



## 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 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

**ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE**



# 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.



# 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.



# Su cobertura de incapacidad

|                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Incapacidad a Corto Plazo                                               | Incapacidad a Largo Plazo                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cantidad de cobertura</b>                                                                                                                                                                                                                                                      | 60% del salario hasta un máximo de \$1000/semana                        | 60% del salario hasta un máximo de \$5000/mes                                                           |
| <b>Plazo máximo de pago:</b> 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 |
| <b>Inicio de beneficios por accidente:</b> El plazo de discapacidad antes de que comiencen los beneficios.                                                                                                                                                                        | Día 8                                                                   | Día 91                                                                                                  |
| <b>Inicio de los beneficios por enfermedad:</b> El plazo de discapacidad antes de que comiencen los beneficios.                                                                                                                                                                   | Día 8                                                                   | Día 91                                                                                                  |
| <b>Prueba de asegurabilidad:</b> 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.                                                        |
| <b>Emisión garantizada:</b> “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                                                          |
| <b>Mínimo de horas/semanas de trabajo:</b> Cantidad de horas mínimas que debe trabajar regularmente cada semana para recibir cobertura.                                                                                                                                           | El empleador lo determina                                               | El empleador lo determina                                                                               |
| <b>Condición preexistente:</b> 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 retrosección; 12 meses después de la limitación de 2 semanas | 3 meses de retrosección; 12 meses después de la exclusión                                               |
| <b>Dispensa de prima si tuviera una discapacidad:</b> No deberá abonar la prima cuando reciba beneficios.                                                                                                                                                                         | Sí                                                                      | Sí                                                                                                      |
| <b>Beneficio para supérstite:</b> 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.

## Modelo de costo del plan de incapacidad a corto plazo:

Para determinar el nivel de cobertura más apropiado, deberá tener en cuenta sus gastos mensuales básicos actuales.

Los montos de póliza indicados sólo se basan en ejemplos de montos de salario.

|                                                | < 25    | 25–29   | 30–34   | 35–39   | 40–44   | 45–49   | 50–54   | 55–59   | 60+     |
|------------------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Su tarifa de prima                             | \$0.447 | \$0.447 | \$0.447 | \$0.568 | \$0.568 | \$0.542 | \$0.809 | \$0.809 | \$0.843 |
| <i>Costo de la elección por franja de edad</i> |         |         |         |         |         |         |         |         |         |
|                                                | < 25    | 25–29   | 30–34   | 35–39   | 40–44   | 45–49   | 50–54   | 55–59   | 60+     |
| \$20,000 Salario anual                         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |
| \$231 Beneficio semanal                        | \$4.77  | \$4.77  | \$4.77  | \$6.06  | \$6.06  | \$5.78  | \$8.63  | \$8.63  | \$8.99  |
| \$30,000 Salario anual                         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |
| \$346 Beneficio semanal                        | \$7.14  | \$7.14  | \$7.14  | \$9.07  | \$9.07  | \$8.66  | \$12.92 | \$12.92 | \$13.46 |
| \$40,000 Salario anual                         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |
| \$462 Beneficio semanal                        | \$9.53  | \$9.53  | \$9.53  | \$12.11 | \$12.11 | \$11.56 | \$17.25 | \$17.25 | \$17.98 |
| \$50,000 Salario anual                         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |
| \$577 Beneficio semanal                        | \$11.90 | \$11.90 | \$11.90 | \$15.13 | \$15.13 | \$14.43 | \$21.54 | \$21.54 | \$22.45 |
| \$60,000 Salario anual                         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |
| \$692 Beneficio semanal                        | \$14.28 | \$14.28 | \$14.28 | \$18.14 | \$18.14 | \$17.31 | \$25.84 | \$25.84 | \$26.92 |
| \$70,000 Salario anual                         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |
| \$808 Beneficio semanal                        | \$16.67 | \$16.67 | \$16.67 | \$21.18 | \$21.18 | \$20.21 | \$30.17 | \$30.17 | \$31.44 |
| \$80,000 Salario anual                         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |
| \$923 Beneficio semanal                        | \$19.04 | \$19.04 | \$19.04 | \$24.20 | \$24.20 | \$23.09 | \$34.46 | \$34.46 | \$35.91 |
| \$90,000 Salario anual                         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |
| \$1,000 Beneficio semanal                      | \$20.63 | \$20.63 | \$20.63 | \$26.22 | \$26.22 | \$25.02 | \$37.34 | \$37.34 | \$38.91 |

## 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 Temporal 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 Temporal de Rhode Island (RI TDI), el Seguro de Incapacidad Temporal 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-I-STD94-I.0 y otros, GP-I-STD2K-I.0 y otros, GP-I-STD07-I.0 y otros, GP-I-STD-15-I.0 y otros.

