Guardian®

GWBD Operations, Inc.
ALL ELIGIBLE EMPLOYEES
Número de Grupo: 00547587

El servicio al cliente (888) 600-1600
De lunes a viernes | de 8am a 8:30pm, hora del este

Bienvenido a los

Beneficios en el lugar de trabajo

Todos merecen un Guardian

Todos los días, Guardian ofrece a 26 millones de estadounidenses la seguridad que merecen a través de nuestros productos y servicios de gestión de patrimonios y seguros.

Nos hemos asociado con su organización para ofrecerle una variedad de beneficios para los empleados. Dentro de este paquete, encontrará los planes de los que su empleador cree que podría beneficiarse.

Conozca sus beneficios

Sus beneficios respaldan su bienestar físico y financiero, para ayudar a que usted y sus seres queridos estén protegidos.

Con Guardian, estás en buenas manos. Venimos cumpliendo nuestras promesas por más de 150 años y esperamos hacer lo mismo por usted también.

1. Lea esta información.
2. Obtenga más información sobre sus beneficios.
3. Hable con su empleador si necesita ayuda o tiene alguna pregunta.

Sus opciones de cobertura

Seguro dental	Cuidar sus dientes y su salud de forma integral
Seguro de visión	Para el cuidado de su vista y los problemas de salud relacionados
Seguro de vida	Protección del futuro financiero de su familia
Seguro de incapacidad	Cobertura si no puede trabajar temporalmente
Seguro de enfermedad crítica	Se encarga de los gastos si usted se encuentra críticamente enfermo
Seguro de accidentes	Lo ayuda a cubrir los gastos después de un accidente
Seguro de indemnización hospitalaria	Cubre algunos de los costos de su hospitalización

© Copyright 2020 The Guardian Life Insurance Company of America

Este documento es un resumen de las principales características de la cobertura del seguro que se acordó con su empleador; no es su contrato.

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

Guardian®

Vea nuestro video
Conozca cómo el seguro dental puede proteger su salud a largo plazo.

Seguro dental

Cuidar su dentadura es más que solo cubrir la caries y las limpiezas. También significa tener en cuenta el trabajo dental más costoso y su salud general.

Con el seguro dental, la atención preventiva de rutina puede mejorar su salud en general. Además, usted podrá ahorrar dinero si se requiere algún trabajo dental extensivo.

¿Para quién es?

Todos deben tener acceso a una excelente cobertura dental, por lo que ofrecemos planes integrales que están disponibles a través de los empleadores como parte de sus ofertas de beneficios.

¿Qué cubre?

El seguro dental ayuda a proteger su cuidado bucal general. Esto incluye servicios como limpiezas preventivas, radiografías, servicios restauradores como empastes y otras formas más graves de cirugía bucal si alguna vez las necesita.

¿Por qué debería considerarlo?

Una mala salud bucal no solo es estética, también se relaciona con enfermedades como la diabetes, las enfermedades cardíacas y los accidentes cerebrovasculares. Por lo tanto, aunque el cepillado y el uso del hilo dental diarios pueden ayudar a mantener los dientes limpios, nada debe reemplazar las visitas regulares al dentista.

Recibirá estos beneficios si cumple con las condiciones que se indican en la póliza.

Mantenerse saludable

Joe visita a su dentista para una limpieza dental de rutina, de modo que cuiden sus dientes y su salud en general.

La salud bucal es más que solo dientes y encías. También es esencial por muchas otras razones de salud y bienestar:

Enfermedad cardiovascular: Algunas investigaciones sugieren que la enfermedad cardíaca, las arterias obstruidas y los accidentes cerebrovasculares pueden estar relacionados con la inflamación y las infecciones que producen las bacterias bucales.

Osteoporosis: Los huesos débiles y frágiles pueden estar vinculados a la pérdida de dientes.

Diabetes: Las investigaciones demuestran que a las personas con enfermedad de las encías les resulta más difícil controlar sus niveles de azúcar en la sangre.

Enfermedad de Alzheimer: El envejecimiento de la salud bucal se ve a medida que progresa la enfermedad de Alzheimer.

Toda la información contenida aquí es de Mayo Clinic, Oral Health: A Window to Your Overall Health, www.mayoclinic.com, 2021.

GUARDIAN® is a registered trademark of The Guardian Life Insurance Company of America

GWBD Operations, Inc.
ALL ELIGIBLE EMPLOYEES
2023-157076 (07/25)

Kit creado 10/19/2023
Número de Grupo: 00547587

Su cobertura dental

Opción 1 or 2: Base or Buy up, tendrá acceso a una de las redes de dentistas más grandes con dos niveles de reembolso que le darán más control sobre sus ahorros. Siempre ahorrará dinero cuando visite a un dentista de la red de Guardian y en el caso de que pertenezcan a un nivel de reembolso de la Nivel 1, su ahorro será aún mayor. El reembolso de los servicios cubiertos recibidos de un dentista no contratado se basará en un percentil de los datos de honorarios vigentes para el código postal del dentista.

Su plan dental	**Opción 1: Base**		**Opción 2: Buy up**	
	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 1	Nivel 2
Su red es DentalGuard Preferred Network	In-Network	Out-of-Network	In-Network	Out-of-Network
Deducible por Año calendario	*Nivel 1*	*Nivel 2*	*Nivel 1*	*Nivel 2*
Individual	$50	$50	$50	$50
Límite familiar	3 por familia (se aplica a todos los niveles)		3 por familia (se aplica a todos los niveles)	
No aplicable a	Preventiva	Preventiva	Preventiva	Preventiva
Cargos cubiertos para usted (coseguro)	*Nivel 1*	*Nivel 2*	*Nivel 1*	*Nivel 2*
Atención preventiva	100%	100%	100%	100%
Atención básica	80%	80%	80%	80%
Atención mayor	0%	0%	50%	50%
Ortodoncia	No se cubre (se aplica a todos los niveles)		No se cubre (se aplica a todos los niveles)	
Beneficio máximo anual	$500 (se aplica a todos los niveles)		$1000 (se aplica a todos los niveles)	
Traslado del Máximo	No (se aplica a todos los niveles)		Sí (se aplica a todos los niveles)	
Límite de Traslado			$500	
Importe Trasladable			$250	
Importe de Transferencia			$350	
Límite Trasladable de la Cuenta			$1000	
Beneficio Máximo de por Vida para Ortodoncia	No Aplicable (se aplica a todos los niveles)		No Aplicable (se aplica a todos los niveles)	
Límites de edad del dependiente	26 (se aplica a todos los niveles)		26 (se aplica a todos los niveles)	

GUARDIAN® is a registered trademark of The Guardian Life Insurance Company of America

Guardian®

Su cobertura dental

Una muestra de servicios cubiertos for su plan:

		Opción 1: Base *El plan paga (en promedio)*		**Opción 2: Buy up** *El plan paga (en promedio)*	
		Nivel 1	Nivel 2	Nivel 1	Nivel 2
Atención preventiva	Limpieza (profilaxis)	100%	100%	100%	100%
	Frecuencia:	2 por año calendario (se aplica a todos los niveles)		2 por año calendario (se aplica a todos los niveles)	
	Tratamientos con fluoruro	100%	100%	100%	100%
	Límites:	Menos de 14 años (se aplica a todos los niveles)		Menos de 14 años (se aplica a todos los niveles)	
	Exámenes bucales	100%	100%	100%	100%
	Selladores (por diente)	100%	100%	100%	100%
	Radiografías	100%	100%	100%	100%
		Rayos X excepto mordidas en Básica, 80%		Rayos X excepto mordidas en Básica, 80%	
Atención básica	Empastes‡	80%	80%	80%	80%
	Mantenimiento periodontal	80%	80%	80%	80%
	Frecuencia:	Una vez cada 3 meses (se aplica a todos los niveles)		Una vez cada 3 meses (se aplica a todos los niveles)	
	Extracciones simples	80%	80%	80%	80%
Atención mayor	Anestesia*	0%	0%	50%	50%
	Puentes y dentaduras postizas	0%	0%	50%	50%
	Incrustaciones, incrustaciones oclusales, fundas**	0%	0%	50%	50%
	Cirugía periodontal	0%	0%	50%	50%
	Reparación y mantenimiento de coronas, puentes y dentaduras postizas	0%	0%	50%	50%
	Tratamiento de conducto/raíz	0%	0%	50%	50%
	Raspado y alisado radicular (por cuadrante)	0%	0%	50%	50%
	Coronas individuales	0%	0%	50%	50%
	Extracciones complejas	0%	0%	50%	50%

La Organización de Proveedores Preferentes de Guardian está formada por Dentistas en la red DentalGuard Preferente ("DGP"). Estos niveles representan la escala de beneficios específicos, tal como se describe en Su Programa de Beneficios. El acceso a la red difiere de acuerdo a la ubicación geográfica y el código postal. Por favor, visite www.Guardianlife.com y confirme su participación de Dentista estructurada por niveles.

Esta es sólo una lista parcial de los servicios dentales. Su certificado de beneficios indicará exactamente qué está cubierto y qué está excluido. **En el caso de PPO o miembros de planes con reintegro, las coronas, los tratamientos de ortodoncia o dentadura y las fundas , se cubren sólo por caries o lesiones u otras patologías cuando la pieza no pueda repararse con una amalgama o material de empaste compuesto. Cuando la cobertura de ortodoncia sea para "Niños" únicamente, el mantenimiento de la ortodoncia puede continuar todo el tiempo que continúe la condición de estudiante de tiempo completo. Si la cobertura de Ortodoncia es para "Adultos y niños", no aplica esta limitación. *Anestesia general - aplican restricciones. ‡En el caso de PPO y miembros de planes con reintegro, podrán aplicarse limitaciones de empastes a empastes compuestos.

GUARDIAN® is a registered trademark of The Guardian Life Insurance Company of America

Guardian®

Su cobertura dental

Gestione sus beneficios:

Visite www.Guardianlife.com para acceder a la información segura sobre sus beneficios de Guardian, incluido el acceso a una imagen de su tarjeta de identificación. Su cuenta en línea se configurará dentro de 30 días luego de la fecha de entrada en vigencia de su plan.

Busque un dentista:

Visite www.Guardianlife.com
Haga clic en "Find A Provider" (Buscar un Proveedor); Necesitará saber su plan, las cuales se pueden encontrar en la primera página de su resumen de beneficio dental.

¿Necesita asistencia?

Llame a la Línea de Ayuda de Guardian al (888) 600-1600, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:30 p.m., horario de la costa Este. Consulte su identificación de miembro (número de seguro social) y su número de plan: 00547587

Llame a la Línea de Ayuda de Guardian si necesita usar sus beneficios dentro de los 30 días de la fecha de entrada en vigencia del plan. Tenga en cuenta que no se encuentran disponibles las opciones de autoservicio por teléfono o en línea en Guardian Anytime hasta que se implemente por completo el caso, espere para hablar con un agente cuando llame a la Línea de Ayuda de Guardian.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

- Información importante sobre los planes PPO de DentalGuard Indemnity y Red DentalGuard Preferred de Guardian: Esta póliza otorga seguro dental únicamente. La cobertura se limita a los gastos que resulten necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar enfermedades, defectos o lesiones dentales. Se aplican deducibles. El plan no paga lo siguiente: servicios de higiene bucal (salvo los cubiertos dentro de los servicios preventivos); ortodoncia (a menos que se indique expresamente lo contrario); tratamientos cosméticos o experimentales (a menos que se indique expresamente lo contrario); todo tratamiento en que los beneficios sean pagados por cualquier otra parte o por el que no se cobre ningún cargo; dispositivos protésicos a menos que se cumplan ciertas condiciones; y servicios accesorios a tratamiento quirúrgicos. El plan limita los beneficios para consultas de diagnóstico y para servicios preventivos, restauradores, endodónticos, periodónticos y protodónticos. Los servicios, exclusiones, y limitaciones indicados anteriormente no constituyen un contrato y se ofrecen a modo de resumen únicamente. Los documentos del plan de Guardian son el árbitro definitivo de la cobertura. Contrato N° DG7-P y otros.
- **Limitación Especial de Reintegro y/o PPO:** Pérdida o falta de dientes antes de que la persona cubierta quede asegurada por este plan. La persona cubierta puede tener uno o más dientes faltantes de nacimiento o haber perdido uno o más dientes antes de quedar asegurada por este plan. No pagaremos los dispositivos protésicos que reemplacen a dichos dientes, salvo que los dispositivos también reemplacen a uno o más dientes naturales perdidos o extraídos después de que la persona haya quedado cubierta por este plan. R3-DG7

El seguro DentalGuard está suscrito y es emitido por The Guardian Life Insurance Company of America, New York, NY. Los productos no están disponibles en todos los estados. Se aplican limitaciones y exclusiones de la póliza. Los usuarios y/o características opcionales pueden generar costos adicionales. Los documentos del plan son los que rigen definitivamente la cobertura. Esta póliza proporciona seguro DENTAL únicamente.
Formulario de la póliza # GP-1-DG2000, et al, GP-1-DEN-16

GUARDIAN® is a registered trademark of The Guardian Life Insurance Company of America

Guardian®

Programa de recompensas Oral Health Rewards

Las visitas regulares al dentista pueden ayudar a prevenir y detectar los primeros signos de enfermedades graves.

Es por eso que el programa de recompensas Oral Health Rewards de trasladable máximo Guardian alienta y recompensa a los miembros que visitan al dentista, ya que transfiere parte de su máximo anual sin utilizar a una cuenta de trasladable máximo (MRA). Puede utilizar esta cuenta en años futuros si se alcanza el máximo anual del plan.

Traspaso automático

Presente una reclamación (sin exceder el límite de reclamaciones pagadas por año de beneficio) y Guardian transferirá una parte de su máximo dental anual no utilizado.

Cómo funciona el trasladable máximo *

De acuerdo con el máximo anual de un plan, si las reclamaciones realizadas durante un año determinado no alcanzan un límite especificado, el monto establecido del trasladable máximo se puede traspasar.

Máximo anual del plan**	Límite	Monto del trasladable máximo	Monto de importe trasladable solo dentro de la red	Límite de la cuenta de trasladable máximo
$1,000 Reembolso del máximo de reclamaciones	**$500** Monto de reclamaciones que determina la elegibilidad para el traspaso	**$250** Se agrega dinero adicional al máximo anual de un plan para años futuros	**$350** Se agrega dinero adicional si solo se utilizaron proveedores de la red durante el año de beneficio	**$1,000** El límite que no se puede exceder dentro de la cuenta de trasladable máximo

* Este ejemplo se creó solo con fines ilustrativos.

** Si un plan tiene un máximo anual diferente para los beneficios de PPO frente a los beneficios que no son de PPO (por ejemplo, $1,500/$1,000 para aquellos que no son de una PPO), el máximo que no es de una PPO determina el plan de trasladable máximo. Es posible que no esté disponible en todos los estados.

El seguro dental de Guardian está suscrito y emitido por The Guardian Life Insurance Company of America, Nueva York, NY. Los productos no están disponibles en todos los estados. Se aplican limitaciones y exclusiones de la póliza. Las enmiendas o características opcionales pueden generar costos adicionales. Los documentos del plan son los que rigen definitivamente la cobertura. La información proporcionada en estas comunicaciones es solo para fines informativos. Formulario de póliza dental n.° GP-1-DEN-16. GUARDIAN® es una marca de servicio registrada de The Guardian Life Insurance Company of America®©Copyright 2023 The Guardian Life Insurance Company of America.

GUARDIAN® is a registered trademark of The Guardian Life Insurance Company of America

guardianlife.com

© Copyright 2023 The Guardian Life Insurance Company of America

2023-158786 (7/25)

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

Guardian®

Vea nuestro video
Cómo el seguro de visión puede ayudarlo a ver con claridad a medida que envejece.

Seguro de visión

El seguro de visión ayuda a proteger sus ojos, ya que proporciona cobertura para los beneficios que a menudo no están cubiertos por un seguro médico regular.

Proteger su vista significa permitir las visitas de rutina al optometrista para exámenes de la vista, así como la cobertura de anteojos y lentes de contacto. Asegúrese de que su visión sea buena a cualquier edad, sin importar cuánto tiempo pase frente a las pantallas digitales.

