



Bienvenido a los Beneficios en el lugar de trabajo

Todos merecen un Guardian

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

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

Conozca sus beneficios

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

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

1

Lea esta información.

2

Obtenga más información sobre sus beneficios.

3

Hable con su empleador si necesita ayuda o tiene alguna pregunta.

Sus opciones de cobertura



Seguro dental

Cuidar sus dientes y su salud de forma integral



Seguro de vida

Protección del futuro financiero de su familia



Seguro de incapacidad

Cobertura si no puede trabajar temporalmente



Seguro de enfermedad crítica

Se encarga de los gastos si usted se encuentra críticamente enfermo



Seguro de accidentes

Lo ayuda a cubrir los gastos después de un accidente



Seguro de indemnización hospitalaria

Cubre algunos de los costos de su hospitalización

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE



Seguro dental

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

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

¿Para quién es?

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

¿Qué cubre?

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

¿Por qué debería considerarlo?

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



Mantenerse saludable

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

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

Enfermedad cardiovascular:

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

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

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

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

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

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



Su cobertura dental

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

Su plan dental	Opción 1: LOW		Opción 2: HIGH	
	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 1	Nivel 2
Su red es DentalGuard Preferred Network	In-Network	Out-of-Network	In-Network	Out-of-Network
Deducible por Año calendario	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 1	Nivel 2
Individual	\$75	\$75	\$50	\$50
Límite familiar	3 por familia (se aplica a todos los niveles)		3 por familia (se aplica a todos los niveles)	
No aplicable a	Preventiva	Preventiva	Preventiva	Preventiva
Cargos cubiertos para usted (coseguro)	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 1	Nivel 2
Atención preventiva	100%	100%	100%	100%
Atención básica	80%	80%	80%	80%
Atención mayor	50%	50%	50%	50%
Ortodoncia	No se cubre (se aplica a todos los niveles)		50%	50%
Beneficio máximo anual	\$1000 (se aplica a todos los niveles)		\$1500 (se aplica a todos los niveles)	
Traslado del Máximo	Sí (se aplica a todos los niveles)		Sí (se aplica a todos los niveles)	
Límite de Traslado	\$500		\$700	
Importe Trasladable	\$250		\$350	
Importe Trasladable Dentro de la Red	\$350		\$500	
Límite Trasladable de la Cuenta	\$1000		\$1250	
Beneficio Máximo de por Vida para Ortodoncia	No Aplicable (se aplica a todos los niveles)		\$1000 (se aplica a todos los niveles)	
Límites de edad del dependiente	26 (se aplica a todos los niveles)		26 (se aplica a todos los niveles)	



Su cobertura dental

Una muestra de servicios cubiertos for su plan:

		Opción 1: LOW <i>El plan paga (en promedio)</i>		Opción 2: HIGH <i>El plan paga (en promedio)</i>	
Atención preventiva	Limpieza (profilaxis)	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 1	Nivel 2
	Frecuencia:	100%	100%	100%	100%
		2 en 12 meses (se aplica a todos los niveles)		2 en 12 meses (se aplica a todos los niveles)	
	Tratamientos con fluoruro	100%	100%	100%	100%
	Límites:	Menos de 14 años (se aplica a todos los niveles)		Menos de 14 años (se aplica a todos los niveles)	
	Exámenes bucales	100%	100%	100%	100%
	Selladores (por diente)	100%	100%	100%	100%
	Radiografías	100%	100%	100%	100%
Atención básica	Anestesia*	80%	80%	80%	80%
	Empastes†	80%	80%	80%	80%
	Cirugía periodontal	80%	80%	80%	80%
	Mantenimiento periodontal	80%	80%	80%	80%
	Frecuencia:	2 en 12 meses (se aplica a todos los niveles)		2 en 12 meses (se aplica a todos los niveles)	
	Tratamiento de conducto/raíz	80%	80%	80%	80%
	Raspado y alisado radicular (por cuadrante)	80%	80%	80%	80%
	Extracciones simples	80%	80%	80%	80%
	Extracciones complejas	80%	80%	80%	80%
Atención mayor	Puentes y dentaduras postizas	50%	50%	50%	50%
	Implantes dentales	50%	50%	50%	50%
	Incrustaciones, incrustaciones oclusales, fundas**	50%	50%	50%	50%
	Reparación y mantenimiento de coronas, puentes y dentaduras postizas	50%	50%	50%	50%
	Coronas individuales	50%	50%	50%	50%
Ortodoncia	Ortodoncia	No se cubre		50%	50%
	Límites:	(se aplica a todos los niveles)		Adultos e hijos (se aplica a todos los niveles)	