Los seguros de incapacidad a largo plazo y a corto plazo colectivos de Guardian están suscritos 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



# 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.



# 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

|                        | I <sup>a</sup> OCURRENCIA | 2 <sup>a</sup> 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 I.<sup>a</sup> 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 I.<sup>a</sup> 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 I                | 100% |



# Su cobertura de enfermedad crítica

## ENFERMEDAD CRÍTICA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Beneficio de cónyuge/pareja doméstica</b>                                                                                                                                                                                                                                                                 | Beneficio en una suma única de \$5,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Beneficios por hijo – Niños de Nacimiento a 26 años de edad</b>                                                                                                                                                                                                                                           | 25% de suma única de beneficio del empleado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Emisión garantizada:</b> “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. | <p>Garantizamos la emisión hasta:</p> <p>Menos de 70 años \$15,000</p> <p>Por cónyuge:</p> <p>Menos de 70 años \$5,000</p> <p>Por hijo: todos los montos</p> <p><b>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.</b></p> |
| <b>Portabilidad:</b> Le permite llevarse su cobertura de Enfermedad con usted si finaliza la relación de trabajo.                                                                                                                                                                                            | Incluido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Limitación de condición preexistente:</b> 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Beneficio de vacunas contra el cáncer</b>                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$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.

## Modelo de costos de enfermedad crítica

Para determinar el nivel de cobertura más apropiado, deberá tener en cuenta sus gastos mensuales básicos actuales y las necesidades financieras esperadas en una enfermedad crítica.

Su prima no aumentará con su edad.

La prima por cobertura de Cónyuge/DP basa en la edad del empleado

El costo por hijo está incluido en la elección del empleado.

|                                    |          | Quincenal Primas mostradas              |        |         |         |         |         |
|------------------------------------|----------|-----------------------------------------|--------|---------|---------|---------|---------|
|                                    |          | Costo de la elección por franja de edad |        |         |         |         |         |
| Edad de emission                   |          | <30                                     | 30-39  | 40-49   | 50-59   | 60-69   | 70+     |
| <b>\$5,000 Monto de beneficio</b>  |          |                                         |        |         |         |         |         |
| Empleado                           | \$5,000  | \$1.55                                  | \$2.22 | \$4.32  | \$8.01  | \$12.39 | \$24.35 |
| Cónyuge                            | \$5,000  | \$1.55                                  | \$2.22 | \$4.32  | \$8.01  | \$12.39 | \$24.35 |
| <b>\$10,000 Monto de beneficio</b> |          |                                         |        |         |         |         |         |
| Empleado                           | \$10,000 | \$3.09                                  | \$4.43 | \$8.63  | \$16.02 | \$24.79 | \$48.69 |
| Cónyuge                            | \$5,000  | \$1.55                                  | \$2.22 | \$4.32  | \$8.01  | \$12.39 | \$24.35 |
| <b>\$15,000 Monto de beneficio</b> |          |                                         |        |         |         |         |         |
| Empleado                           | \$15,000 | \$4.64                                  | \$6.65 | \$12.95 | \$24.02 | \$37.18 | \$73.04 |
| Cónyuge                            | \$5,000  | \$1.55                                  | \$2.22 | \$4.32  | \$8.01  | \$12.39 | \$24.35 |

## 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.

Si el plan es nuevo (si no es un traspaso): durante el período de exclusión, este plan de enfermedad crítica no paga los cargos relacionados con una enfermedad preexistente. Si este plan se traspasa de otra aseguradora, el período durante el que un asegurado cuenta con la cobertura de ese plan se contemplará para el

cumplimiento del período de limitación de enfermedades preexistentes de Guardian. Una enfermedad preexistente incluye cualquier enfermedad por la que un empleado consulta a un médico, recibe tratamiento o toma medicación recetada durante un período específico anterior a la cobertura de este plan. Consulte los documentos del plan para conocer los períodos específicos. Sujeto a variaciones dispuestas por 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.