¿Para quién es?

Incluso si tiene una visión perfecta, es importante realizarse exámenes de la vista de forma regular para asegurarse de que aún vea con claridad. Con el tiempo, la mayoría de nosotros puede necesitar corrección de la visión, por lo que ofrecemos un seguro de visión para cubrir algunos de los costos.

¿Qué cubre?

El seguro de visión cubre beneficios que generalmente no están incluidos en los planes de seguro médico. Cubre servicios como exámenes de la vista rutinarios, asignaciones para la compra de anteojos y lentes de contacto, así como descuentos en cirugía correctiva Lasik.

¿Por qué debería considerarlo?

Los exámenes de la vista regulares pueden detectar más que una visión limitada, también pueden detectar enfermedades como el glaucoma y la diabetes. Los problemas de visión son una de las incapacidades más prevalentes en los Estados Unidos, por lo que los seguros de visión son especialmente útiles para cualquier persona que necesite comprar anteojos o lentes de contacto con regularidad, o para cualquier persona que simplemente quiera ayudar a proteger su visión y salud en general.

Recibirá estos beneficios si cumple con las condiciones que se indican en la póliza.

Cobertura 20/20

David se da cuenta de que su visión se está deteriorando. Él va para un examen de la vista y es diagnosticado con miopía, lo que significa que necesita anteojos.

Costo promedio del examen de la vista: **$171**

Costo promedio de marcos y lentes: **$350**

Costo total: **$521**

Con una póliza de visión de Guardian, David paga solo **$10** por su examen de la vista. Después de **$25** de copago, sus lentes están totalmente cubiertos y él paga **$96** por sus marcos.

El gasto de bolsillo total de David es de **$131**, lo que le ahorra **$390**.

Este ejemplo se suministra con fines ilustrativos únicamente. La cobertura de su plan puede variar. Consulte la información de su plan en las siguientes páginas para ver montos y detalles específicos.

GUARDIAN® is a registered trademark of The Guardian Life Insurance Company of America

GWBD Operations, Inc.
ALL ELIGIBLE EMPLOYEES
2023-158788 (07/25)

Kit creado 10/19/2023
Número de Grupo: 00547587

Guardian®

Su cobertura de visión

Opción 1: Importantes ahorros de bolsillo disponibles con su plan **Full Feature** si visita uno de nuestros centros VSP de la red, incluyendo las redes más grandes de proveedores de consultorios privados, Visionworks y los centros contratados Pearle Vision.

Su plan de visión	**Full Feature**	
Su red es	VSP Choice Network	
Copago		
Copago de exámenes	$ 10	
Copago de materiales (renunciado para lentes de contacto electivos)	$ 25	
Muestra de servicios cubiertos	*Usted paga (después del copago, si corresponde):*	
	Dentro de la red	*Fuera de la red*
Examen de vista	$0	Monto por encima de $59
Lentes monofocales	$0	Monto por encima de $30
Lentes bifocales con línea divisora	$0	Monto por encima de $50
Lentes trifocales con línea divisora	$0	Monto por encima de $65
Lentes lenticulares	$0	Monto por encima de $100
Monturas	80% del monto por encima de $130[1]	Monto por encima de $70
Límite de Armazón de Costco, Walmart y Sam's Club	Monto por encima de $70	
Lentes de contacto *(Electivos)*	Monto por encima de $130	Monto por encima de $120
Lentes de contacto *(necesarios por razones médicas)*	$0	Monto por encima de $210
Lentes de contacto *(examen de evaluación y ajuste)*	15% de descuento sobre el costo usual, acostumbrado y razonable (UCR)	Sin descuentos
Adiciones cosméticas	Promedio de 20% a 25% del precio minorista	Sin descuentos
Gafas *(par adicional de monturas y lentes)*	20% de descuento sobre el precio minorista**	Sin descuentos
Descuentos por cirugías correctivas con láser	Hasta un 15% de descuento sobre el cargo usual o un 5% de descuento sobre el precio promocional	Sin descuentos
Frecuencias de Servicio		
Exámenes	Cada año calendario	
Lentes *(para gafas o lentes de contacto)* ‡‡	Cada año calendario	
Monturas	Cada año calendario	
Descuentos dentro de la red (servicio profesional por lentes de contacto y gafas, adiciones cosméticas)	Sin límite dentro de los 12 meses del examen	
Límites de edad del dependiente	26	
Para encontrar a un Proveedor:	Regístrese en VSP.com para encontrar a un proveedor participante.	

GUARDIAN® is a registered trademark of The Guardian Life Insurance Company of America

Su cobertura de visión

VSP

- ‡‡Los beneficios incluyen cobertura de gafas o lentes de contacto, no ambos.
- ** Para que se aplique el descuento, su compra debe realizarse dentro de los 12 meses del examen de la vista.
- Solo los cargos de una compra inicial pueden utilizarse como monto autorizado para materiales. Los saldos no utilizados restantes luego de la compra inicial no pueden guardarse para utilizarse en el futuro. La única excepción sería si un miembro compra lentes de contacto de un proveedor fuera de la red, en cuyo caso puede utilizar el saldo para lentes de contacto adicionales dentro del mismo período de beneficios.
- [1]Extra $20 en marcas seleccionadas.
- Los miembros pueden usar sus beneficios de la red en línea en Eyeconic.com.
- Examen de revisión de retina de rutina dentro de la red cubierto después de un copago de no más de $39.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Información importante: Esta póliza sólo proporciona seguromédico de beneficios limitados para la atención de la visión. No proporciona seguro básico de hospital ni seguromédico básico omayor, tal como los define el New York State Insurance Department. La cobertura se limita a aquellos cargos que resultan necesarios para efectuar un examen de visión de rutina. Se aplican copagos. El plan no paga lo siguiente: ejercicios ortópticos o instrucción visual y todas las pruebas suplementarias relacionadas; tratamiento médico o quirúrgico de los ojos y exámenes de la visión o dispositivos correctivos de la vista que exija un empleador como condición para el empleo; lentes y monturas provistos por este plan que se pierdan o rompan (excepto en los intervalos normales, cuando de todas formas se ofrecerían los servicios, o cuando existe una garantía). El plan limita los beneficios para lentesmixtos, lentes de tamaño especial, lentes fotocromáticos, lentes de color, lentesmultifocales progresivos, lentes recubiertos o lamindos, monturas que excedan el importe autorizado del plan, lentes cosméticos, lentes con protección para rayos ultravioleta y procesos cosméticos opcionales. Los servicios, exclusiones, y limitaciones indicados anteriormente no constituyen un contrato y se ofrecen a modo de resumen. Los documentos del plan de Guardian son el árbitro definitivo de la cobertura. Contrato N° GP-1-VSN-96-VIS y otros.

Cirugía correctiva con láser:

Descuentos de entre un 10% y un 20% sobre el cargo usual y acostumbrado o un 5% de descuento sobre el precio promocional de cirugía de la vista con láser. Los gastos de bolsillo de los socios están limitados a $1,800 por cada ojo para LASIK, $1,500 por cada ojo para PRK y $2,300 por cada ojo para Custom LASIK, Custom PRK o Bladeless LASIK.

La cirugía con láser no es un beneficio cubierto, perose ofrecen descuentos en los correspondientes honorarios.La persona cubierta debe pagar la totalidad del honorario reducido. También puede ocurrir que los descuentos para cirugía láser no se ofrezcan en todos los estados.

El seguro de visión de Guardian está suscrito y es emitido por The Guardian Life Insurance Company of America, New York, NY. Los productos no están disponibles en todos los estados. Se aplican limitaciones y exclusiones de la póliza. Los usuarios y/o características opcionales pueden generar costos adicionales. Esta póliza sólo proporciona seguro médico de beneficios limitados para la atención de la visión. NO proporciona seguro básico de hospital ni seguro médico básico o principal, tal como los define el Departamento de servicios financieros del estado de New York. Los documentos del plan son los que rigen definitivamente la cobertura.
Formulario de la póliza # GP-1-GVSN-17

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

Guardian®

Vea nuestro video
sobre cómo el seguro de vida protege a las familias y cubre los costos por condiciones críticas.

Seguro de vida

Si le ocurre algo, el seguro de vida puede ayudar a reducir el esfuerzo financiero de su familia.

El seguro de vida ayuda a proteger las finanzas de su familia al proporcionar un beneficio en efectivo si fallece. Esto garantiza que tendrán apoyo financiero y podrán cubrir cosas importantes, desde facturas hasta costos funerarios. Con las pólizas de vida, puede obtener una protección de seguro de vida asequible durante un período de tiempo determinado.

¿Para quién es?

Las necesidades de seguro de vida de todos son diferentes, dependiendo de la situación de sus familias. Es por eso que el seguro de vida colectivo a través de un empleador es una opción más fácil y asequible que el seguro de vida individual.

¿Qué cubre?

El seguro de vida protege a sus seres queridos proporcionando un beneficio (que generalmente está exento de impuestos) si fallece.

¿Por qué debería considerarlo?

El seguro de vida es más que solo cubrir gastos. Dependiendo de sus circunstancias, podría tomarle años a su familia recuperarse de la pérdida de sus ingresos.

Con un beneficio de seguro de vida, su familia tendrá dinero adicional para realizar pagos hipotecarios y de alquiler, cubrir los gastos legales o médicos, el cuidado infantil, la educación y cualquier deuda pendiente.

El Guardian, sus subsidiarias, agentes y empleados no proporcionan asesoramiento fiscal, legal o contable. Consulte a su profesional de impuestos, legal o contable con respecto a su situación individual.

Recibirá estos beneficios si cumple con las condiciones que se indican en la póliza.

Preparar y planificar

Jorge nunca consideró comprar un seguro de vida, pero después de que le fuera ofrecido a través del trabajo, decide que es una manera inteligente de proteger a su familia.

Jorge tiene una hipoteca y, debido a que su esposa está ayudando a cuidar a su madre, ella solo trabaja medio tiempo. Además, su hija está a punto de comenzar la universidad.

Jorge analiza cómo su familia se vería afectada si lo perdieran.

Costo funerario promedio: **$9,000**

Deuda hipotecaria promedio: **$202,000**

Costo promedio de la universidad: **$17,000 - $44,000**

Deuda promedio familiar con tarjeta de crédito: **$8,500**

Con un seguro de vida, Jorge puede asegurarse de que esa parte de estos costos esté cubierta si le ocurre algo.

Este ejemplo se suministra con fines ilustrativos únicamente. La cobertura de su plan puede variar. Consulte la información de su plan en las siguientes páginas para ver montos y detalles específicos.

GUARDIAN® is a registered trademark of The Guardian Life Insurance Company of America

GWBD Operations, Inc.
ALL ELIGIBLE EMPLOYEES
2023-158796 (07/25)

Kit creado 10/19/2023
Número de Grupo: 00547587

Guardian®

Su cobertura de vida

	VIDA BÁSICO	SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO A PLAZO
Beneficio del empleado	Su empleador ofrece cobertura de Vida básico a plazo por $25,000 para todos los empleados a tiempo completo.	Incrementos de $10,000 hasta un máximo de $500,000. Consulte la página de Modelo de costos para conocer más detalles.
Muerte Accidental y Pérdida de Miembro(s)	Su cobertura de Vida básico incluye cobertura mejorada por Muerte Accidental y Pérdida de Miembro(s).	Cobertura mejorada de empleado, cónyuge e hijos. Máximo 1 veces la cantidad del seguro de vida.
Beneficio para el cónyuge/pareja doméstica	N/A	Incrementos de $5,000 hasta un máximo de $150,000. Consulte la página de Modelo de costos para conocer más detalles.‡
Beneficio por hijo	N/A	Niños de nacimiento† a 26 años de edad. Puede elegir una de las siguientes opciones de beneficio: $10,000. Sujeto a limitaciones del estado. Consulte la página de Modelo de costos para conocer más detalles.

Guardian®

Su cobertura de vida

	VIDA BÁSICO	SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO A PLAZO
Emisión garantizada: "Garantizada" significa que usted no está obligado a responder preguntas de salud para tener derecho a recibir cobertura hasta el monto especificado, inclusive, cuando contrata la cobertura durante el plazo de inscripción inicial**.**	Garantizamos la emisión hasta $25,000 por empleado	Emisión garantizada hasta: Empleado Menores de 65 años $100,000, de 65 a 69 años $50,000, mas de 70 años $10,000. Cónyuge Menores de 65 años $25,000, de 65 a 69 años $10,000. Hijos dependientes $10,000.
Primas	Cobertura pagada por su compañía, si cumple con los requisitos de eligibilidad	Aumento en aniversario del plan una vez que se ingresa a la próxima franja de edad de 5 años
Portabilidad: Le permite llevarse su cobertura con usted si finaliza la relación de trabajo.	Sí, con restricciones de edad y algunas otras, incluyendo evidencia de asegurabilidad	Sí, con restricciones de edad y algunas otras
Conversión: Le permite continuar la cobertura de discapacidad una vez que haya finalizado su plan de grupo.	Sí, con restricciones; consultar certificado de beneficios	Sí, con restricciones; consultar certificado de beneficios
Dispensa de primas: No deberá pagar las primas si sufre una discapacidad total.	Para empleados incapacitados antes de los 60 años de edad, con extención de primas hasta de la edad de 65 años, si cumplen las condiciones	Para empleados incapacitados antes de los 60 años de edad, con extención de primas hasta de la edad de 65 años, si cumplen las condiciones
Reducciones de beneficios: Los beneficios se reducen por un porcentaje determinado a medida que el empleado avanza en edad.	35% a la edad de 65, 50% a la edad de 70	35% a la edad de 65, 50% a la edad de 70

Sujeto a límites de cobertura

† Vida voluntario: La cobertura para bebés se limita según la edad.

‡ **La cobertura de cónyuge/pareja doméstica termina a los 70 años de edad.**

El importe de Emisión de la garantía puede estar sujeto a reducciones porcentuales a las edades indicadas en este resumen.

Opción de Elección Anual Permite a los empleados aumentar el monto de su cobertura de vida sin un examen médico cuando se vuelven a inscribir en el Plan de Vida Voluntario de la compañía. Esta opción permite a los empleados llegar a un monto de hasta $50,000, hasta el monto de la Emisión Garantizada.

Modelos de costo de vida voluntario:

Para determinar el nivel de cobertura más apropiado, como regla general, debe tomar entre 6 y 10 veces su ingreso anual, teniendo en cuenta los costos proyectados para poder ayudarlo a mantener el estilo de vida actual de su familia.

Quincenal Primas mostradas Se incluye costo de Muerte Accidental y Pérdida de Miembro(s).