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



Su cobertura dental

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

Gestione sus beneficios:

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

Busque un dentista:

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

¿Necesita asistencia?

Llame a la Línea de Ayuda de Guardian al (888) 600-1600, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:30 p.m., horario de la costa Este. Consulte su identificación de miembro (número de seguro social) y su número de plan: 00087553

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

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

- Información importante sobre los planes PPO de DentalGuard Indemnity y Red DentalGuard Preferred de Guardian: Esta póliza otorga seguro dental únicamente. La cobertura se limita a los gastos que resulten necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar enfermedades, defectos o lesiones dentales. Se aplican deducibles. El plan no paga lo siguiente: servicios de higiene bucal (salvo los cubiertos dentro de los servicios preventivos); ortodoncia (a menos que se indique expresamente lo contrario); tratamientos cosméticos o experimentales (a menos que se indique expresamente lo contrario); todo tratamiento en que los beneficios sean pagados por cualquier otra parte o por el que no se cobre

ningún cargo; dispositivos protésicos a menos que se cumplan ciertas condiciones; y servicios accesorios a tratamiento quirúrgicos. El plan limita los beneficios para consultas de diagnóstico y para servicios preventivos, restauradores, endodónticos, periodónticos y protodónticos. Los servicios, exclusiones, y limitaciones indicados anteriormente no constituyen un contrato y se ofrecen a modo de resumen únicamente. Los documentos del plan de Guardian son el árbitro definitivo de la cobertura. Contrato N° DG7-P y otros.

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

Programa de recompensas Oral Health Rewards

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

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

Cómo funciona el trasladable máximo *

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

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

* Este ejemplo se creó solo con fines ilustrativos.

** Si un plan tiene un máximo anual diferente para los beneficios de PPO frente a los beneficios que no son de PPO (por ejemplo, \$1,500/\$1,000 para aquellos que no son de una PPO), el máximo que no es de una PPO determina el plan de trasladable máximo. Es posible que no esté disponible en todos los estados. El seguro dental de Guardian está suscrito y emitido por The Guardian Life Insurance Company of America, Nueva York, NY. Los productos no están disponibles en todos los estados. Se aplican limitaciones y exclusiones de la póliza. Las enmiendas o características opcionales pueden generar costos adicionales. Los documentos del plan son los que rigen definitivamente la cobertura. La información proporcionada en estas comunicaciones es solo para fines informativos. Formulario de póliza dental n.º GP-1-DEN-16. GUARDIAN® es una marca de servicio registrada de The Guardian Life Insurance Company of America®© Copyright 2023 The Guardian Life Insurance Company of America.



Traspaso automático

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

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

guardianlife.com

© Copyright 2023 The Guardian Life Insurance Company of America

2023-158786 (7/25)

Programa de recompensas Oral Health Rewards

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

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

Cómo funciona el trasladable máximo *

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

Máximo anual del plan**	Límite	Monto del trasladable máximo	Monto de importe trasladable solo dentro de la red	Límite de la cuenta de trasladable máximo
\$1,500 Reembolso del máximo de reclamaciones	\$700 Monto de reclamaciones que determina la elegibilidad para el traspaso	\$350 Se agrega dinero adicional al máximo anual de un plan para años futuros	\$500 Se agrega dinero adicional si solo se utilizaron proveedores de la red durante el año de beneficio	\$1,250 El límite que no se puede exceder dentro de la cuenta de trasladable máximo

* Este ejemplo se creó solo con fines ilustrativos.