Esta póliza no pagará por el diagnóstico de una enfermedad crítica listada que se haga antes de la fecha efectiva de la enfermedad crítica del asegurado con 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

**ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE**



# 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 contra accidentes le paga los beneficios de suma única después de que ocurre un accidente. Esto podría ser una quemadura grave, una fractura de hueso o una visita a la sala de emergencias. Nuestras pólizas de seguro contra accidentes también ofrecen un beneficio incrementado que le paga un monto adicional por los niños que resulten lesionados mientras juegan un deporte organizado, como fútbol, béisbol, lacrosse o fútbol americano.

La cobertura se aplicará en el momento en que el niño sufra el accidente y este debe ser menor de 18 años.

## ¿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.



# Su cobertura por accidente

| ACCIDENTES                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| COBERTURA - DETALLES                                                                                                                                                                                                                             | Opción 1: Value Plan                                                                                                                                                          | Opción 2: Advantage Plan                                                                                                                                                      | Opción 3: Premier Plan                                                                                                                                                        |
| <b>Su prima Quincenal</b>                                                                                                                                                                                                                        | \$4.25                                                                                                                                                                        | \$8.35                                                                                                                                                                        | \$12.23                                                                                                                                                                       |
| Usted y su cónyuge                                                                                                                                                                                                                               | \$6.70                                                                                                                                                                        | \$12.74                                                                                                                                                                       | \$19.15                                                                                                                                                                       |
| Usted y sus hijos                                                                                                                                                                                                                                | \$6.70                                                                                                                                                                        | \$12.74                                                                                                                                                                       | \$19.15                                                                                                                                                                       |
| Usted, su cónyuge y sus hijos                                                                                                                                                                                                                    | \$9.14                                                                                                                                                                        | \$17.12                                                                                                                                                                       | \$26.08                                                                                                                                                                       |
| <b>Tipo de cobertura de accidentes</b>                                                                                                                                                                                                           | Fuera o dentro de su empleo                                                                                                                                                   | Fuera o dentro de su empleo                                                                                                                                                   | Fuera o dentro de su empleo                                                                                                                                                   |
| <b>Portabilidad:</b> le permite llevarse su cobertura de accidentes con usted si se extingue su relación laboral.                                                                                                                                | Incluido                                                                                                                                                                      | Incluido                                                                                                                                                                      | Incluido                                                                                                                                                                      |
| <b>Límite de edad de hijos</b>                                                                                                                                                                                                                   | 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<br>18 pulgadas cuadradas a 35 pulgadas cuadradas: \$1,000/\$4,000<br>Más de 35 pulgadas cuadradas: \$3,000/\$12,000 | 9 pulgadas cuadradas a 18 pulgadas cuadradas: \$0/\$2,000<br>18 pulgadas cuadradas a 35 pulgadas cuadradas: \$1,000/\$4,000<br>Más de 35 pulgadas cuadradas: \$3,000/\$12,000 | 9 pulgadas cuadradas a 18 pulgadas cuadradas: \$0/\$2,000<br>18 pulgadas cuadradas a 35 pulgadas cuadradas: \$1,000/\$4,000<br>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                                                                                                                                                                         |



## Su cobertura por accidente

| CARACTERÍSTICAS (Cont.)                                                                                                                                                                      | Opción 1: Value Plan                                        | Opción 2: Advantage Plan                                    | Opción 3: Premier Plan                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Trabajo dental de emergencia                                                                                                                                                                 | \$200/corona,<br>\$50/Extracción                            | \$300/corona,<br>\$75/Extracción                            | \$400/corona,<br>\$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                                      |
| 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<br>2 o más: \$1,000                                | 1: \$500<br>2 o más: \$1,000                                | 1: \$750<br>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<br>Hernia: \$125                        | Anexo hasta \$1,250<br>Hernia: \$150                        | Anexo hasta \$1,500<br>Hernia: \$200                        |
| Cirugía - Exploratoria o Artroscópica                                                                                                                                                        | \$150                                                       | \$250                                                       | \$350                                                       |
| Mango rotador/ligamentos/tendones                                                                                                                                                            | 1: \$250<br>2 or more: \$500                                | 1: \$500<br>2 or more: \$1,000                              | 1: \$750<br>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-I-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