Monto de póliza seleccionado	Costo de la póliza seleccionado, grupo de edad								
Empleado	< 30	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65–69†
$10,000	$.76	$.85	$1.08	$1.43	$2.14	$3.51	$4.99	$8.36	$19.66
$20,000	$1.51	$1.71	$2.15	$2.86	$4.28	$7.02	$9.97	$16.73	$39.32
$30,000	$2.27	$2.56	$3.23	$4.29	$6.43	$10.52	$14.95	$25.09	$58.99
$40,000	$3.03	$3.42	$4.30	$5.72	$8.57	$14.03	$19.94	$33.45	$78.65
$50,000	$3.79	$4.27	$5.38	$7.15	$10.71	$17.54	$24.92	$41.82	$98.31
$60,000	$4.54	$5.12	$6.45	$8.59	$12.85	$21.05	$29.91	$50.18	$117.97
$70,000	$5.30	$5.98	$7.53	$10.02	$14.99	$24.55	$34.89	$58.54	$137.63
$80,000	$6.06	$6.83	$8.60	$11.45	$17.13	$28.06	$39.88	$66.91	$157.29
$90,000	$6.81	$7.69	$9.68	$12.88	$19.27	$31.57	$44.86	$75.27	$176.95
$100,000	$7.57	$8.54	$10.75	$14.31	$21.42	$35.08	$49.85	$83.63	$196.62
$110,000	$8.33	$9.39	$11.83	$15.74	$23.56	$38.59	$54.83	$91.99	$216.28
$120,000	$9.08	$10.25	$12.91	$17.17	$25.70	$42.09	$59.82	$100.36	$235.94
$130,000	$9.84	$11.10	$13.98	$18.60	$27.84	$45.60	$64.80	$108.72	$255.60
$140,000	$10.60	$11.95	$15.06	$20.03	$29.98	$49.11	$69.79	$117.08	$275.26
$150,000	$11.35	$12.81	$16.13	$21.46	$32.12	$52.62	$74.77	$125.45	$294.92
$160,000	$12.11	$13.66	$17.21	$22.89	$34.27	$56.12	$79.75	$133.81	$314.59
$170,000	$12.87	$14.52	$18.28	$24.32	$36.41	$59.63	$84.74	$142.17	$334.25
$180,000	$13.63	$15.37	$19.36	$25.75	$38.55	$63.14	$89.72	$150.54	$353.91
$190,000	$14.38	$16.22	$20.43	$27.19	$40.69	$66.65	$94.71	$158.90	$373.57
$200,000	$15.14	$17.08	$21.51	$28.62	$42.83	$70.15	$99.69	$167.26	$393.23
$210,000	$15.90	$17.93	$22.58	$30.05	$44.97	$73.66	$104.68	$175.63	$412.89
$220,000	$16.65	$18.79	$23.66	$31.48	$47.11	$77.17	$109.66	$183.99	$432.55
$230,000	$17.41	$19.64	$24.73	$32.91	$49.26	$80.68	$114.65	$192.35	$452.22
$240,000	$18.17	$20.49	$25.81	$34.34	$51.40	$84.19	$119.63	$200.71	$471.88
$250,000	$18.92	$21.35	$26.89	$35.77	$53.54	$87.69	$124.62	$209.08	$491.54
$260,000	$19.68	$22.20	$27.96	$37.20	$55.68	$91.20	$129.60	$217.44	$511.20
$270,000	$20.44	$23.05	$29.04	$38.63	$57.82	$94.71	$134.59	$225.80	$530.86
$280,000	$21.19	$23.91	$30.11	$40.06	$59.96	$98.22	$139.57	$234.17	$550.52

Modelos de costo de vida voluntario *continuación*

	< 30	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65–69†
$290,000	$21.95	$24.76	$31.19	$41.49	$62.11	$101.72	$144.55	$242.53	$570.19
$300,000	$22.71	$25.62	$32.26	$42.92	$64.25	$105.23	$149.54	$250.89	$589.85
$310,000	$23.47	$26.47	$33.34	$44.35	$66.39	$108.74	$154.52	$259.26	$609.51
$320,000	$24.22	$27.32	$34.41	$45.79	$68.53	$112.25	$159.51	$267.62	$629.17
$330,000	$24.98	$28.18	$35.49	$47.22	$70.67	$115.75	$164.49	$275.98	$648.83
$340,000	$25.74	$29.03	$36.56	$48.65	$72.81	$119.26	$169.48	$284.35	$668.49
$350,000	$26.49	$29.89	$37.64	$50.08	$74.95	$122.77	$174.46	$292.71	$688.15
$360,000	$27.25	$30.74	$38.71	$51.51	$77.10	$126.28	$179.45	$301.07	$707.82
$370,000	$28.01	$31.59	$39.79	$52.94	$79.24	$129.79	$184.43	$309.43	$727.48
$380,000	$28.76	$32.45	$40.87	$54.37	$81.38	$133.29	$189.42	$317.80	$747.14
$390,000	$29.52	$33.30	$41.94	$55.80	$83.52	$136.80	$194.40	$326.16	$766.80
$400,000	$30.28	$34.15	$43.02	$57.23	$85.66	$140.31	$199.39	$334.52	$786.46
$410,000	$31.03	$35.01	$44.09	$58.66	$87.80	$143.82	$204.37	$342.89	$806.12
$420,000	$31.79	$35.86	$45.17	$60.09	$89.95	$147.32	$209.35	$351.25	$825.79
$430,000	$32.55	$36.72	$46.24	$61.52	$92.09	$150.83	$214.34	$359.61	$845.45
$440,000	$33.31	$37.57	$47.32	$62.95	$94.23	$154.34	$219.32	$367.98	$865.11
$450,000	$34.06	$38.42	$48.39	$64.39	$96.37	$157.85	$224.31	$376.34	$884.77
$460,000	$34.82	$39.28	$49.47	$65.82	$98.51	$161.35	$229.29	$384.70	$904.43
$470,000	$35.58	$40.13	$50.54	$67.25	$100.65	$164.86	$234.28	$393.07	$924.09
$480,000	$36.33	$40.99	$51.62	$68.68	$102.79	$168.37	$239.26	$401.43	$943.75
$490,000	$37.09	$41.84	$52.69	$70.11	$104.94	$171.88	$244.25	$409.79	$963.42
$500,000	$37.85	$42.69	$53.77	$71.54	$107.08	$175.39	$249.23	$418.15	$983.08
Monto de póliza seleccionado									
Cónyuge/pareja doméstica									
$5,000	$.38	$.43	$.54	$.72	$1.07	$1.75	$2.49	$4.18	$9.83
$10,000	$.76	$.85	$1.08	$1.43	$2.14	$3.51	$4.99	$8.36	$19.66
$15,000	$1.14	$1.28	$1.61	$2.15	$3.21	$5.26	$7.48	$12.55	$29.49
$20,000	$1.51	$1.71	$2.15	$2.86	$4.28	$7.02	$9.97	$16.73	$39.32
$25,000	$1.89	$2.14	$2.69	$3.58	$5.35	$8.77	$12.46	$20.91	$49.15
$30,000	$2.27	$2.56	$3.23	$4.29	$6.43	$10.52	$14.95	$25.09	$58.99
$35,000	$2.65	$2.99	$3.76	$5.01	$7.50	$12.28	$17.45	$29.27	$68.82
$40,000	$3.03	$3.42	$4.30	$5.72	$8.57	$14.03	$19.94	$33.45	$78.65
$45,000	$3.41	$3.84	$4.84	$6.44	$9.64	$15.79	$22.43	$37.63	$88.48

Modelos de costo de vida voluntario *continuación*

	< 30	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65–69†
$50,000	$3.79	$4.27	$5.38	$7.15	$10.71	$17.54	$24.92	$41.82	$98.31
$55,000	$4.16	$4.70	$5.92	$7.87	$11.78	$19.29	$27.42	$46.00	$108.14
$60,000	$4.54	$5.12	$6.45	$8.59	$12.85	$21.05	$29.91	$50.18	$117.97
$65,000	$4.92	$5.55	$6.99	$9.30	$13.92	$22.80	$32.40	$54.36	$127.80
$70,000	$5.30	$5.98	$7.53	$10.02	$14.99	$24.55	$34.89	$58.54	$137.63
$75,000	$5.68	$6.40	$8.07	$10.73	$16.06	$26.31	$37.39	$62.72	$147.46
$80,000	$6.06	$6.83	$8.60	$11.45	$17.13	$28.06	$39.88	$66.91	$157.29
$85,000	$6.43	$7.26	$9.14	$12.16	$18.20	$29.82	$42.37	$71.09	$167.12
$90,000	$6.81	$7.69	$9.68	$12.88	$19.27	$31.57	$44.86	$75.27	$176.95
$95,000	$7.19	$8.11	$10.22	$13.59	$20.35	$33.32	$47.35	$79.45	$186.79
$100,000	$7.57	$8.54	$10.75	$14.31	$21.42	$35.08	$49.85	$83.63	$196.62
$105,000	$7.95	$8.97	$11.29	$15.02	$22.49	$36.83	$52.34	$87.81	$206.45
$110,000	$8.33	$9.39	$11.83	$15.74	$23.56	$38.59	$54.83	$91.99	$216.28
$115,000	$8.71	$9.82	$12.37	$16.45	$24.63	$40.34	$57.32	$96.18	$226.11
$120,000	$9.08	$10.25	$12.91	$17.17	$25.70	$42.09	$59.82	$100.36	$235.94
$125,000	$9.46	$10.67	$13.44	$17.89	$26.77	$43.85	$62.31	$104.54	$245.77
$130,000	$9.84	$11.10	$13.98	$18.60	$27.84	$45.60	$64.80	$108.72	$255.60
$135,000	$10.22	$11.53	$14.52	$19.32	$28.91	$47.35	$67.29	$112.90	$265.43
$140,000	$10.60	$11.95	$15.06	$20.03	$29.98	$49.11	$69.79	$117.08	$275.26
$145,000	$10.98	$12.38	$15.59	$20.75	$31.05	$50.86	$72.28	$121.27	$285.09
$150,000	$11.35	$12.81	$16.13	$21.46	$32.12	$52.62	$74.77	$125.45	$294.92
Monto de póliza seleccionado									
Hijo(s)									
$10,000	$0.91	$0.91	$0.91	$0.91	$0.91	$0.91	$0.91	$0.91	$0.91

Ver la columna Emisión Garantizada de la página anterior para los importes del seguro de vida voluntario GI.
Primas para aumentar el seguro de vida voluntario en incrementos de 5 años.
La cobertura de bebés es limitada durante las dos primeras semanas de la vida del niño
La prima por cobertura de cónyuge/DP se basa en la edad del empleado.
†Se aplican reducciones de beneficios.
El importe de Emisión de la garantía puede estar sujeto a reducciones porcentuales a las edades indicadas en este resumen.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES:

RESUMEN DE LAS EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DEL PLAN PARA LA COBERTURA DE VIDA Y MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDA DE MIEMBRO (AD&D):

Debe estar trabajando tiempo completo en la fecha de entrada en vigencia de su cobertura. De otro modo, su cobertura entra en vigencia una vez que haya completado un período de carencia específico. Los empleados deben estar trabajando legalmente en los Estados Unidos para ser elegibles para recibir cobertura. Suscripción debe aprobar la cobertura de los empleados con asignaciones temporarias: (a) por más de un año; o (b) en una zona que el Departamento de Estado de Estados Unidos haya declarado peligrosa para viajar. Sujeto a variaciones específicas según el estado. Se requiere prueba de asegurabilidad para quienes se inscriben en forma tardía. La cobertura no entrará en vigencia hasta que no sea aprobada por un suscriptor de Guardian. Esta propuesta se otorga sujeta a una evaluación financiera satisfactoria. Sírvase remitirse al cuadernillo de la póliza para obtener una descripción completa del plan.

El seguro de vida de dependientes no entrará en vigencia si un dependiente, que no sea un recién nacido, debe estar internado en un hospital u otro centro de atención médica o no pudiera llevar a cabo las actividades normales de alguien de su edad y sexo.

No se le pagarán al empleado beneficios anticipados del seguro de vida en las siguientes circunstancias: cuando, por vías legales, se le exija al empleado utilizar el beneficio para pagar a sus acreedores; cuando una orden judicial le exija pagar el beneficio a un tercero; cuando un organismo gubernamental le exija usar el pago para recibir un beneficio gubernamental; o cuando pierda la cobertura de seguro colectivo antes de pagarse el beneficio anticipado.

Vida Voluntario únicamente:

Los beneficios no se pagarán si la muerte del asegurado ocurre como consecuencia de suicidio ocurrido dentro de los dos años de la fecha original de entrada en vigencia del seguro. Esta limitación de dos años también se aplica a cualquier aumento de beneficios.Esta exclusión puede variar conforme a las leyes del estado. Se necesita aprobación de suscripción para las inscripciones tardías y los aumentos de beneficios.

GP-1-R-LB-90, GP-1-R-EOPT-96

Los montos de Emisión Condicional y Emisión Garantizada pueden variar según la edad y la magnitud del caso. Consulte los detalles con el Administrador del Plan. Es necesario contar con aprobación de la aseguradora para los aumentos de beneficios y las inscripciones tardías.

Muerte accidental y pérdida de miembro (AD&D): No pagamos beneficios por las pérdidas causadas por: lesiones auto-infligidas, enfermedades o tratamientos médicos, participación en un desorden civil o un delito grave, viajes en algún tipo de aeronave por cumplir deberes en dicha aeronave, or agresión armada o actos de guerra declarada o no declarada mientras se forma parte de una fuerza armada (varía según el estado), por conducir un vehículo sin licencia de conducir válida y vigente, por intoxicación legal o por consumir voluntariamente una sustancia controlada no recetada. Contrato #GP-1-R-ADCL 1-00 y otros. No pagaremos más del 100% del monto del seguro por las pérdidas causadas por un mismo accidente, salvo indicación en contrario. La pérdida debe ocurrir dentro de un período de tiempo específico desde el momento del accidente. Sírvase consultar el contrato para obtener una definición específica. La definición de la pérdida puede variar según el beneficio a pagar.

Cobertura de muerte accidental y pérdida de miembro mejorada (AD&D): Una pérdida puede consistir en muerte, cuadriplegia, pérdida del habla y de la audición, pérdida de funciones cognitivas, estado de coma por más de un mes, hemiplegia o paraplegia. La pérdida debe ocurrir dentro de un período de tiempo específico desde el momento del accidente. Consulte la definición específica en el contrato. La defincón de la pérdida puede variar según el beneficio a pagar.

El seguro de vida colectivo de Guardian está suscrito y es emitido por The Guardian Life Insurance Company of America, New York, NY. Los productos no están disponibles en todos los estados. Se aplican limitaciones y exclusiones de la póliza. Los usuarios y/o características opcionales pueden generar costos adicionales. Los documentos del plan son los que rigen definitivamente la cobertura.
Formulario de la póliza # GP-1-LIFE-15

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

Guardian®

Vea nuestro video
Cómo el seguro de incapacidad a corto plazo puede complementar sus ingresos.

Seguro de incapacidad

Incapacidad a corto plazo

El seguro de incapacidad cubre una parte de sus ingresos, por lo que puede pagar sus facturas si está lesionado o enfermo y no puede trabajar.

La incapacidad puede ser más común de lo que podría creer, de modo que las personas no son capaces de trabajar por todo tipo de razones diferentes. Hay ocasiones en las que muchas incapacidades pueden deberse a enfermedades, incluidas afecciones comunes como enfermedades cardíacas y artritis. Sin embargo, muchas incapacidades no están cubiertas por la compensación de los trabajadores.

¿Para quién es?

Si confía en sus ingresos para pagar los gastos cotidianos, entonces probablemente deba considerar un seguro de incapacidad. Ayuda a garantizar que reciba un ingreso parcial si sufre lesiones o está muy enfermo para trabajar.

¿Qué cubre?

Muchos planes de seguros de incapacidad desembolsan una parte o un porcentaje de sus ingresos si se le diagnostica una enfermedad grave o sufre una lesión que le impida hacer su trabajo.

¿Por qué debería considerarlo?

Los accidentes ocurren y usted no siempre puede anticipar si o cuándo se enfermará o lesionará. Por eso es importante tener una póliza de incapacidad que le ayude a pagar sus facturas en caso de que no pueda recibir su sueldo normal.

Recibirá estos beneficios si cumple con las condiciones que se indican en la póliza.

Reemplazo de ingresos parciales

Mike se lesiona la espalda en un accidente de bicicleta y no puede trabajar durante 13 semanas.

Licencia sin goce de sueldo: **13 semanas**.

Período de eliminación: **1 semana.**

Después de un período de eliminación de 1 semana después de su accidente, la póliza de incapacidad a corto plazo de Guardian de Mike inicia y reemplaza los **$400** de sus ingresos semanales durante las **12 semanas** restantes de su rehabilitación.

Esto le da un total de **$4,800** para cubrir sus gastos mientras no puede trabajar.

Este ejemplo se suministra con fines ilustrativos únicamente. La cobertura de su plan puede variar. Consulte la información de su plan en las siguientes páginas para ver montos y detalles específicos.

GUARDIAN® is a registered trademark of The Guardian Life Insurance Company of America

GWBD Operations, Inc.
ALL ELIGIBLE EMPLOYEES
2023-158798 (07/25)

Kit creado 10/19/2023
Número de Grupo: 00547587

Guardian®

Vea nuestro video
Cómo el seguro de incapacidad a largo plazo puede complementar sus ingresos.

Seguro de incapacidad

Incapacidad a largo plazo

El seguro de incapacidad cubre una parte de sus ingresos, por lo que puede pagar sus facturas si está lesionado o enfermo y no puede trabajar.