** Si un plan tiene un máximo anual diferente para los beneficios de PPO frente a los beneficios que no son de PPO (por ejemplo, \$1,500/\$1,000 para aquellos que no son de una PPO), el máximo que no es de una PPO determina el plan de trasladable máximo. Es posible que no esté disponible en todos los estados. El seguro dental de Guardian está suscrito y emitido por The Guardian Life Insurance Company of America, Nueva York, NY. Los productos no están disponibles en todos los estados. Se aplican limitaciones y exclusiones de la póliza. Las enmiendas o características opcionales pueden generar costos adicionales. Los documentos del plan son los que rigen definitivamente la cobertura. La información proporcionada en estas comunicaciones es solo para fines informativos. Formulario de póliza dental n.º GP-1-DEN-16. GUARDIAN® es una marca de servicio registrada de The Guardian Life Insurance Company of America®© Copyright 2023 The Guardian Life Insurance Company of America.



Traspaso automático

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

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

guardianlife.com

© Copyright 2023 The Guardian Life Insurance Company of America

2023-158786 (7/25)



Seguro de vida

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

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

¿Para quién es?

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

¿Qué cubre?

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

¿Por qué debería considerarlo?

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

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

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

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



Preparar y planificar

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

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

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

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

Deuda hipotecaria promedio:
\$202,000

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

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

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

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



Su cobertura de vida

	VIDA BÁSICO	SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO A PLAZO
Beneficio del empleado	Su empleador ofrece cobertura de Vida básico a plazo por \$25,000 para todos los empleados a tiempo completo.	Incrementos de \$5,000 hasta un máximo de \$300,000. Consulte la página de Modelo de costos para conocer más detalles.
Muerte Accidental y Pérdida de Miembro(s)	Su cobertura de Vida básico incluye cobertura por Muerte Accidental y Pérdida de Miembro(s).	Cobertura mejorada de empleado, cónyuge e hijos. Máximo 1 veces la cantidad del seguro de vida.
Beneficio para el cónyuge/pareja doméstica	N/A	Incrementos de \$5,000 hasta un máximo de \$100,000. Consulte la página de Modelo de costos para conocer más detalles.
Beneficio por hijo	N/A	Niños de nacimiento† a 26 años de edad. Incrementos de \$1,000 hasta un máximo de \$10,000. Sujeto a limitaciones del estado. Consulte la página de Modelo de costos para conocer más detalles.
Emisión garantizada: “Garantizada” significa que usted no está obligado a responder preguntas de salud para tener derecho a recibir cobertura hasta el monto especificado, inclusive, cuando contrata la cobertura durante el plazo de inscripción inicial.	Garantizamos la emisión hasta \$25,000 por empleado	Emisión garantizada hasta: Empleado \$200,000. Cónyuge \$25,000. Hijos dependientes \$10,000.
Primas	Cobertura pagada por su compañía, si cumple con los requisitos de elegibilidad	Aumento en aniversario del plan una vez que se ingresa a la próxima franja de edad de 5 años



Su cobertura de vida

	VIDA BÁSICO	SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO A PLAZO
Portabilidad: Le permite llevarse su cobertura con usted si finaliza la relación de trabajo.	Sí, con restricciones de edad y algunas otras, incluyendo evidencia de asegurabilidad	Sí, con restricciones de edad y algunas otras
Conversión: Le permite continuar la cobertura de discapacidad una vez que haya finalizado su plan de grupo.	Sí, con restricciones; consultar certificado de beneficios	Sí, con restricciones; consultar certificado de beneficios
Dispensa de primas: No deberá pagar las primas si sufre una discapacidad total.	Para empleados incapacitados antes de los 60 años de edad, con extensión de primas hasta de la edad de 65 años, si cumplen las condiciones	Para empleados incapacitados antes de los 60 años de edad, con extensión de primas hasta de la edad de 65 años, si cumplen las condiciones
Reducciones de beneficios: Los beneficios se reducen por un porcentaje determinado a medida que el empleado avanza en edad.	50% a la edad de 70	No

Sujeto a límites de cobertura

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

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

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

Modelos de costo de vida voluntario:

