiento <input type="text"/>
Apellido/Nombre/Inicial <input type="text"/>	Fecha de Nacimiento <input type="text"/>

### Complete para Opciones #1 o #2: GIRO BANCARIO Ó TARJETA DE CRÉDITO

Giro Mensual/Anual Cantidad del Cobro \$

Cuota de Ingreso (Una sólo vez) \$

Total adjunto por cheque, giro postal, ó cobrado a tarjeta de crédito \$

Reconozco que mi primer cobro incluirá \$10 para cubrir mi cuota de inscripción, si fuese aplicable.