La incapacidad puede ser más común de lo que podría creer, de modo que las personas no son capaces de trabajar por todo tipo de razones diferentes. Hay ocasiones en las que muchas incapacidades pueden deberse a enfermedades, incluidas afecciones comunes como enfermedades cardíacas y artritis. Sin embargo, muchas incapacidades no están cubiertas por la compensación de los trabajadores.

¿Para quién es?

Si confía en sus ingresos para pagar los gastos cotidianos, entonces probablemente deba considerar un seguro de incapacidad. Ayuda a garantizar que reciba un ingreso parcial si sufre lesiones o está muy enfermo para trabajar.

¿Qué cubre?

Muchos planes de seguros de incapacidad desembolsan una parte o un porcentaje de sus ingresos si se le diagnostica una enfermedad grave o sufre una lesión que le impida hacer su trabajo.

¿Por qué debería considerarlo?

Los accidentes ocurren y usted no siempre puede anticipar si o cuándo se enfermará o lesionará. Por eso es importante tener una póliza de incapacidad que le ayude a pagar sus facturas en caso de que no pueda recibir su sueldo normal.

Recibirá estos beneficios si cumple con las condiciones que se indican en la póliza.

Reemplazo de ingresos parciales

Jim sufre un ataque cardíaco que le impide trabajar durante dos años.

Licencia sin goce de sueldo: **24 meses**.

Período de eliminación: **6 meses**

Después de un período de eliminación de 6 meses, la póliza de incapacidad a largo plazo de Guardian de Jim inicia y reemplaza los **$2,000** de su ingreso mensual por los **18 meses** restantes de su incapacidad o enfermedad.

Esto le da un total de **$36,000** para cubrir sus gastos mientras no puede trabajar.

Este ejemplo se suministra con fines ilustrativos únicamente. La cobertura de su plan puede variar. Consulte la información de su plan en las siguientes páginas para ver montos y detalles específicos.

GUARDIAN® is a registered trademark of The Guardian Life Insurance Company of America

GWBD Operations, Inc.
ALL ELIGIBLE EMPLOYEES
2023-158797 (07/25)

Kit creado 10/19/2023
Número de Grupo: 00547587

Guardian®

Su cobertura de incapacidad

	Incapacidad a Corto Plazo	Incapacidad a Largo Plazo
Cantidad de cobertura	60% del salario hasta un máximo de $1000/semana	60% del salario hasta un máximo de $5000/mes
Plazo máximo de pago: Plazo máximo en el que puede recibir los beneficios por discapacidad.	12 semanas	Hasta la edad de 65 años, Reglamentación Estándar de la Ley sobre Discriminación por Edad en el Trabajo
Inicio de beneficios por accidente: El plazo de discapacidad antes de que comiencen los beneficios.	Día 8	Día 91
Inicio de los beneficios por enfermedad: El plazo de discapacidad antes de que comiencen los beneficios.	Día 8	Día 91
Prueba de asegurabilidad: Declaración de salud que le solicita responder algunas preguntas sobre su historia clínica.	Es posible que se requiera declaración de salud.	Es posible que se requiera declaración de salud.
Emisión garantizada: "Garantizada" significa que usted no está obligado a responder preguntas de salud para tener derecho a recibir cobertura hasta el monto especificado, inclusive, cuando el solicitante contrata la cobertura durante el plazo de inscripción inicial.	Garantizamos la emisión de $1000 de cobertura	Garantizamos la emisión de $5000 de cobertura
Mínimo de horas/semanas de trabajo: Cantidad de horas mínimas que debe trabajar regularmente cada semana para recibir cobertura.	El empleador lo determina	El empleador lo determina
Condición preexistente: Una condición preexistente incluye cualquier síntoma o condición por el que usted, en el período de tiempo específico anterior a la cobertura de este plan, consultó a un médico, recibió tratamiento o tomó medicación recetada.	3 meses de retrospección; 12 meses después de la limitación de 2 semanas	3 meses de retrospección; 12 meses después de la exclusión
Dispensa de prima si tuviera una discapacidad: No deberá abonar la prima cuando reciba beneficios.	Sí	Sí
Beneficio para supérstite: Se paga un beneficio adicional a su familia si muere mientras sufre la discapacidad.	No	3 meses

ENTIENDA LOS BENEFICIOS DE SU PLAN—INCAPACIDAD (cierta información puede variar de un estado a otro)

- **Incapacidad (largo plazo):** Durante los primeros dos años de incapacidad, usted recibirá el pago de los beneficios mientras no esté en condiciones de trabajar en su ocupación específica. Transcurridos dos años, continuará recibiendo beneficios en caso de no poder trabajar en ninguna ocupación conforme a su capacitación, experiencia y educación.
- **Definición de ingresos:** Su sueldo cubierto excluye bonificaciones y comisiones.

Su cobertura de incapacidad

- **Limitaciones especiales:** Se fija un límite de 24 meses de beneficios en casos específicos, incluidos salud mental y abuso de sustancias. Esta limitación también incluye otras condiciones, como fatiga crónica. Consulte los detalles en el contrato.
- **Incentivo de trabajo:** Por una cantidad determinada de meses, no reduciremos el beneficio del plan a fin de que usted pueda recibir ganancias de medio tiempo durante su incapacidad, salvo que la suma de los beneficios y las ganancias supere el 100% de lo que ganaba antes.

RESUMEN DE LAS LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DEL PLAN DE INCAPACIDAD

- Es posible que se requiera una prueba de asegurabilidad para quienes se inscriban en forma tardía. Esta cobertura no entrará en vigencia hasta ser aprobada por un suscriptor de Guardian. Esta propuesta se cubre sujeta a evaluación financiera satisfactoria. La descripción completa del plan puede consultarse en el certificado de cobertura.
- Debe estar trabajando tiempo completo en la fecha de entrada en vigencia de su cobertura; de otro modo, la cobertura entra en vigencia una vez que haya concluido un período de carencia específico.
- Los empleados deben trabajar legalmente en los Estados Unidos a fin de ser elegibles para la cobertura. Suscripción debe aprobar la cobertura de empleados en tareas temporarias: (a) por más de un año; o (b) en zonas que el Departamento de Estado de EE.UU. haya declarado peligrosas para viajar. Sujeto a variaciones propias de cada estado.
- En el caso de la cobertura por Incapacidad a Largo Plazo, no pagaremos los beneficios por incapacidad causada, en todo o en parte, por una condición preexistente, a menos que la incapacidad comience después de haber estado asegurado por este plan durante un período específico de tiempo. La duración de los pagos por discapacidad a largo plazo se limitará cuando la incapacidad haya sido causada por una enfermedad mental o emocional, o abuso de alcohol o drogas.
- En el caso de la cobertura por Incapacidad a Corto Plazo, se limitarán los beneficios por incapacidad causada, en todo o en parte, por una condición preexistente, a menos que la incapacidad comience después de haber estado asegurado por este plan por un período específico de tiempo. No pagamos beneficios por incapacidad a largo plazo por enfermedades o accidentes de trabajo o profesionales por los que correspondan beneficios de Accidentes de Trabajo.
- No cubriremos los cargos ocasionados por una persona cubierta que: participe en cualquier guerra o acto de guerra (incluyendo servicios en las fuerzas armadas), que cometa un delito o tome parte en cualquier motín u otro desorden civil, o intencionalmente se hiera a sí mismo o intente suicidarse en estado de demencia o en pleno uso de sus facultades. No pagaremos beneficios por cargos ocasionados por intoxicación legal, incluidos entre otros los generados por la conducción de un vehículo a motor, ni por el consumo voluntario de venenos, fármacos, sustancias controladas o medicación recetada o no, a menos que haya sido indicada por un médico y se utilice según receta. La duración de los pagos por incapacidad a largo plazo se limitará cuando la incapacidad haya sido causada por una enfermedad mental o emocional, abuso de alcohol o drogas. No pagaremos beneficios en los períodos en los que una persona cubierta esté confinada en una institución correccional, el empleado no se encuentre bajo la atención de un médico, el empleado esté recibiendo tratamiento fuera de los Estados Unidos o Canadá y la pérdida de ingresos del empleado no se deba exclusivamente a la incapacidad.
- Esta póliza otorga cobertura de subsidio por incapacidad únicamente. No es un seguro "médico", "médico básico" u "hospitalario básico", según la definición del Departamento de Seguros del Estado de Nueva York.
- Si el plan es un traspaso de otra aseguradora, el plazo en que el asegurado estuvo cubierto por ese plan se computará en el cálculo del período de limitación por condición preexistente de Guardian. Sujeto a las variaciones dispuestas por cada estado.
- Cuando corresponda, esta cobertura se integrará a los Beneficios por Incapacidad Temporaria de Nueva Jersey (NJ TDB), la Ley de Beneficios por Incapacidad de Nueva York (NY DBL), el Seguro de Incapacidad del estado de California (CA SDI), el Seguro de Incapacidad Temporaria de Rhode Island (RI TDI), el Seguro de Incapacidad Temporaria de Hawaii (Hawaii TDI) y la Ley Fundamental de Defensa de Puerto Rico (Puerto Rico Defense Base Act), DC PFML y WA PFML.

  Contrato N° GP-1-STD94-1.0 y otros, GP-1-STD2K-1.0 y otros, GP-1-STD07-1.0 y otros, GP-1-STD-15-1.0 y otros. Contrato N° GP-1-LTD94-A,B,C-1.0 y otros, GP-1-LTD2K-1.0 y otros, GP-1-LTD07-1.0 y otros, GP-1-LTD-15-1.0 y otros.

Los seguros de incapacidad a largo plazo y a corto plazo colectivos de Guardian están suscrito y es emitido por The Guardian Life Insurance Company of America, New York, NY. Los productos no están disponibles en todos los estados. Se aplican limitaciones y exclusiones de la póliza. Los usuarios y/o características opcionales pueden generar costos adicionales. Esta póliza solo proporciona seguro de ingreso por incapacidad. NO proporciona seguro básico de hospital ni seguro médico básico o principal, tal como los define el Departamento de servicios financieros del estado de New York. Los documentos del plan son los que rigen definitivamente la cobertura.
Formulario de la póliza #GP-1-STD07-1.0, et al, GP-1-STD-15, #GP-1-LTD07-1.0, et al, GP-1-LTD-15

GUARDIAN® is a registered trademark of The Guardian Life Insurance Company of America

Guardian®

Vea nuestro video
Cómo el seguro de enfermedad crítica ayuda a cubrir los costos de tratamiento.

Seguro de enfermedad crítica

El seguro de enfermedad crítica puede ayudarlo a cubrir los gastos que su seguro de salud no cubre.

Es un pago en efectivo que recibe si alguna vez experimenta una enfermedad crítica como el cáncer, un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular, lo que le brinda el apoyo financiero para enfocarse en la recuperación.

¿Para quién es?

El seguro de enfermedad crítica es una póliza complementaria para las personas que ya tienen seguro de salud. Le proporciona un pago adicional para cubrir gastos como deducibles, tratamientos y costos de vida.

¿Qué cubre?

Las enfermedades críticas incluyen accidentes cerebrovasculares, ataques cardíacos, la enfermedad de Parkinson y el cáncer. Nuestras pólizas pueden cubrir más de 30 enfermedades principales, lo que lo ayuda a mantener su estabilidad financiera mediante el pago de una suma única si se le diagnostica una de ellas.

¿Por qué debería considerarlo?

La cobertura de salud se está volviendo más costosa, con copagos, primas y deducibles más altos. El seguro de enfermedad crítica es una forma asequible de complementar y pagar los gastos adicionales que su seguro de salud no cubre. Por lo general, nuestras pólizas proporcionan pagos para la primera y segunda vez que se le diagnostica una enfermedad cubierta.

Además, el seguro de enfermedad crítica es transferible y los pagos se realizan directamente a usted.

Recibirá estos beneficios si cumple con las condiciones que se indican en la póliza.

Costos por afecciones críticas

John es hospitalizado después de un ataque cardíaco y tiene que cubrir el costo de la hospitalización de cinco días.

Gasto promedio de hospitalización por ataque cardíaco: **$53,000**

Deducible médico principal promedio: **$1,500**

La cobertura médica importante cubre el 80% del costo después de que se alcanza el deducible, pero John sigue siendo responsable del 20%: **$10,300**

Monto total del gasto de bolsillo de John (deducible + coseguro): **$11,800**

John tiene una póliza de enfermedad crítica de Guardian por un valor de **$10,000** que cubre la mayoría de estos gastos de bolsillo.

Este ejemplo se suministra con fines ilustrativos únicamente. La cobertura de su plan puede variar. Consulte la información de su plan en las siguientes páginas para ver montos y detalles específicos.

GUARDIAN® is a registered trademark of The Guardian Life Insurance Company of America

GWBD Operations, Inc.
ALL ELIGIBLE EMPLOYEES
2023-158782 (07/25)

Kit creado 10/19/2023
Número de Grupo: 00547587

Guardian®

Su cobertura de enfermedad crítica

	ENFERMEDAD CRÍTICA	
Monto del beneficio	Los empleados pueden optar por recibir el beneficio en una suma única de $5,000 a $15,000 en incrementos de $5,000.	
ENFERMEDADES		
Cáncer	**1ª OCURRENCIA**	**2ª OCURRENCIA**
Cáncer invasivo	100%	50%
Carcinoma in situ	30%	0%
Tumor cerebral benigno	75%	0%
Vasculares		
Ataque cardíaco	100%	50%
Accidente cerebrovascular	100%	50%
Insuficiencia cardíaca	100%	50%
Coronary Arteriosclerosis	30%	0%
Otras		
Insuficiencia orgánica	100%	50%
Insuficiencia renal	100%	50%
OTRAS ENFERMEDADES	**SOLO 1.ª OCURRENCIA**	
Enfermedad de Addison	30%	
ALS (enfermedad de Lou Gehrig)	100%	
Enfermedad de Alzheimer	50%	
Coma	100%	
Enfermedad de Huntington	30%	
Pérdida de la audición	100%	
Pérdida de la vista	100%	
Pérdida del habla	100%	
esclerosis múltiple	30%	
Enfermedad de Parkinson	100%	
Parálisis permanente	50% por 1 extremidad, 100% por 2 extremidades	
Quemaduras graves	100%	
Enfermedades infantiles	**SOLO 1.ª OCURRENCIA**	
Parálisis cerebral	100%	
Labio leporino/fisura palatina	100%	
Pie zambo	100%	
Fibrosis quística	100%	
Síndrome de Down	100%	
Distrofia muscular	100%	
Espina bífida	100%	
Diabetes tipo 1	100%	

GUARDIAN® is a registered trademark of The Guardian Life Insurance Company of America

Su cobertura de enfermedad crítica

	ENFERMEDAD CRÍTICA
Beneficio de cónyuge/pareja doméstica	Beneficio en una suma única de $5,000
Beneficios por hijo – Niños de Nacimiento a 26 años de edad	25% de suma única de beneficio del empleado
Emisión garantizada: "Garantizada" significa que usted no está obligado a responder preguntas de salud para tener derecho a recibir cobertura hasta el monto especificado, inclusive, cuando contrata la cobertura durante el plazo de inscripción inicial o el período de inscripción abierta anual.	Garantizamos la emisión hasta: Menos de 70 años $15,000 Por cónyuge: Menos de 70 años $5,000 Por hijo: todos los montos **Las preguntas de salud son obligatorias si el monto elegido supera la emisión de garantía, así como también para todos los solicitantes de más de 70 años, independientemente del monto elegido.**
Portabilidad: Le permite llevarse su cobertura de Enfermedad Crítica con usted si finaliza la relación de trabajo.	Incluido
Limitación de condición preexistente: Una condición preexistente incluye cualquier condición por la que usted, en el plazo especificado anterior a la cobertura conforme a este plan, consultó a un médico, recibió tratamiento o tomó medicamentos recetados.	3 meses antes, 12 meses después
Beneficio de vacunas contra el cáncer	$50 de por vida para recibir una vacuna contra el cáncer

Definición de condición

- Derrame cerebral: El derrame cerebral debe ser bastante intenso como para causar déficits neurológicos al menos 30 días después del episodio.
- Insuficiencia Cardíaca: Un asegurado debe inscribirse en una lista de trasplante de órganos para ser elegible para los Beneficios de insuficiencia cardíaca.
- Arterioesclerosis Coronaria: La Arterioesclerosis Coronaria debe ser bastante intensa como para requerir injertos de revascularización coronaria.
- Insuficiencia Orgánica: La insuficiencia orgánica incluye ambos pulmones, el hígado, el páncreas o la médula ósea y requiere que el asegurado sea inscrito en una lista de trasplante de órganos.
- Insuficiencia Renal: Un asegurado debe inscribirse en una lista de trasplante de órganos para ser elegible para los Beneficios de insuficiencia renal.