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

Semi-mensual Primas mostradas Se incluye costo de Muerte Accidental y Pérdida de Miembro(s).									
Monto de póliza seleccionado		Costo de la póliza seleccionado, grupo de edad							
Empleado		< 30	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64 65–69
\$10,000		\$.56	\$.61	\$.76	\$ 1.01	\$ 1.45	\$ 2.17	\$ 3.28	\$ 4.52 \$ 7.18
\$15,000		\$.84	\$.92	\$ 1.13	\$ 1.51	\$ 2.17	\$ 3.25	\$ 4.92	\$ 6.77 \$ 10.76
\$20,000		\$ 1.12	\$ 1.22	\$ 1.51	\$ 2.01	\$ 2.89	\$ 4.33	\$ 6.56	\$ 9.03 \$ 14.35
\$25,000		\$ 1.40	\$ 1.53	\$ 1.89	\$ 2.51	\$ 3.61	\$ 5.41	\$ 8.20	\$ 11.29 \$ 17.94
\$30,000		\$ 1.68	\$ 1.83	\$ 2.27	\$ 3.02	\$ 4.34	\$ 6.50	\$ 9.84	\$ 13.55 \$ 21.53
\$35,000		\$ 1.96	\$ 2.14	\$ 2.64	\$ 3.52	\$ 5.06	\$ 7.58	\$ 11.48	\$ 15.80 \$ 25.11
\$40,000		\$ 2.24	\$ 2.44	\$ 3.02	\$ 4.02	\$ 5.78	\$ 8.66	\$ 13.12	\$ 18.06 \$ 28.70
\$45,000		\$ 2.52	\$ 2.75	\$ 3.40	\$ 4.52	\$ 6.50	\$ 9.74	\$ 14.76	\$ 20.32 \$ 32.29
\$50,000		\$ 2.80	\$ 3.05	\$ 3.78	\$ 5.03	\$ 7.23	\$ 10.83	\$ 16.40	\$ 22.58 \$ 35.88
\$55,000		\$ 3.08	\$ 3.36	\$ 4.15	\$ 5.53	\$ 7.95	\$ 11.91	\$ 18.04	\$ 24.83 \$ 39.46
\$60,000		\$ 3.36	\$ 3.66	\$ 4.53	\$ 6.03	\$ 8.67	\$ 12.99	\$ 19.68	\$ 27.09 \$ 43.05
\$65,000		\$ 3.64	\$ 3.97	\$ 4.91	\$ 6.53	\$ 9.39	\$ 14.07	\$ 21.32	\$ 29.35 \$ 46.64
\$70,000		\$ 3.92	\$ 4.27	\$ 5.29	\$ 7.04	\$ 10.12	\$ 15.16	\$ 22.96	\$ 31.61 \$ 50.23
\$75,000		\$ 4.20	\$ 4.58	\$ 5.66	\$ 7.54	\$ 10.84	\$ 16.24	\$ 24.60	\$ 33.86 \$ 53.81
\$80,000		\$ 4.48	\$ 4.88	\$ 6.04	\$ 8.04	\$ 11.56	\$ 17.32	\$ 26.24	\$ 36.12 \$ 57.40
\$85,000		\$ 4.76	\$ 5.19	\$ 6.42	\$ 8.54	\$ 12.28	\$ 18.40	\$ 27.88	\$ 38.38 \$ 60.99
\$90,000		\$ 5.04	\$ 5.49	\$ 6.80	\$ 9.05	\$ 13.01	\$ 19.49	\$ 29.52	\$ 40.64 \$ 64.58
\$95,000		\$ 5.32	\$ 5.80	\$ 7.17	\$ 9.55	\$ 13.73	\$ 20.57	\$ 31.16	\$ 42.89 \$ 68.16
\$100,000		\$ 5.60	\$ 6.10	\$ 7.55	\$ 10.05	\$ 14.45	\$ 21.65	\$ 32.80	\$ 45.15 \$ 71.75
\$105,000		\$ 5.88	\$ 6.41	\$ 7.93	\$ 10.55	\$ 15.17	\$ 22.73	\$ 34.44	\$ 47.41 \$ 75.34
\$110,000		\$ 6.16	\$ 6.71	\$ 8.31	\$ 11.06	\$ 15.90	\$ 23.82	\$ 36.08	\$ 49.67 \$ 78.93
\$115,000		\$ 6.44	\$ 7.02	\$ 8.68	\$ 11.56	\$ 16.62	\$ 24.90	\$ 37.72	\$ 51.92 \$ 82.51
\$120,000		\$ 6.72	\$ 7.32	\$ 9.06	\$ 12.06	\$ 17.34	\$ 25.98	\$ 39.36	\$ 54.18 \$ 86.10
\$125,000		\$ 7.00	\$ 7.63	\$ 9.44	\$ 12.56	\$ 18.06	\$ 27.06	\$ 41.00	\$ 56.44 \$ 89.69
\$130,000		\$ 7.28	\$ 7.93	\$ 9.82	\$ 13.07	\$ 18.79	\$ 28.15	\$ 42.64	\$ 58.70 \$ 93.28
\$135,000		\$ 7.56	\$ 8.24	\$ 10.19	\$ 13.57	\$ 19.51	\$ 29.23	\$ 44.28	\$ 60.95 \$ 96.86
\$140,000		\$ 7.84	\$ 8.54	\$ 10.57	\$ 14.07	\$ 20.23	\$ 30.31	\$ 45.92	\$ 63.21 \$ 100.45
\$145,000		\$ 8.12	\$ 8.85	\$ 10.95	\$ 14.57	\$ 20.95	\$ 31.39	\$ 47.56	\$ 65.47 \$ 104.04