# 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.



## Su cobertura de indemnización hospitalaria

| Indemnización Hospitalaria                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                   |                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                       | Opción 1                                                                                                          | Opción 2                                                                                                          |
| <b>COBERTURA - DETALLES</b>                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                   |                                                                                                                   |
| <b>Su prima Quincenal</b>                                                                                                                                                                                                                             | \$10.05                                                                                                           | \$18.07                                                                                                           |
| Usted y su cónyuge/pareja doméstica                                                                                                                                                                                                                   | \$20.80                                                                                                           | \$37.47                                                                                                           |
| Usted y sus hijos                                                                                                                                                                                                                                     | \$16.95                                                                                                           | \$30.31                                                                                                           |
| Usted, su cónyuge/pareja doméstica y sus hijos                                                                                                                                                                                                        | \$27.69                                                                                                           | \$49.71                                                                                                           |
| <b>Beneficio</b>                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                   |                                                                                                                   |
| 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.                                  |
| <b>Limitación de afección preexistente:</b> 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) |
| <b>Portabilidad:</b> le permite llevarse su cobertura de Indemnización Hospitalaria si termina su relación laboral.                                                                                                                                   | Incluido                                                                                                          | Incluido                                                                                                          |
| <b>Límite de edad para los niños</b>                                                                                                                                                                                                                  | 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 gastroplastia 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

# 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

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



## 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, firmelo 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).

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

[guardianlife.com](https://guardianlife.com)

© Copyright 2020 The Guardian Life Insurance Company of America

2020-105040 (07/22)

# Employee Assistance Program

Todos necesitamos un poco de ayuda de vez en cuando.

El programa Employee Assistance Program de Guardian le brinda a usted y a los miembros de su familia acceso a apoyo personal y confidencial en todo tipo de situaciones, desde la administración del estrés y nutrición hasta el manejo de problemas legales o financieros.

Los servicios disponibles incluyen consultas con profesionales experimentados, así como acceso a recursos y descuentos diseñados para ayudarlo de diferentes maneras.

## Cómo puede utilizarlo



Los servicios de consulta están disponibles para proporcionar asistencia y ayuda directa.



Asistencia laboral o para la vida diaria que puede ayudarlo a ahorrar dinero y equilibrar los compromisos.



Acceda a asistencia y recursos legales y financieros, incluidos los servicios de WillPrep.

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

Los servicios del Programa WorkLifeMatters son prestados por Integrated Behavioral Health, Inc. y sus contratistas. Guardian no presta ninguno de los servicios del programa WorkLifeMatters. Guardian no tiene responsabilidad ni obligación alguna respecto a la atención o el asesoramiento prestado por otros proveedores o recursos dentro del programa. La presente información se suministra con fines ilustrativos únicamente. No es un contrato. Solo el Acuerdo de Administración estipula los términos, servicios, limitaciones y exclusiones reales. Guardian e IBH se reservan el derecho de interrumpir el programa WorkLifeMatters en cualquier momento y sin aviso. Los servicios legales proporcionados a través de WorkLifeMatters no se proporcionarán en relación con Guardian, IBH o su empleador, ni en relación con la preparación de ninguna demanda contra ellos. El programa WorkLifeMatters no es un beneficio de seguro y es posible que no esté disponible en todos los estados.

<sup>1</sup>Horario de atención: De lunes a viernes, de 6 a. m. a 5 p. m., PST.



## Cómo acceder

Para acceder al programa Employee Assistance WorkLifeMatters, deberá contar con algunos datos personales.



**Visite**

[ibhworklife.com](http://ibhworklife.com)



**Usuario**  
Matters



**Contraseña**  
wlm70101

Para obtener más información o asistencia, puede comunicarse por teléfono al **1 800 386 7055**. El equipo está disponible las 24 horas del día y los 7 días de la semana<sup>1</sup>.

**ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE**



# 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.guardiananytime.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.guardiananytime.com/notice46> para obtener más información.

---

## Seguro de incapacidad

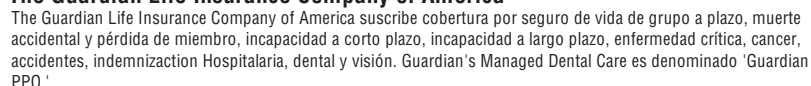


### **Aviso de compensación por incapacidad**

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.guardiananytime.com/notice51> para obtener más información.

**ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE**



Página 1 de 6

**Por favor escribir claramente y marcar con cuidado.**

|                     |                                                                    |                                                             |                                                    |                                                                                                                                                                                                |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hijo/dependiente 3: | <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar | Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____ | Condición (marcar todo lo que corresponda)<br><input type="checkbox"/> Estudiante (educación superior) <input type="checkbox"/> Discapacitado<br><input type="checkbox"/> Dependiente no común |
| Hijo/dependiente 4: | <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar | Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____ | Condición (marcar todo lo que corresponda)<br><input type="checkbox"/> Estudiante (educación superior) <input type="checkbox"/> Discapacitado<br><input type="checkbox"/> Dependiente no común |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cancelar cobertura:</b><br><input type="checkbox"/> Cancelar empleado <input type="checkbox"/> Cancelar dependientes<br>La fecha de suspensión no puede ser anterior a la fecha en la que se completó y firmó este formulario.<br>Último día de cobertura: ____ - ____ - ____<br><input type="checkbox"/> Extinción de la relación laboral <input type="checkbox"/> Jubilación<br>Último día trabajado: ____ - ____ - ____<br><input type="checkbox"/> Otra razón: _____<br>Fecha del evento: ____ - ____ - ____                 | <b>Cobertura a cancelar:</b><br><div> <input type="checkbox"/> Seguro dental    <input type="checkbox"/> Empleado    <input type="checkbox"/> Conyuge    <input type="checkbox"/> Hijo(s)<br/> <input type="checkbox"/> Plan de Visión    <input type="checkbox"/> Empleado    <input type="checkbox"/> Conyuge    <input type="checkbox"/> Hijo(s)<br/> <input type="checkbox"/> Vida    <input type="checkbox"/> Empleado    <input type="checkbox"/> Conyuge    <input type="checkbox"/> Hijo(s)<br/> <input type="checkbox"/> Vida voluntario    <input type="checkbox"/> Empleado    <input type="checkbox"/> Conyuge    <input type="checkbox"/> Hijo(s)<br/> <input type="checkbox"/> Seguro Voluntario de Muerte Accidental y Pérdida de Miembro    <input type="checkbox"/> Empleado    <input type="checkbox"/> Conyuge    <input type="checkbox"/> Hijo(s)<br/> <input type="checkbox"/> Enfermedad Crítica    <input type="checkbox"/> Empleado    <input type="checkbox"/> Conyuge    <input type="checkbox"/> Hijo(s)<br/> <input type="checkbox"/> Accidente    <input type="checkbox"/> Empleado    <input type="checkbox"/> Conyuge    <input type="checkbox"/> Hijo(s)<br/> <input type="checkbox"/> Cáncer    <input type="checkbox"/> Empleado    <input type="checkbox"/> Conyuge    <input type="checkbox"/> Hijo(s)<br/> <input type="checkbox"/> Cobertura múltiple<br/> <input type="checkbox"/> Plan Voluntario de Incapacidad a Largo Plazo<br/> <input type="checkbox"/> Plan Voluntario de Incapacidad a Corto Plazo         </div> |
| <b>Pérdida de otra cobertura:</b><br>Yo y/o mis dependientes estábamos anteriormente cubiertos en otro plan de seguro.<br><input type="checkbox"/> Extinción de la relación laboral: ____ - ____ - ____<br><input type="checkbox"/> Divorcio ____ - ____ - ____<br><input type="checkbox"/> Muerte del cónyuge ____ - ____ - ____<br><input type="checkbox"/> Finalización o vencimiento de la cobertura ____ - ____ - ____<br><b>Pérdida de la cobertura</b> <input type="checkbox"/> Seguro dental <input type="checkbox"/> Vista | Me han ofrecido la cobertura anterior y deseo cancelar la inscripción por las siguientes razones:<br><input type="checkbox"/> Estoy cubierto por otro plan de seguros.<br><input type="checkbox"/> Otros _____<br>(es posible que se solicite información adicional)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cobertura de Incapacidad a Corto Plazo (STD):</b><br><br><i>Beneficio semanal</i><br><input type="checkbox"/> 60% del salario hasta un máximo de \$1,000<br><input type="checkbox"/> No deseo esta cobertura. |
| <b>Cobertura de Incapacidad a Largo Plazo (LTD):</b><br><br><i>Beneficio mensual</i><br><input checked="" type="checkbox"/> 60% del salario hasta un máximo de \$5,000                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cobertura De Enfermedad Crítica:</b> Para cubrir a sus dependientes, usted debe estar inscrito.<br><i>Aaplican reducciones de beneficios. Consulte al administrador del plan.</i><br><b>Empleado</b><br><b>Monto del seguro</b> <input type="checkbox"/> \$5,000 <input type="checkbox"/> \$10,000 <input type="checkbox"/> \$15,000<br><input type="checkbox"/> No quiero esta cobertura. |
| <b>Cónyuge</b><br><b>Monto del seguro</b> <input type="checkbox"/> \$5,000<br><input type="checkbox"/> No quiero esta cobertura.                                                                                                                                                                                                                                                              |