Su cobertura de enfermedad crítica

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

RESUMEN DE LAS LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DEL PLAN PARA ENFERMEDADES CRÍTICAS:

No pagaremos beneficios por la primera ocurrencia de una enfermedad crítica si se produce antes de los 3 meses de la primera ocurrencia de una enfermedad crítica relacionada por la que el plan pagó beneficios. Relacionada significa alguna de las siguientes opciones: (a) ambas enfermedades críticas se incluyen en la categoría de enfermedades relacionadas con el cáncer o (b) ambas enfermedades críticas se incluyen en la categoría de enfermedades vasculares. No pagaremos beneficios por la segunda ocurrencia (nueva ocurrencia) de una enfermedad crítica, a menos que la persona cubierta no haya tenido síntomas ni recibido atención o tratamiento para dicha enfermedad crítica en un período de, al menos, 12 meses consecutivos antes de la nueva ocurrencia. A los fines de esta exclusión, la atención o el tratamiento no incluyen lo siguiente: (1) medicamentos preventivos ante la ausencia de una enfermedad ni (2) consultas de seguimiento de rutina programadas con un médico.

No cubrimos los beneficios de reclamaciones relacionados con una persona cubierta que: participe en cualquier guerra o acto de guerra (incluidos los servicios en las fuerzas armadas); cometa un delito o tome parte en cualquier motín u otro desorden civil; o intencionalmente se hiera a sí mismo o intente suicidarse en estado de demencia o en pleno uso de sus facultades.

Los empleados deben trabajar legalmente en los Estados Unidos a fin de ser elegibles para la cobertura. La compañía de seguros debe aprobar la cobertura para empleados en tareas temporarias: (a) por más de 1 año; o (b) en zonas que el Departamento de Estado de EE.UU. haya declarado peligrosas para viajar, sujeto a las variaciones propias de cada estado.

El plan de enfermedad crítica de Guardian no otorga cobertura médica integral. Es un beneficio básico o limitado y no tiene por fin cubrir todos los gastos médicos. No proporciona seguro "hospitalario básico", "médico básico" ni "médico", según lo define el Departamento de Seguros del Estado de Nueva York.

Las preguntas de salud son obligatorias para 1) quienes se inscriben en forma tardía y 2) inscritos mayores de 69 años de edad (no tiene vigencia para FL). Esta cobertura no entrará en vigencia hasta ser aprobada por un asegurador de Guardian.

La póliza tiene exclusiones y limitaciones que pueden afectar la elegibilidad o el derecho a obtener los beneficios conforme a cada enfermedad cubierta. Consulte el folleto del certificado para obtener una lista completa de exclusiones y limitaciones.

Si se paga una prima de seguro de enfermedad crítica antes de la deducción de impuestos, es posible que deban pagarse impuestos por el beneficio. Comuníquese con su asesor legal o impositivo para conocer el tratamiento impositivo de los beneficios de su póliza.

Contrato N° GP-1-CI-14

El seguro por enfermedad crítica de Guardian está suscrito y es emitido por The Guardian Life Insurance Company of America, New York, NY. Los productos no están disponibles en todos los estados. Se aplican limitaciones y exclusiones de la póliza. Los usuarios y/o características opcionales pueden generar costos adicionales. Los documentos del plan son los que rigen definitivamente la cobertura. Esta póliza solo proporciona seguro médico de beneficios limitados. No proporciona seguro básico de hospital ni seguro médico básico o principal, tal como los define el Departamento de servicios financieros del estado de New York.
Formulario de la póliza # GP-1-LAH-12R; GP-1-CI-14

Guardian®

Vea nuestro video
Cómo el seguro de accidentes puede ayudarlo a recuperarse.

Seguro de accidentes

Los accidentes ocurren. Con el seguro contra accidentes, usted puede ayudarlos a sentirse más aliviados.

El seguro contra accidentes ofrece un nivel adicional de protección que le proporciona un pago en efectivo para ayudar a cubrir los gastos asociados cuando sufre un accidente inesperado que cumple con los requisitos.

¿Para quién es?

Nadie puede predecir cuándo podría ocurrir un accidente. Es por eso que el seguro contra accidentes es una importante póliza adicional para las personas que desean complementar la cobertura del seguro de salud e incapacidad que ya tienen de forma individual o a través de un empleador.

¿Qué cubre?

El seguro de accidentes le paga una suma total de beneficios después de sufrir un accidente. Esto podría ser más de 40 circunstancias diferentes, entre las que se incluyen las siguientes: tratamiento de emergencia, ambulancia, quemaduras, dislocaciones, fracturas, hospitalización y cirugía.

¿Por qué debería considerarlo?

La cobertura de salud puede ser más costosa con copagos, primas y deducibles más elevados. El seguro contra accidentes puede ser una manera sencilla y asequible de ayudar a complementar y cubrir los gastos adicionales que es posible que su seguro de salud e incapacidad no cubra, incluidos radiografías, servicios de ambulancia, deducibles e incluso cosas como alquiler o comestibles.

Además, el seguro contra accidentes es transferible y los pagos se hacen directamente a usted.

Recibirá estos beneficios si cumple con las condiciones que se indican en la póliza.

Mayor apoyo durante la recuperación

Amanda se fractura la pierna al caerse de su bicicleta y necesita tratamiento de emergencia.

Gasto promedio del tratamiento no quirúrgico de la pierna fracturada: **$2,500**

Deducible médico principal promedio: **$1,500**

La cobertura médica principal cubre el 80% del costo quirúrgico después de que se alcanza el deducible, pero Amanda sigue siendo responsable por el 20%: **$200**

Monto total del gasto de bolsillo de Amanda (deducible + coseguro): **$1,700**

La póliza contra accidentes de Guardian que tiene Amanda le paga un beneficio de **$1,700,** que cubre todos sus gastos de bolsillo.

Este ejemplo se suministra con fines ilustrativos únicamente. La cobertura de su plan puede variar. Consulte la información de su plan en las siguientes páginas para ver montos y detalles específicos.

GUARDIAN® is a registered trademark of The Guardian Life Insurance Company of America

GWBD Operations, Inc.
ALL ELIGIBLE EMPLOYEES
2023-158779 (07/25)

Kit creado 10/19/2023
Número de Grupo: 00547587

Guardian®

Su cobertura por accidente

	ACCIDENTES		
COBERTURA - DETALLES	**Opción 1: Value Plan**	**Opción 2: Advantage Plan**	**Opción 3: Premier Plan**
Tipo de cobertura de accidentes	Fuera o dentro de su empleo	Fuera o dentro de su empleo	Fuera o dentro de su empleo
Portabilidad: le permite llevarse su cobertura de accidentes con usted si se extingue su relación laboral.	Incluido	Incluido	Incluido
Límite de edad de hijos	Niños de nacimiento a 26 años de edad	Niños de nacimiento a 26 años de edad	Niños de nacimiento a 26 años de edad
CARACTERÍSTICAS			
Tratamiento de accidentes en salas de emergencia	$150	$175	$200
Visita de seguimiento de accidentes - Médico	$25 hasta 6 tratamientos	$50 hasta 6 tratamientos	$75 hasta 6 tratamientos
Ambulancia aérea	$500	$1,000	$1,500
Ambulancia	$100	$150	$200
Aparatos: silla de ruedas, férula para pierna o espalda, muletas, caminador, bota para caminar por encima del tobillo o cuello ortopédico.	$100	$125	$125
Sangre/Plasma/Plaquetas	$300	$300	$300
Quemaduras (segundo grado/tercer grado)	9 pulgadas cuadradas a 18 pulgadas cuadradas: $0/$2,000 18 pulgadas cuadradas a 35 pulgadas cuadradas: $1,000/$4,000 Más de 35 pulgadas cuadradas: $3,000/$12,000	9 pulgadas cuadradas a 18 pulgadas cuadradas: $0/$2,000 18 pulgadas cuadradas a 35 pulgadas cuadradas: $1,000/$4,000 Más de 35 pulgadas cuadradas: $3,000/$12,000	9 pulgadas cuadradas a 18 pulgadas cuadradas: $0/$2,000 18 pulgadas cuadradas a 35 pulgadas cuadradas: $1,000/$4,000 Más de 35 pulgadas cuadradas: $3,000/$12,000
Quemadura/injerto de piel	50% del beneficio por quemadura	50% del beneficio por quemadura	50% del beneficio por quemadura
Deporte organizado para niños: el beneficio se paga si el accidente cubierto ocurrió mientras su hijo cubierto participa en un encuentro de deporte organizado regulado por una organización, y requiere una inscripción formal para participar.	20% aumento para beneficios por hijo	20% aumento para beneficios por hijo	20% aumento para beneficios por hijo
Visitas quiroprácticas	Ningún beneficio	$25 por visita hasta 6 visitas	$50 por visita hasta 6 visitas
Coma	$7,500	$10,000	$12,500
Concusión	$50	$75	$100
Dislocación	Anexo hasta $3,600	Anexo hasta $4,400	Anexo hasta $4,800
Examen diagnóstico (principal)	$100	$150	$200
Trabajo dental de emergencia	$200/corona, $50/Extracción	$300/corona, $75/Extracción	$400/corona, $100/Extracción
Manejo del dolor epidural	$100, 2 veces por accidente	$100, 2 veces por accidente	$100, 2 veces por accidente
Lesiones oculares	$200	$300	$300
Atención familiar	$20/día hasta 30 días	$20/día hasta 30 días	$20/día hasta 30 días

Guardian

Su cobertura por accidente

CARACTERÍSTICAS (Cont.)	Opción 1: Value Plan	Opción 2: Advantage Plan	Opción 3: Premier Plan
Fracturas	Anexo hasta $4,500	Anexo hasta $5,500	Anexo hasta $6,000
Ingreso hospitalario	$750	$1,000	$1,250
Internación hospitalaria	$175/día - hasta 1 año	$225/día - hasta 1 año	$250/día - hasta 1 año
Ingreso a la unidad de cuidados intensivos de un hospital	$1,500	$2,000	$2,500
Internación en la unidad de cuidados intensivos de un hospital	$350/día - hasta 15 días	$450/día - hasta 15 días	$500/día - hasta 15 días
Tratamiento en establecimiento de atención de urgencias/consultorio de médico inicial	$50	$75	$100
Reemplazo de articulación (cadera/rodilla/omóplato)	$1,500/$750/$750	$2,500/$1,250/$1,250	$3,500/$1,750/$1,750
Cartílago de rodilla	$500	$500	$750
Laceration	Anexo hasta $300	Anexo hasta $400	Anexo hasta $500
Alojamiento: el hospital debe estar a más de 50 millas del domicilio del asegurado.	$100/día, hasta 30 días de estadía en hotel de acompañante	$125/día, hasta 30 días de estadía en hotel de acompañante	$150/día, hasta 30 días de estadía en hotel de acompañante
Terapia física u ocupacional	$25/día hasta 10 días	$25/día hasta 10 días	$35/día hasta 10 días
Prótesis o dispositivo protésico	1: $500 2 o más: $1,000	1: $500 2 o más: $1,000	1: $750 2 o más: $1,500
Internación en unidad de rehabilitación	$150/día hasta 15 días	$150/día hasta 15 días	$150/día hasta 15 días
Hernia discal con reparación quirúrgica	$500	$500	$750
Cirugía	Anexo hasta $1,000 Hernia: $125	Anexo hasta $1,250 Hernia: $150	Anexo hasta $1,500 Hernia: $200
Cirugía - Exploratoria o Artroscópica	$150	$250	$350
Mango rotador/ligamentos/tendones	1: $250 2 or more: $500	1: $500 2 or more: $1,000	1: $750 2 or more: $1,500
Transporte: el beneficio se paga si tiene que viajar más de 50 millas en un solo tramo para recibir tratamiento especial en un hospital o establecimiento en razón de un accidente cubierto.	$400, 3 veces por accidente	$500, 3 veces por accidente	$600, 3 veces por accidente
Rayos X	$20	$30	$40

ENTIENDA LOS BENEFICIOS DE SU PLAN -

- **Tratamiento para accidentes en salas de emergencia:** solo se pagan beneficios cuando un asegurado se somete a evaluación médica o recibe tratamiento en un plazo de 72 horas después de un accidente cubierto.

Su cobertura por accidente

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES:

RESUMEN DE LIMITACIONES Y EXCLUSIONES EN ACCIDENTES:

Para poder recibir la cobertura, los empleados deben trabajar en Estados Unidos. Suscripción debe aprobar la cobertura de empleados en tareas temporarias: (a) por más de 1 año; o (b) en zonas que el Departamento de Estado de EE.UU. haya declarado peligrosas para viajar, sujeto a las variaciones propias de cada estado.

Esta propuesta resume las características principales del plan de beneficios para Accidentes de Guardian. No tiene por fin ser una declaración completa del plan propuesto. Para obtener información completa sobre el plan, incluidas las exclusiones y limitaciones, por favor consulte su Póliza.

Esta propuesta está cubierta sujeta a evaluación financiera satisfactoria.

No pagamos beneficios por ninguna lesión causada por o relacionada directamente o indirectamente con: padecimiento, enfermedad, trastorno mental o tratamiento médico o quirúrgico; que la persona cubierta esté intoxicada según se define en la ley; guerra declarada o no declarada, acto de guerra o agresión armada; servicio en las fuerzas armadas, la Guardia Nacional o las reservas militares de cualquier estado o país; tomar parte en revueltas o disturbios civiles; cometer o intento de cometer un delito grave; lesión intencionalmente autoinfligida, en estado de cordura o demencia; suicidio o intento de suicidio, en estado de cordura o demencia; viaje o vuelo en cualquier tipo de aeronave, incluida cualquier aeronave propiedad de o para el titular de la póliza, excepto como pasajero que paga la tarifa en un transportista común; participación en cualquier tipo de actividad deportiva para compensación o ganancia, incluyendo entrenamiento o arbitraje; montar o conducir un vehículo motorizado en una carrera, un espectáculo de acrobacias o una prueba de velocidad; participación en ala delta, puenting, parapente, paravelismo, vuelo en globo, paracaidismo o caída libre; un accidente que ocurrió antes de que la persona cubierta esté cubierta por este plan; lesiones a un niño dependiente recibidas durante el nacimiento; uso voluntario de cualquier veneno, producto químico, medicamento recetado o no recetado o sustancia controlada a menos que: (1) fue prescrito por un médico para una persona cubierta, y (2) se usó según lo prescrito. En el caso de un medicamento sin receta, este Plan no paga ningún Accidente resultante o contribuido por el uso de una manera inconsistente con las instrucciones del paquete. "Sustancia Controlada" significa cualquier cosa llamada sustancia controlada en el Título II de la Ley de Prevención y Control Integral del Abuso de Drogas de 1970, con sus modificaciones ocasionales. Se excluyen las lesiones relacionadas con el trabajo o en el trabajo para el empleado si la cobertura del accidente es solo fuera del trabajo.

Contrato N° GP-1-AC-IC-12

Si la prima del seguro de accidentes es pagada antes de los impuestos, el beneficio puede estar sujeto a impuestos. Comuníquese con su asesor fiscal o legal sobre el tratamiento fiscal de los beneficios de su póliza.