Modelos de costo de vida voluntario *continuación*

	< 30	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65–69
\$150,000	\$8.40	\$9.15	\$11.33	\$15.08	\$21.68	\$32.48	\$49.20	\$67.73	\$107.63
\$155,000	\$8.68	\$9.46	\$11.70	\$15.58	\$22.40	\$33.56	\$50.84	\$69.98	\$111.21
\$160,000	\$8.96	\$9.76	\$12.08	\$16.08	\$23.12	\$34.64	\$52.48	\$72.24	\$114.80
\$165,000	\$9.24	\$10.07	\$12.46	\$16.58	\$23.84	\$35.72	\$54.12	\$74.50	\$118.39
\$170,000	\$9.52	\$10.37	\$12.84	\$17.09	\$24.57	\$36.81	\$55.76	\$76.76	\$121.98
\$175,000	\$9.80	\$10.68	\$13.21	\$17.59	\$25.29	\$37.89	\$57.40	\$79.01	\$125.56
\$180,000	\$10.08	\$10.98	\$13.59	\$18.09	\$26.01	\$38.97	\$59.04	\$81.27	\$129.15
\$185,000	\$10.36	\$11.29	\$13.97	\$18.59	\$26.73	\$40.05	\$60.68	\$83.53	\$132.74
\$190,000	\$10.64	\$11.59	\$14.35	\$19.10	\$27.46	\$41.14	\$62.32	\$85.79	\$136.33
\$195,000	\$10.92	\$11.90	\$14.72	\$19.60	\$28.18	\$42.22	\$63.96	\$88.04	\$139.91
\$200,000	\$11.20	\$12.20	\$15.10	\$20.10	\$28.90	\$43.30	\$65.60	\$90.30	\$143.50
\$205,000	\$11.48	\$12.51	\$15.48	\$20.60	\$29.62	\$44.38	\$67.24	\$92.56	\$147.09
\$210,000	\$11.76	\$12.81	\$15.86	\$21.11	\$30.35	\$45.47	\$68.88	\$94.82	\$150.68
\$215,000	\$12.04	\$13.12	\$16.23	\$21.61	\$31.07	\$46.55	\$70.52	\$97.07	\$154.26
\$220,000	\$12.32	\$13.42	\$16.61	\$22.11	\$31.79	\$47.63	\$72.16	\$99.33	\$157.85
\$225,000	\$12.60	\$13.73	\$16.99	\$22.61	\$32.51	\$48.71	\$73.80	\$101.59	\$161.44
\$230,000	\$12.88	\$14.03	\$17.37	\$23.12	\$33.24	\$49.80	\$75.44	\$103.85	\$165.03
\$235,000	\$13.16	\$14.34	\$17.74	\$23.62	\$33.96	\$50.88	\$77.08	\$106.10	\$168.61
\$240,000	\$13.44	\$14.64	\$18.12	\$24.12	\$34.68	\$51.96	\$78.72	\$108.36	\$172.20
\$245,000	\$13.72	\$14.95	\$18.50	\$24.62	\$35.40	\$53.04	\$80.36	\$110.62	\$175.79
\$250,000	\$14.00	\$15.25	\$18.88	\$25.13	\$36.13	\$54.13	\$82.00	\$112.88	\$179.38
\$300,000	\$16.80	\$18.30	\$22.65	\$30.15	\$43.35	\$64.95	\$98.40	\$135.45	\$215.25
Monto de póliza seleccionado									
<i>Cónyuge/pareja doméstica</i>									
\$5,000	\$28	\$31	\$38	\$50	\$72	\$108	\$164	\$226	\$359
\$10,000	\$56	\$61	\$76	\$101	\$145	\$217	\$328	\$452	\$718
\$15,000	\$84	\$92	\$113	\$151	\$217	\$325	\$492	\$677	\$1076
\$20,000	\$112	\$122	\$151	\$201	\$289	\$433	\$656	\$903	\$1435
\$25,000	\$140	\$153	\$189	\$251	\$361	\$541	\$820	\$1129	\$1794
\$30,000	\$168	\$183	\$227	\$302	\$434	\$650	\$984	\$1355	\$2153
\$35,000	\$196	\$214	\$264	\$352	\$506	\$758	\$1148	\$1580	\$2511
\$40,000	\$224	\$244	\$302	\$402	\$578	\$866	\$1312	\$1806	\$2870
\$45,000	\$252	\$275	\$340	\$452	\$650	\$974	\$1476	\$2032	\$3229