**Hijo(s) dependientes****Monto del seguro**☐ 25% del monto del empleado☐ No quiero esta cobertura.**Cobertura de Accidentes** Para cubrir a sus dependientes, usted debe estar inscrito. Marcar un casillero únicamente.

| Su prima Quincenal       | Empleados solamente              | Empleados y cónyuge              | Empleados y dependientes/hijos   | Empleados, cónyuge y dependientes/hijos |
|--------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------|
| Opción 1: Value Plan     | <input type="checkbox"/> \$4.25  | <input type="checkbox"/> \$6.70  | <input type="checkbox"/> \$6.70  | <input type="checkbox"/> \$9.14         |
| Opción 2: Advantage Plan | <input type="checkbox"/> \$8.35  | <input type="checkbox"/> \$12.74 | <input type="checkbox"/> \$12.74 | <input type="checkbox"/> \$17.12        |
| Opción 3: Premier Plan   | <input type="checkbox"/> \$12.23 | <input type="checkbox"/> \$19.15 | <input type="checkbox"/> \$19.15 | <input type="checkbox"/> \$26.08        |

☐ No deseo esta cobertura.**Cobertura de Indemnización Hospitalaria** Para cubrir a sus dependientes, usted debe estar inscrito. Marcar un casillero únicamente.

| Su prima Quincenal | Empleados solamente                               | Empleados y cónyuge                               | Empleados y hijos                                 | Empleados, cónyuge y dependientes/hijos           |
|--------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Opción 1           | <input type="checkbox"/> \$10.05                  | <input type="checkbox"/> \$20.80                  | <input type="checkbox"/> \$16.95                  | <input type="checkbox"/> \$27.69                  |
| Opción 2           | <input type="checkbox"/> \$18.07                  | <input type="checkbox"/> \$37.47                  | <input type="checkbox"/> \$30.31                  | <input type="checkbox"/> \$49.71                  |
|                    | <input type="checkbox"/> No deseo esta cobertura. | <input type="checkbox"/> No deseo esta cobertura. | <input type="checkbox"/> No deseo esta cobertura. | <input type="checkbox"/> 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**

- Se debe retener la decisión del empleado de elegir o no la cobertura para la Indemnización Hospitalaria hasta el próximo período de inscripción abierta del plan. Si el empleado elige no inscribirse en la cobertura para la Indemnización Hospitalaria, no podrá inscribirse hasta el próximo período de inscripción abierta del plan.
- 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.
- 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 indicados en el cuadernillo de beneficios aplicable.
- 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.
- 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 que estará 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 pueda deducir primas de mi paga si son necesarias para la cobertura que he elegido.
- Tomo conocimiento y presto mi consentimiento para recibir copias electrónicas de los documentos relacionados con el seguro que corresponde, en reemplazo de copias en papel, en la medida de lo permitido por las leyes aplicables. Yo podría cambiar esta elección mediante previa notificación escrita con una anticipación de treinta (30) días.
- Doy mi consentimiento para recibir comunicación electrónica de Guardian, como correos electrónicos y mensajes de texto, con respecto a mi cobertura. Puedo cambiar esta elección solo mediante una notificación por escrito con 30 (treinta) días de anticipación.

- Doy fe que la información consignada más arriba es cierta y correcta a mi leal saber y entender.

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.

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.

FIRMA DEL EMPLEADO X \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

Kit de Inscripción 00547587, 0001, SP

### 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 cárcel 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:** Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit is guilty of a crime and may be subject to fines and confinements in state prison.

**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.

**Maine:** 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.

**Oregon:** 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.

**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.

**Oklahoma:** ADVERTENCIA: Toda persona que, a sabiendas y con intención de perjudicar, estafar o engañar a un asegurador, presente una reclamación para cobrar los ingresos de una póliza de seguros que contenga datos falsos, incompletos o engañosos, comete un delito grave.

**Pennsylvania:** 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 configura un delito y es pasible de sanciones civiles y penales.

**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.