El seguro contra accidentes de Guardian está suscrito y es emitido por The Guardian Life Insurance Company of America, New York, NY. Los productos no están disponibles en todos los estados. Se aplican limitaciones y exclusiones de la póliza. Los usuarios y/o características opcionales pueden generar costos adicionales. Los documentos del plan son los que rigen definitivamente la cobertura. Esta póliza proporciona seguro contra accidentes únicamente. No proporciona seguro básico de hospital ni seguro médico básico o principal, tal como los define el Departamento de servicios financieros del estado de New York.
AVISO IMPORTANTE: COMPRENDO QUE ESTA PÓLIZA NO BRINDA COBERTURA POR ENFERMEDAD.
Formulario de la póliza # GP-1-AC-BEN-12, et al., GP-1-LAH-12R; GP-1-ACC-18

Guardian®

Vea nuestro video
Cómo el seguro de indemnización hospitalaria puede ofrecerle una hospitalización cómoda.

Seguro de indemnización hospitalaria

El seguro de indemnización hospitalaria puede cubrir algunos de los costos asociados con una estancia en el hospital, lo que le permite centrarse en la recuperación.

Ser hospitalizado por una enfermedad o lesión puede ocurrirle a cualquier persona, en cualquier momento. Si bien el seguro médico puede cubrir las facturas hospitalarias, es posible que no cubra todos los costos asociados a una hospitalización. Ahí es donde la cobertura de indemnización hospitalaria puede ayudar.

¿Para quién es?

El seguro de indemnización hospitalaria es para las personas que necesitan ayuda para cubrir los costos asociados con una hospitalización si de pronto se enferman o se lesionan.

¿Qué cubre?

Si usted es hospitalizado por una enfermedad o una lesión cubierta, recibirá pagos que se pueden utilizar para cubrir todo tipo de costos, como los siguientes:

- Deducibles y copagos.
- Viaje hacia y desde el hospital para recibir tratamiento.
- Asistencia de cuidado infantil durante la recuperación.

¿Por qué debería considerarlo?

La cobertura de salud se está volviendo más costosa, con copagos, primas y deducibles más altos. El seguro de indemnización hospitalaria puede ayudar a pagar los costos de bolsillo relacionados con ser hospitalizado, lo que le da más de una prima de protección financiera para los gastos imprevistos de una hospitalización.

Además, el seguro de indemnización hospitalaria es transferible y los pagos se le hacen directamente, incluso si no incurrió en gastos de bolsillo.

Recibirá estos beneficios si cumple con las condiciones que se indican en la póliza.

Prepárese

John es hospitalizado después de un ataque cardíaco y tiene que cubrir el costo de cinco días como paciente hospitalizado.

Gasto promedio de hospitalización por ataque cardíaco: **$53,000**

Deducible médico principal promedio: **$1,500**

La cobertura médica principal cubre el 80% del costo después de que se alcanza el deducible, pero John sigue siendo responsable del 20%: **$10,300**

Monto total del gasto de bolsillo de John (deducible + coseguro): **$11,800**

La póliza de indemnización hospitalaria de Guardian de John le paga **$1,000** por la admisión al hospital.

La póliza le da un pago total de **$1,000** para ayudarlo a cubrir el monto de su gasto de bolsillo.

Este ejemplo se suministra con fines ilustrativos únicamente. La cobertura de su plan puede variar. Consulte la información de su plan en las siguientes páginas para ver montos y detalles específicos.

GUARDIAN® is a registered trademark of The Guardian Life Insurance Company of America

GWBD Operations, Inc.
ALL ELIGIBLE EMPLOYEES
2023-158795 (07/25)

Kit creado 10/19/2023
Número de Grupo: 00547587

Guardian®

Su cobertura de indemnización hospitalaria

	Indemnización Hospitalaria	
	Opción 1	Opción 2
COBERTURA - DETALLES		
Beneficio		
Admisión de hospital/Unidad de Cuidados Intensivos (ICU)	$1,000 por admisión, que se limita a 1 admisiones por asegurado.	$2,000 por admisión, que se limita a 1 admisiones por asegurado.
Hospitalización/Internación en ICU	$200/$200 por día, que se limita a 30 días por asegurado por año de beneficio.	$200/$200 por día, que se limita a 30 días por asegurado por año de beneficio.
Limitación de afección preexistente: afección preexistente incluye cualquier condición por la que usted, en el plazo especificado anterior a la cobertura en este plan, consultó a un médico, recibió tratamiento o tomo medicación recetadas.	No Aplicable (Ver la sección Limitaciones y exclusiones para obtener detalles sobre el tratamiento de maternidad)	No Aplicable (Ver la sección Limitaciones y exclusiones para obtener detalles sobre el tratamiento de maternidad)
Portabilidad: le permite llevarse su cobertura de Indemnización Hospitalaria si termina su relación laboral.	Incluido	Incluido
Límite de edad para los niños	Niños de nacimiento hasta 26 años	Niños de nacimiento hasta 26 años
Los solicitantes con más de 69 años de edad no son elegibles para inscribirse en la cobertura de Indemnización Hospitalaria.		

CÓMO ENTENDER SUS BENEFICIOS -

Los beneficios de admisión de hospital y admisión a una unidad de cuidados intensivos (ICU) no se pagan el mismo día.

No pagará la prima si se le hospitaliza por más de 30 días.

No se pagan los beneficios de hospitalización o admisión de hospital de un recién nacido a menos que se admita al niño en una unidad de cuidados intensivos (Intensive Care Unit, ICU) neonatal.

Los beneficios de hospitalización e internación en una ICU no se pagan el mismo día.

Después de la inscripción inicial, la cobertura de indemnización hospitalaria continuará siempre y cuando el asegurado sea un empleado activo.

Su cobertura de indemnización hospitalaria

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES:

Para poder ser elegible para la cobertura, los empleados deben trabajar legalmente (a) en los Estados Unidos o (b) fuera de los Estados Unidos para un empleador estadounidense en un país o región aprobados por Guardian.
El solicitante debe inscribirse dentro de los 31 días de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. La inscripción abierta se realiza cada año durante un período de 30 días especificado por el titular de la póliza. Si un solicitante no se inscribe durante el período de inscripción inicial, no se puede inscribir hasta el próximo período de inscripción abierta.
Este plan no paga beneficios para lo siguiente:
• Tratamiento relacionado con una persona cubierta que participa en una guerra o acto de guerra (incluido el servicio en las fuerzas armadas), en la perpetración o el intento de comisión de un delito grave, un acto de terrorismo o en una ocupación ilegal, motín o insurrección.
• Suicidio o cualquier lesión autoinfligida intencionalmente.
Cirugía programada.
Cirugía para corregir la visión o la audición, salvo cirugía de glaucoma, cataratas u otra enfermedad o lesión médicamente necesaria.
Atención dental, radiografías dentales o tratamiento dental.
Servicios de bypass gástrico o intestinal, incluida la banda gástrica, la gastroplastía y otros procedimientos similares para facilitar la pérdida de peso; la reversión o revisión de dichos procedimientos; o servicios requeridos para el tratamiento de complicaciones causadas por dichos procedimientos. Esta exclusión no se aplica a la implementación de un programa de reducción de peso pagable conforme al beneficio de examen de salud.
Curas de reposo o cuidado asistencial, o tratamiento para trastornos del sueño.
Cirugía estética. Esta exclusión no se aplica a la cirugía reconstructiva:
(a) de una parte lesionada del cuerpo después de una infección o enfermedad de la parte afectada;
(b) de una enfermedad congénita o anomalía de un dependiente recién nacido o adoptado cubierto;
(c) de una mama no enferma para reconstruir y lograr la simetría entre las dos mamas después de una mastectomía cubierta.
Tratamiento o remoción de verrugas, lunares, forúnculos, manchas en la piel o manchas de nacimiento, juanetes, acné, callos, callosidades, corte de uñas de los pies, cuidado de pie plano, arcos caídos o esguince de tobillo crónico.
Servicio, tratamiento o pérdida relacionados con el alcoholismo o la drogadicción, salvo medicación recetada por el médico de la persona cubierta y administrada según lo indicado.
Atención o tratamiento para enfermedades mentales o nerviosas.
Servicios, tratamientos o pérdida prestados en una Administración de veteranos o un Hospital federal, salvo si existe la obligación legal de pagar.
Servicios o tratamientos prestados por un médico, una enfermera u otra persona que es contratada por una persona cubierta o que es cónyuge, padre, hermano, hermana, hijo, pareja doméstica o pareja en unión civil de la persona cubierta.
Cirugía y tratamiento, procedimientos, productos o servicios experimentales o de investigación.

Hospitalización o admisión de hospital, y cirugía para paciente internado debido a que una persona cubierta da a luz dentro de los 9 meses después de la fecha de entrada en vigencia de la persona cubierta conforme a este plan como resultado de un embarazo normal, incluida la cesárea. Las complicaciones del embarazo se cubrirán en la misma medida que cualquier otra enfermedad cubierta.

Tratamiento de un hijo dependiente cubierto.

Enfermedad o lesión adquiridas durante el servicio activo en las fuerzas armadas de un país. Esto no incluye el servicio de entrenamiento en la reserva o guardia nacional.

GP-1-HI-15

El seguro de indemnización hospitalaria de Guardian está suscrito por The Guardian Life Insurance Company of America, New York, NY y no será efectivo hasta que lo apruebe un asegurador de Guardian. Los productos no están disponibles en todos los estados. Se aplican limitaciones y exclusiones de la póliza. Los usuarios y/o características opcionales pueden generar costos adicionales. Los documentos del plan son los que rigen definitivamente la cobertura. Esta póliza solo proporciona seguro hospitalario limitado. No proporciona seguro médico básico o principal, tal como los define el Departamento de servicios financieros del estado de New York.
Formulario de la póliza # GP-1-HI-15, GP-1-LAH-12R

GUARDIAN® is a registered trademark of The Guardian Life Insurance Company of America

Guardian®

Prueba de asegurabilidad (EOI) electrónica

Nuestros formularios de EOI en línea son una alternativa más sencilla y rápida a los formularios impresos tradicionales, y que lo ayudan a obtener cobertura cuando necesita proporcionar información adicional.

En algunas situaciones, usted debe responder preguntas sobre su salud, inscribirse para obtener mayores montos de cobertura o solicitar cobertura después del período inicial de elegibilidad. En estas situaciones, nuestro formulario de EOI en línea simplifica las cosas.

La EOI electrónica simplifica las cosas

Con los formularios electrónicos de EOI de Guardian, sus datos se mantienen seguros en cada etapa del proceso. Además, con menos errores que los formularios escritos a mano y un envío digital más rápido, completarlo y obtener cobertura es más fácil que nunca.

La EOI electrónica se puede utilizar para lo siguiente*:

- Seguro de vida básico
- Seguro de vida voluntario
- Seguro de incapacidad a corto plazo
- Seguro de incapacidad a largo plazo

Cómo funciona

Recibirá una carta o un correo electrónico de su empleador o de Guardian con instrucciones y un enlace único para enviar su formulario de EOI en línea.

Primero regístrese y cree una cuenta en Guardian Anytime. Luego, simplemente complete el formulario, fírmelo de forma electrónica y haga clic en "Submit" (Enviar).

Una vez que recibamos el formulario, nos comunicaremos con usted para hacerle algunas preguntas antes de darle la información (y a su empleador si el monto de la cobertura cambia).

* Corresponde a la cobertura que requiere prueba de asegurabilidad completa (no aplicable a los importes de emisión condicional). La EOI electrónica está disponible para la mayoría de los navegadores de Internet.

GUARDIAN® is a registered trademark of The Guardian Life Insurance Company of America
guardianlife.com
© Copyright 2023 The Guardian Life Insurance Company of America
2023-158794 (7/25)

GuidanceResources® - Employee Assistance Program

A veces, la vida puede sentirse abrumadora. No tiene que ser así.

El Employee Assistance Program de Guardian proporciona asesoramiento confidencial, orientación de expertos y recursos valiosos para ayudarlo a manejar cualquiera de los desafíos de la vida, grandes o pequeños.

Cómo puede ayudar

Apoyo emocional confidencial

- Ansiedad, depresión, estrés

Apoyo para el trabajo y el estilo de vida

- Cuidado de niños, ancianos y mascotas

Recursos financieros y orientación legal

- Planificación de la jubilación, impuestos
- Testamentos, fideicomisos y planificación patrimonial

Este servicio solo está disponible si adquiere líneas de cobertura elegibles. Consulte con el administrador de su plan para obtener más detalles.

Los servicios de asistencia legal/financiera y de recursos no están disponibles en el estado de Nueva York.

El Employee Assistance Program es un conjunto de servicios creados y ofrecidos únicamente por ComPsych. Guardian no es responsable de la atención o asesoría entregada por cualquier proveedor o servicio ofrecido dentro del Employee Assistance Program. Esta información se suministra con fines divulgativos únicamente. No es un contrato. Solo el Acuerdo de servicio de plan estipula los términos, servicios, limitaciones y exclusiones reales. Guardian y ComPsych se reservan el derecho de interrumpir el Employee Assistance Program en cualquier momento y sin aviso. Los servicios legales proporcionados a través del Employee Assistance Program no se proporcionarán en relación con Guardian, ComPsych o su empleador. El Employee Assistance Programo cualquier servicio ofrecido dentro del Programa no es un beneficio de seguro y es posible que no esté disponible en todos los estados.

Cómo acceder

Asistencia disponible 24/7

Llame al
1 855 239 0743
TRS: Dial 711

Visite
guidanceresources.com

Aplicación: GuidanceNow℠
ID web de la organización: Guardian
Nota: Los usuarios nuevos deberán registrarse primero con la ID web de la organización: Guardian

GUARDIAN® is a registered trademark of The Guardian Life Insurance Company of America
© Copyright 2023 The Guardian Life Insurance Company of America
2023-159687 (8/25)

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

Guardian®

Nuestro compromiso con usted

Lea detenidamente la documentación a la que se hace referencia a continuación. El objetivo de estos avisos es proporcionarle información importante sobre nuestras ofertas de seguros y proteger sus intereses. Algunos son obligatorios por ley.

Información importante

Aviso que informa a las personas sobre los Requisitos de no discriminación y accesibilidad

Notificación de Guardian en la que se establece que cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y que no discrimina según raza, color, origen nacional, edad, incapacidad, sexo o identidad de género real o percibida. En este aviso, se proporciona información de contacto para presentar una reclamación por no discriminación. También se proporciona información de contacto para acceder a ayudas y servicios gratuitos para personas con discapacidad a fin de asistir en las comunicaciones con Guardian.

Visite **https://www.guardianantytime.com/notice48** para obtener más información.

Servicios de idiomas sin costo

Guardian proporciona asistencia lingüística en varios idiomas para miembros con dominio del inglés limitado.

Visite **https://www.guardianantytime.com/notice46** para obtener más información.

Seguro de incapacidad

Aviso de compensación por incapacidad

Las compensaciones son disposiciones de la cobertura de incapacidad que permiten al asegurador deducir del beneficio regular otros tipos de ingresos que usted recibe o que es elegible para recibir de otras fuentes debido a la incapacidad.

Visite **https://www.guardianantytime.com/notice51** para obtener más información.

Seguro de visión

Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA de Guardian

En este aviso, se describe cómo se puede utilizar y divulgar la información personal de su salud y cómo puede acceder a esta información.

Visite **https://www.guardianantytime.com/notice50** para obtener más información.

GUARDIAN® is a registered trademark of The Guardian Life Insurance Company of America

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

Guardian

The Guardian Life Insurance Company of America
The Guardian Life Insurance Company of America suscribe cobertura por seguro de vida de grupo a plazo, muerte accidental y pérdida de miembro, incapacidad a corto plazo, incapacidad a largo plazo, enfermedad crítica, cancer, accidentes, indemnizaction Hospitalaria, dental y visión. Guardian's Managed Dental Care es denominado 'Guardian PPO.'
First Commonwealth of Missouri, Inc.
First Commonwealth of Missouri, Inc. suscribe la cobertura dental prepaga de grupo

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

Por favor escribir claramente y marcar con cuidado.

Nombre del Empleador/Titular del plan GWBD Operations, Inc.	Número de plan colectivo: 00547587	Beneficios con vigencia a partir de:_____

POR FAVOR MARCAR EL CASILLERO QUE CORRESPONDA ❑ Inscripción inicial ❑ Agregar Empleados/Miembros Dependientes/Familiares ❑ Cancelar/rechazar cobertura

❑ Modificar información

En este formulario, se le denominará Empleado/Miembro. Sus familiares se denominarán como Dependientes/Familiares. También habrá ocasiones en las que, cuando se haga referencia a los Dependientes/Familiares, este formulario distinga entre su cónyuge y sus hijos. Según el tipo de plan que su Titular del plan haya seleccionado, otros documentos del plan pueden referirse a usted como empleado, miembro o un término similar, y, a los integrantes de su familia, como familiares, dependientes, dependientes elegibles o un término similar. Consulte la póliza de grupo, el certificado de cobertura, (a veces llamado guía para miembros), para ver cómo se definen los términos y determinar qué familiares tienen derecho a 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 sobre el significado de los términos utilizados en este formulario.

Clase:_____ División:_____ Código de subtotal:_____
(Si correspondiese, solicítelo a su Empleador)

Acerca de usted:

Nombre legal completo, Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido:
Cal es el nombre con el que pasas? (opcional)

Identificación proporcionada por el Empleador/Titular del plan:
_____

Número de seguro social
___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___
Debe proporcionar su número de seguro social si se inscribe para la cobertura de vida. Cobertura por discapacidad a corto plazo y / o cobertura por discapacidad a largo plazo.

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

dentidad de Género: ❑ M ❑ F Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ___ - ___ - ___

Teléfono: (indicar primaria): ❑ la casa (____) ____ - ____
❑ trabajar (____) ____ - ____
❑ el telefono movil (____) ____ - ____

Dirección de correo electrónico: (indicar primaria) ❑ la casa _____ ❑ trabajar _____

¿Está casado o en una unión civil? ❑ Sí ❑ No Fecha de matrimonio/unión civil:___-___-____
Tiene hijos u otros dependientes? ❑ Sí ❑ No Fecha de adopción de hijo adoptado: _____-_____-_____

Acerca de su trabajo:

Horas trabajadas por semana: _____ Puesto de trabajo:

Condición de trabajo: ❑ Activo ❑ Jubilad ❑ COBRA/Continuación estatal	Fecha de contratación a tiempo completo:_____ - _____ - _____	Salario anual: $_____

RETIRAR EL FORMULARIO COMPLETO Y REMITIR AL EMPLEADOR
FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMULARIO: Oct 19, 2023

Acerca de su familia: Incluya los nombres de los dependientes que desea inscribir. Solo puede inscribir a los Dependientes/Familiares que son 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 necesita espacio adicional, adjune una página separada con esta infrmation junto cn su formulario de insripcion. Asegúrese de firmar y fechar (mm-dd-aa) el papel y guarde una copia para sus registros.Se puede solicitar más información para dependientes no estándar como un nieto, una sobrina o un sobrino.

Cónyuge (dondequiera que aparezca el término "Cónyuge" en este formulario, también incluye "Socio de unión civil". Domicilio/Ciudad/Estado/Codigo postal: Teléfono: ( ) -		Identidad de Género: ❑ M ❑ F	Número de seguro social _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____	
Hijo/dependiente 1: Domicilio/Ciudad/Estado/Codigo postal: Teléfono: ( ) -	❑ Agregar ❑ Cancelar	Identidad de Género: ❑ M ❑ F	Número de seguro social _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____	Condición (marque según corresponda) ❑ Estudiante (educación superior) ❑ Discapacitado ❑ Dependiente no común
Hijo/dependiente 2: Domicilio/Ciudad/Estado/Codigo postal: Teléfono: ( ) -	❑ Agregar ❑ Cancelar	Identidad de Género: ❑ M ❑ F	Número de seguro social _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____	Condición (marque según corresponda) ❑ Estudiante (educación superior) ❑ Discapacitado ❑ Dependiente no común
Hijo/dependiente 3: Domicilio/Ciudad/Estado/Codigo postal: Teléfono: ( ) -	❑ Agregar ❑ Cancelar	Identidad de Género: ❑ M ❑ F	Número de seguro social _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____	Condición (marque según corresponda) ❑ Estudiante (educación superior) ❑ Discapacitado ❑ Dependiente no común
Hijo/dependiente 4: Domicilio/Ciudad/Estado/Codigo postal: Teléfono: ( ) -	❑ Agregar ❑ Cancelar	Identidad de Género: ❑ M ❑ F	Número de seguro social _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____	Condición (marque según corresponda) ❑ Estudiante (educación superior) ❑ Discapacitado ❑ Dependiente no común

Número de plan colectivo de Guardian: **00547587**

Escriba el nombre del empleado con letra de molde:

Cancelar cobertura:

❑ Cancelar Empleado/Miembro ❑ Cancelar Dependientes/Familiares

La fecha de suspensión no puede ser anterior a la fecha en la que se completó y firmó este formulario.

Último día de cobertura: _____-_____-_____

❑ Extinción de la relación laboral ❑ Jubilación

Último día trabajado: _____-_____-_____

❑ Otra razón:_____

Fecha del evento: _____-_____-_____

Cobertura a cancelar:

❑ Seguro dental	❑ Empleado/Miembro	❑ Conyuge	❑ Hijo(s)
❑ Plan de Visión	❑ Empleado/Miembro	❑ Conyuge	❑ Hijo(s)
❑ Vida	❑ Empleado/Miembro	❑ Conyuge	❑ Hijo(s)
❑ Vida voluntario	❑ Empleado/Miembro	❑ Conyuge	❑ Hijo(s)
❑ Seguro Voluntario de Muerte Accidental y Pérdida de Miembro	❑ Empleado/Miembro	❑ Conyuge	❑ Hijo(s)
❑ Enfermedad Critica	❑ Empleado/Miembro	❑ Conyuge	❑ Hijo(s)
❑ Accidente	❑ Empleado/Miembro	❑ Conyuge	❑ Hijo(s)
❑ Cáncer	❑ Empleado/Miembro	❑ Conyuge	❑ Hijo(s)

❑ Cobertura múltiple

❑ Plan Voluntario de Incapacidad a Largo Plazo

❑ Plan Voluntario de Incapacidad a Corto Plazo

Pérdida de otra cobertura:

Yo y/o mis dependientes/familiares estábamos anteriormente cubiertos en otro plan de seguro.

❑ Extinción de la relación laboral: _____-_____-_____

❑ Divorcio _____-_____-_____

❑ Muerte del cónyuge _____-_____-_____

❑ Finalización o vencimiento de la cobertura _____-_____-_____

Pérdida de la cobertura ❑ Seguro dental ❑ Vista

Me han ofrecido la cobertura anterior y deseo cancelar la inscripción por las siguientes razones:

❑ Estoy cubierto por otro plan de seguros.

❑ Otros _____

(es posible que se solicite información adicional)

Cobertura Dental: Para cubrir a sus dependientes/familiares, usted debe estar inscrito. Marcar un casillero únicamente.

	Empleado/Miembro solamente	Empleado/Miembro y cónyuge	Empleado/Miembro y dependientes/hijos	Empleado/Miembro, cónyuge y dependientes/hijos
Opción 1: Base	❑	❑	❑	❑
Opción 2: Buy up	❑	❑	❑	❑

❑ No deseo Cobertura Dental porque(marque según correspondan):

- ❑ Estoy cubierto por otro plan Dental
- ❑ Mi cónyuge está cubierto por otro plan Dental
- ❑ Mis dependientes/familiares están cubiertos por otro plan Dental

Cobertura de Vista: Para cubrir a sus dependientes/familiares, usted debe estar inscrito. Marcar un casillero únicamente.

	Empleado/Miembro solamente	Empleado/Miembro y cónyuge	Empleado/Miembro y dependientes/hijos	Empleado/Miembro, cónyuge y dependientes/hijos
Full Feature	❑	❑	❑	❑

❑ No deseo esta Cobertura de Vista porque (marque según correspondan):

- ❑ Estoy cubierto por otro plan de Vista
- ❑ Mi cónyuge está cubierto por otro plan de Vista
- ❑ Mis dependientes/familiares están cubiertos por otro plan de Vista

RETIRAR EL FORMULARIO COMPLETO Y REMITIR AL EMPLEADOR

Cobertura de Vida Básica con Muerte y Desmembramiento Accidental (AD&D):
Aaplican reducciones de beneficios. Consulte al administrador del plan.
El monto de la cobertura del seguro de vida que seleccione puede ser un monto específico en dólares o un monto que sea un múltiplo de su salario y puede estar sujeto a determinadas reducciones

Monto de la poliza
Empleado/Miembro únicamente
☑ $25,000
El Monto de Emisión Garantizada es $25,000.

*Si el Empleado/Miembro tiene más de 65 beneficios, pueden aplicarse reducciones que pueden cambiar el monto de GI. Consulte los materiales de inscripción para obtener más detalles.

❑ No quiero esta cobertura.

DESIGNE SUS BENEFICIARIOS (los beneficiarios principales deben sumar 100%)

Beneficiarios principal:
Nombre:_____ Número de seguro social:__ __ __-__ __-__ __ __ __ %__

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa):____-____-____
Domicillio/Ciudad/Estado/Codigo postal:_____

Teléfono: ( ) - Relación con Empleado/Miembro_____

Nombre:_____ Número de seguro social:__ __ __-__ __-__ __ __ __ %__

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa):____-____-____
Domicillio/Ciudad/Estado/Codigo postal:_____

Teléfono: ( ) - Relación con Empleado/Miembro_____

Beneficiario Contingente:_____
Número de seguro social:___ ___ ___-___ ___-___ ___ ___ ___

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa):____-____-____
Domicillio/Ciudad/Estado/Codigo postal:_____

Teléfono: ( ) - Relación con Empleado/Miembro_____

(En caso de que los beneficiarios principales hubiesen fallecido, el beneficiario contingente recibirá el beneficio. El Empleador/Titular del plan conserva la información sobre beneficiarios.)

dependiente/ miembros de familia – Si el beneficiario previsto es alguien que no es el empleado, sírvase llenar el formulario de Designación de beneficiario.

Atención: Si alguno de los beneficiarios mencionados anteriormente es menor de edad (una persona menor de 18 años o 21 años, según su estado de residencia), la ley estatal puede limitar la capacidad de Guardian de pagarle directamente las ganancias del seguro de vida mientras siga siendo menor de edad. Las leyes estatales de la Ley uniforme de transferencias a menores (UTMA, por sus siglas en inglés), cuando corresponda, pueden permitir el curso normal de pago de estas ganancias, o una parte de ellas, al Custodio designado del beneficiario menor de edad para que las administre en nombre del menor hasta que alcance la edad adulta. En ese momento, las ganancias se entregan al niño adulto, quien puede utilizarlas de la manera que desee.

¿Alguno de los beneficiarios identificados anteriormente es considerado un menor de edad en el estado en el que residen? Marque solo una casilla.. ❑ Sí ❑ No
Si respondió "Sí", nombre al Custodio designado legalmente bajo la UTMA para todos los beneficiarios menores de edad que haya designado:

Custodio de los beneficiarios menores de edad:
Nombre: _____ Número de Seguro Social (o n.º de FEIN/TIN si es un fideicomiso de una entidad corporativa familiar): ____ ____ ____ ____ ____-____ ____ ____
Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa) (si es una persona): _____ - _____ - _____
Dirección/Ciudad/Estado/Código postal:_____
Teléfono: ( ) -

Si esta cobertura de Vida Básica reemplazará la cobertura de seguro de vida vigente mediante su empleador actual, consigne el monto de la póliza anterior $_____

Notas Importantes:

- Sobre la base de los beneficios del plan y su edad, es posible que le solicitemos que complete un formulario de prueba de asegurabilidad para Vida Básico.

Cobertura de Vida Voluntario a Plazo con Muerte y Desmembramiento Accidental (AD&D): Para cubrir a sus dependientes/familiares, usted debe estar inscrito. Aplican reducciones de beneficios. Consulte al administrador del plan.

El monto de la cobertura del seguro de vida que seleccione puede ser un monto específico en dólares o un monto que sea un múltiplo de su salario y puede estar sujeto a determinadas reducciones.

Empleado/Miembro

Monto de la póliza *Marcar un casillero únicamente*

❑ $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				

Emisión garantizada hasta: Empleado Menores de 65 años $100,000*, de 65 a 69 años $50,000, mas de 70 años $10,000. Se debe completar la sección "Antecedentes clínicos" si se selecciona cualquier monto superior al monto de emisión de garantía.

❑ No quiero esta cobertura

Agregar **seguro de Vida Voluntario para Cónyuge**

Monto de la póliza

❑ $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

Emisión garantizada hasta: Cónyuge Menores de 65 años $25,000*, de 65 a 69 años $10,000.

**El monto no podrá superar el 100% del monto del seguro de Vida Voluntario del empleado.*

❑ No quiero esta cobertura

Agregar **seguro de Vida Voluntario para Hijos**

Monto de la póliza

❑ **$10,000***

**Monto de emisión de garantía*

**El monto no podrá superar el 100% del monto del seguro de Vida Voluntario del empleado.*

❑ No quiero esta cobertura

Notas Importantes:

- **Sobre la base de los beneficios del plan y su edad, es posible que le solicitemos que complete un formulario de prueba de asegurabilidad.**

RETIRAR EL FORMULARIO COMPLETO Y REMITIR AL EMPLEADOR

Empleado/Miembro Designe sus beneficiarios: (los beneficiarios principales deben sumar 100%) Si elige beneficiarios diferentes que no son los mismos que los nombrados para Vida Básico, por favor indicar los nombres más abajo.

Si se necesita espacio adicional, adjunte una hoja de papel aparte con esta información junto con su formulario de inscripción. Asegúrese de firmar y fechar (mm-dd-aa) el papel y guarde una copia para sus registros.

Beneficiarios principal:

Nombre:_____ **Número de seguro social:**___ ___ ___-___ ___-___ ___ ___ ___ %_____

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa):____-____-____ **Domicillio/Ciudad/Estado/Codigo postal:**_____

Teléfono: ( ) - **Relación con Empleado/Miembro**_____

Nombre:_____ **Número de seguro social:**___ ___ ___-___ ___-___ ___ ___ ___ %_____

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa):____-____-____ **Domicillio/Ciudad/Estado/Codigo postal:**_____

Teléfono: ( ) - **Relación con Empleado/Miembro**_____

Beneficiario Contingente:_____ **Número de seguro social:**___ ___ ___-___ ___-___ ___ ___ ___

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa):____-____-____ **Domicillio/Ciudad/Estado/Codigo postal:**_____

Teléfono: ( ) - **Relación con Empleado/Miembro**_____

(En caso de que los beneficiarios principales hubiesen fallecido, el beneficiario contingente recibirá el beneficio. El Empleador/Titular del plan conserva la información sobre beneficiarios.)

Cónyuge y dependiente/hijo(s): Si el beneficiario previsto es una persona que no sea el Empleado/Miembro, complete el formulario de designación de beneficiario.

Si se necesita espacio adicional, adjunte una hoja de papel aparte con esta información junto con su formulario de inscripción. Asegúrese de firmar y fechar (mm-dd-aa) el papel y guarde una copia para sus registros.

Comuníquese con su Empleador/Titular del plan con respecto a cualquier registro o cambio en la información de su beneficiario.
El cónyuge y el/los hijo(s) dependiente(s) – Si el beneficiario previsto es alguien que no es el Empleado/Miembro, sírvase llenar el formulario de Designación de beneficiario.

Atención: Si alguno de los beneficiarios mencionados anteriormente es menor de edad (una persona menor de 18 años o 21 años, según su estado de residencia), la ley estatal puede limitar la capacidad de Guardian de pagarle directamente las ganancias del seguro de vida mientras siga siendo menor de edad. Las leyes estatales de la Ley uniforme de transferencias a menores (UTMA, por sus siglas en inglés), cuando corresponda, pueden permitir el curso normal de pago de estas ganancias, o una parte de ellas, al Custodio designado del beneficiario menor de edad para que las administre en nombre del menor hasta que alcance la edad adulta. En ese momento, las ganancias se entregan al niño adulto, quien puede utilizarlas de la manera que desee.

¿Alguno de los beneficiarios identificados anteriormente es considerado un menor de edad en el estado en el que residen? Marque solo una casilla.. ❑ Sí ❑ No
Si respondió "Sí", nombre al Custodio designado legalmente bajo la UTMA para todos los beneficiarios menores de edad que haya designado:

Custodio de los beneficiarios menores de edad:
Nombre: _____ **Número de Seguro Social (o n.º de FEIN/TIN si es un fideicomiso de una entidad corporativa familiar):** ____ ____ ____ ____ ____-____ _____ ____
Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa) (si es una persona): _____ - _____ - _____ Dirección/Ciudad/Estado/Código postal:_____
Teléfono: ( ) -

Cobertura de Incapacidad a Corto Plazo (STD):

Beneficio semanal

❑ 60% del salario hasta un máximo de $1,000

❑ No deseo esta cobertura.

Cobertura de Incapacidad a Largo Plazo (LTD):

El monto de la cobertura de LTD seleccione puede ser un monto específico en dólares o un monto que sea un múltiplo de su salario y puede estar sujeto a determinadas reducciones.

Beneficio mensual

☑ 60% del salario hasta un máximo de $5,000

Cobertura De Enfermedad Critica:

Para cubrir a sus dependientes/familiares, usted debe estar inscrito.

Aaplican reducciones de beneficios. Consulte al administrador del plan.

Empleado/Miembro
Monto del seguro ❑ $5,000 ❑ $10,000 ❑ $15,000

❑ No quiero esta cobertura.

Cónyuge
Monto del seguro ❑$5,000

❑ No quiero esta cobertura.

Hijo(s) dependientes
Monto del seguro ❑25% del monto del Empleado/Miembro

❑ No quiero esta cobertura.

RETIRAR EL FORMULARIO COMPLETO Y REMITIR AL EMPLEADOR

Empleado/Miembro Designe sus beneficiarios: (los beneficiarios principales deben sumar 100%) Si elige beneficiarios diferentes de aquellos nombrados para el seguro de vida básico, indíquelos a continuación.
Si se necesita espacio adicional, adjunte una hoja de papel aparte con esta información junto con su formulario de inscripción. Asegúrese de firmar y fechar (mm-dd-aa) el papel y guarde una copia para sus registros.

Beneficiarios principal:

Nombre:_____ **Número de seguro social:**___ ___ ___-___ ___-___ ___ ___ ___ %_____

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa):____-____-____ **Domicillio/Ciudad/Estado/Codigo postal:**_____

Teléfono: ( ) - **Relación con Empleado/Miembro**_____

Nombre:_____ **Número de seguro social:**___ ___ ___-___ ___-___ ___ ___ ___ %_____

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa):____-____-____ **Domicillio/Ciudad/Estado/Codigo postal:**_____

Teléfono: ( ) - **Relación con Empleado/Miembro**_____

Beneficiario Contingente:_____ **Número de seguro social:**___ ___ ___-___ ___-___ ___ ___ ___

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa):____-____-____ **Domicillio/Ciudad/Estado/Codigo postal:**_____

Teléfono: ( ) - **Relación con Empleado/Miembro**_____

En caso de que los beneficiarios principales hubiesen fallecido, el beneficiario contingente recibirá el beneficio. El Empleador/Titular del plan conserva la información sobre beneficiarios.
Cónyuge y dependiente/hijo(s): Si el beneficiario previsto es una persona que no sea el Empleado/Miembro, complete el formulario de designación de beneficiario.
Si se necesita espacio adicional, adjunte una hoja de papel aparte con esta información junto con su formulario de inscripción. Asegúrese de firmar y fechar (mm-dd-aa) el papel y guarde una copia para sus registros.

Comuníquese con su Empleador/Titular del plan con respecto a cualquier registro o cambio en la información de su beneficiario.

El cónyuge y el/los hijo(s) dependiente(s) – Si el beneficiario previsto es alguien que no es el empleado, sírvase llenar el formulario de Designación de beneficiario.

Atención: Si alguno de los beneficiarios mencionados anteriormente es menor de edad (una persona menor de 18 años o 21 años, según su estado de residencia), la ley estatal puede limitar la capacidad de Guardian de pagarle directamente las ganancias del seguro de vida mientras siga siendo menor de edad. Las leyes estatales de la Ley uniforme de transferencias a menores (UTMA, por sus siglas en inglés), cuando corresponda, pueden permitir el curso normal de pago de estas ganancias, o una parte de ellas, al Custodio designado del beneficiario menor de edad para que las administre en nombre del menor hasta que alcance la edad adulta. En ese momento, las ganancias se entregan al niño adulto, quien puede utilizarlas de la manera que desee.

¿Alguno de los beneficiarios identificados anteriormente es considerado un menor de edad en el estado en el que residen? Marque solo una casilla.. ❑ Sí ❑ No
Si respondió "Sí", nombre al Custodio designado legalmente bajo la UTMA para todos los beneficiarios menores de edad que haya designado:

Custodio de los beneficiarios menores de edad:
Nombre: _____ **Número de Seguro Social (o n.º de FEIN/TIN si es un fideicomiso de una entidad corporativa familiar):** ___ ___ ___ ___ ___-___ ___ ___
Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa) (si es una persona): _____ - _____ - _____ Dirección/Ciudad/Estado/Código postal:_____
Teléfono: ( ) -

Cobertura de Accidentes Para cubrir a sus miembros de la familia, usted debe estar inscrito..

Marcar un casillero únicamente.

Su prima Quincenal	Empleado/Miembros solamente	Empleado/Miembros y cónyuge	Empleado/Miembros y dependientes/hijos	Empleado/Miembros, cónyuge y dependientes/hijos
Opción 1: Value Plan	❑	❑	❑	❑
Opción 2: Advantage Plan	❑	❑	❑	❑
Opción 3: Premier Plan	❑	❑	❑	❑

❑ No deseo esta cobertura.

Número de plan colectivo de Guardian: **00547587** Escriba el nombre del empleado con letra de molde:

Empleado/Miembro Designe sus beneficiarios: (los beneficiarios principales deben sumar 100%) Si elige beneficiarios diferentes de aquellos nombrados para el seguro de vida básico, indíquelos a continuación.

Si se necesita espacio adicional, adjunte una hoja de papel aparte con esta información junto con su formulario de inscripción. Asegúrese de firmar y fechar (mm-dd-aa) el papel y guarde una copia para sus registros.

Beneficiarios principal:

Nombre:_____ **Número de seguro social:**___ ___ ___-___ ___-___ ___ ___ ___ %_____

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa):___-___-___ **Domicillio/Ciudad/Estado/Codigo postal:**_____

Teléfono: ( ) - **Relación con Empleado/Miembro**_____

Nombre:_____ **Número de seguro social:**___ ___ ___-___ ___-___ ___ ___ ___ %_____

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa):___-___-___ **Domicillio/Ciudad/Estado/Codigo postal:**_____

Teléfono: ( ) - **Relación con Empleado/Miembro**_____

Beneficiario Contingente:_____ **Número de seguro social:**___ ___ ___-___ ___-___ ___ ___ ___

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa):___-___-___ **Domicillio/Ciudad/Estado/Codigo postal:**_____

Teléfono: ( ) - **Relación con Empleado/Miembro**_____

(En caso de que los beneficiarios principales hubiesen fallecido, el beneficiario contingente recibirá el beneficio. El Empleado/Miembro conserva la información sobre beneficiarios.)

Cónyuge y dependiente/hijo(s): Si el beneficiario previsto es una persona que no sea el Empleado/Miembro, complete el formulario de designación de beneficiario.
Si se necesita espacio adicional, adjunte una hoja de papel aparte con esta información junto con su formulario de inscripción. Asegúrese de firmar y fechar (mm-dd-aa) el papel y guarde una copia para sus registros.

Comuníquese con su Empleador/Titular del plan con respecto a cualquier registro o cambio en la información de su beneficiario.

El cónyuge y el/los hijo(s) dependiente(s) – Si el beneficiario previsto es alguien que no es el empleado, sírvase llenar el formulario de Designación de beneficiario.

Atención: Si alguno de los beneficiarios mencionados anteriormente es menor de edad (una persona menor de 18 años o 21 años, según su estado de residencia), la ley estatal puede limitar la capacidad de Guardian de pagarle directamente las ganancias del seguro de vida mientras siga siendo menor de edad. Las leyes estatales de la Ley uniforme de transferencias a menores (UTMA, por sus siglas en inglés), cuando corresponda, pueden permitir el curso normal de pago de estas ganancias, o una parte de ellas, al Custodio designado del beneficiario menor de edad para que las administre en nombre del menor hasta que alcance la edad adulta. En ese momento, las ganancias se entregan al niño adulto, quien puede utilizarlas de la manera que desee.

¿Alguno de los beneficiarios identificados anteriormente es considerado un menor de edad en el estado en el que residen? Marque solo una casilla.. ❑ Sí ❑ No
Si respondió "Sí", nombre al Custodio designado legalmente bajo la UTMA para todos los beneficiarios menores de edad que haya designado:

Custodio de los beneficiarios menores de edad:
Nombre: _____ **Número de Seguro Social (o n.º de FEIN/TIN si es un fideicomiso de una entidad corporativa familiar):**
____ ____ ____ ____ ____-____ _____ ____
Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa) (si es una persona): _____ - _____ - _____ Dirección/Ciudad/Estado/Código postal:_____
Teléfono: ( ) -

Cobertura de Indemnización Hospitalaria

Para cubrir a sus dependientes/familiares, usted debe estar inscrito. Marcar un casillero únicamente.

Su prima Quincenal	Empleado/Miembros solamente	Empleado/Miembros y cónyuge	Empleado/Miembros y hijos	Empleado/Miembros, cónyuge y dependientes/hijos
Opción 1	❑	❑	❑	❑
Opción 2	❑	❑	❑	❑
	❑ No deseo esta cobertura.	❑ No deseo esta cobertura.	❑ No deseo esta cobertura.	❑ No deseo esta cobertura.

Los solicitantes con más de 69 años de edad no son elegibles para inscribirse en la cobertura de Indemnización Hospitalaria.

Firma

- Entiendo que mis dependientes/miembros de la familia no pueden inscribirse en una cobertura si yo no estoy inscrito en ella.
- La presentación de este formulario no garantiza cobertura. Entre otras cosas, la cobertura depende de la aprobación de la suscripción y de cumplir con los requisitos de elegibilidad aplicables.
- Este es un plan limitado del seguro de Indemnización Hospitalaria. Es un complemento del seguro de salud. No sustituye el seguro para gastos médicos u hospitalarios, un contrato de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) o el seguro de gastos médicos.
- Entiendo que la cobertura de seguro de vida para dependientes, distintos de hijos recién nacidos, no entrará en vigencia si el dependiente está internado en un hospital u otro centro de atención médica, o si tiene internación domiciliaria, o no puede llevar a cabo dos o más Actividades de la Vida Diaria (ADL).

RETIRAR EL FORMULARIO COMPLETO Y REMITIR AL EMPLEADOR

- Entiendo que debo mantener mi condición de empleado/miembro activo o mi cobertura no entrará en vigencia hasta que no cumpla con los requisitos de elegibilidad (según se definen en el cuadernillo de beneficios). Esto no aplica a jubilados elegibles.
- Si renuncia a la cobertura y posteriormente decide inscribirse, es posible que se apliquen sanciones por inscripción tardía. También es posible que deba proporcionar, a su propio cargo, prueba de la asegurabilidad de cada persona. El tutor o la persona designada por este tiene derecho a rechazar su solicitud.
- Entiendo queestará vigente hasta que sea aprobada por Guardian o su suscriptor designado
- Por el presente solicito los beneficios colectivos que he seleccionado más arriba.
- Entiendo que, para recibir las coberturas que he elegido más arriba, debo reunir los requisitos exigidos.
- Acepto que mi empleador/titular del plan pueda deducir primas de mi paga si son necesarias para la cobertura que he elegido.
- Entiendo que debo mantener mi condición de empleado activo o mi cobertura no entrará en vigencia hasta que no cumpla con los requisitos de elegibilidad (según se definen en el cuadernillo de beneficios). Esto no aplica a jubilados elegibles.
- Doy fe que la información consignada más arriba es cierta y correcta a mi leal saber y entender.

Toda persona que, con intención de estafar a un asegurador u otra persona, presente una solicitud o reclamación que contenga, a sabiendas, información falsa u oculte intencionalmente con el fin de engañar información sobre algún hecho material, comete un acto de estafa de seguros, que constituye un delito y es posible que sea sujeto a sanciones civiles y pérdida de los beneficios del seguro.

El estado en el que reside puede tener advertencias de fraude específicas para ese estado. Sírvase consultar la página de Declaraciones sobre Advertencia de Fraudes adjunta.

FIRMA DEL EMPLEADO/MIEMBRO X_____ FECHA_____

Declaraciones de advertencia de fraude

Las leyes de varios estados exigen que se incluyan las siguientes declaraciones en el formulario de inscripción:

Alabama: Toda 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, comete un delito y puede ser pasible de multa de restitución o encarcelamiento, o alguna combinación de ellas.

California: Para su protección, las leyes de California exigen que se incluya esta declaración en este formulario: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y pena de prisión en una carcel estatal.

Colorado: Es ilícito proporcionar, a sabiendas, información o hechos engañosos, incompletos o falsos a una compañía aseguradora con el fin de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Entre las penas se incluyen prisión, multas, denegación del seguro y daños y perjuicios civiles. La compañía aseguradora o el agente de compañía aseguradora que, a sabiendas, proporcione información o hechos engañosos, incompletos o falsos a un tenedor de póliza o reclamante con el fin de defraudar o intentar defraudar al tenedor de póliza o reclamante respecto de la cancelación o indemnización a pagar en el seguro será denunciado a la Oficina de Seguros de Colorado del Departamento de Organismos Regulatorios.

Connecticut, Iowa, Kansas, Nebraska, Oregon:Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una compañía aseguradora u otra persona, presente una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información sustancialmente falsa u ocultara información, con el fin de engañar, relativa a un hecho sustancial, comete un acto de seguro fraudulento, que puede configurar un delito y ser pasible de sanciones civiles y penales.

Delaware, Indiana y Oklahoma: ADVERTENCIA: Toda persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, estafar o engañar a una aseguradora, reclama los beneficios de una póliza de seguros presentando datos falsos, incompletos o engañosos, comete un delito grave.

Distrito de Columbia: ADVERTENCIA: Es delito dar información falsa o engañosa a una compañía de seguros con el objeto de estafar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Entre las penalidades impuestas, se incluye encarcelamiento y/o multas. Asimismo, la aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si los datos relevantes que el solicitante presenta para realizar la reclamación son falsos.

Florida: Toda persona que, a sabiendas y con intención de perjudicar, estafar o engañar a una aseguradora, presente una reclamación o solicitud que contenga datos falsos, incompletos o engañosos, comete un delito grave de tercer grado.

Kentucky: Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una compañía aseguradora u otra persona, presente una reclamación que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información relativa a un hecho sustancial, comete un acto de estafa de seguros, lo que constituye un delito.

Louisiana y Texas: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener el pago de una pérdida o beneficio es culpable de un delito y podrá estar sujeto a multas o pena de prisión en una carcel estatal.

Maine, Tennessee, Virginia y Washington: Es un delito suministrar intencionalmente a una compañía de seguros datos falsos, incompletos o engañosos con el objeto de estafarla. Entre las penalidades impuestas se encuentra el encarcelamiento, multas o la denegación de los beneficios del seguro.

Missouri: Cualquier persona que con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona presente una solicitud de seguro o declaraciones de reclamo que contengan información falsa a sabiendas, o que oculte con el propósito de engañar información sobre cualquier hecho material aquí, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y también puede estar sujeto a sanciones civiles, o la negación de los beneficios del seguro sujeto a las condiciones / disposiciones de la póliza.

Nueva Jersey: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación que contenga información falsa o engañosa queda sujeta a sanciones civiles y penales.

Nuevo México: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podrá estar sujeto a multa civil y sanciones penales o rechazo de los beneficios del seguro.

Ohio: Toda persona que, con intención de defraudar o, a sabiendas, de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o reclamo que contenga declaraciones engañosas o falsas es culpable de fraude al seguro.

Virginia: Toda persona que, a sabiendas y con el propósito de defraudar a un asegurador, presente una solicitud o una demanda con declaraciones falsas o engañosas puede incurrir en violaciones a la ley estatal.