Modelos de costo de vida voluntario *continuación*

	< 30	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65–69
\$50,000	\$2.80	\$3.05	\$3.78	\$5.03	\$7.23	\$10.83	\$16.40	\$22.58	\$35.88
\$55,000	\$3.08	\$3.36	\$4.15	\$5.53	\$7.95	\$11.91	\$18.04	\$24.83	\$39.46
\$60,000	\$3.36	\$3.66	\$4.53	\$6.03	\$8.67	\$12.99	\$19.68	\$27.09	\$43.05
\$65,000	\$3.64	\$3.97	\$4.91	\$6.53	\$9.39	\$14.07	\$21.32	\$29.35	\$46.64
\$70,000	\$3.92	\$4.27	\$5.29	\$7.04	\$10.12	\$15.16	\$22.96	\$31.61	\$50.23
\$75,000	\$4.20	\$4.58	\$5.66	\$7.54	\$10.84	\$16.24	\$24.60	\$33.86	\$53.81
\$80,000	\$4.48	\$4.88	\$6.04	\$8.04	\$11.56	\$17.32	\$26.24	\$36.12	\$57.40
\$85,000	\$4.76	\$5.19	\$6.42	\$8.54	\$12.28	\$18.40	\$27.88	\$38.38	\$60.99
\$90,000	\$5.04	\$5.49	\$6.80	\$9.05	\$13.01	\$19.49	\$29.52	\$40.64	\$64.58
\$95,000	\$5.32	\$5.80	\$7.17	\$9.55	\$13.73	\$20.57	\$31.16	\$42.89	\$68.16
\$100,000	\$5.60	\$6.10	\$7.55	\$10.05	\$14.45	\$21.65	\$32.80	\$45.15	\$71.75
Monto de póliza seleccionado									
Hijo(s)									
\$1,000	\$0.05	\$0.05	\$0.05	\$0.05	\$0.05	\$0.05	\$0.05	\$0.05	\$0.05
\$2,000	\$0.09	\$0.09	\$0.09	\$0.09	\$0.09	\$0.09	\$0.09	\$0.09	\$0.09
\$3,000	\$0.14	\$0.14	\$0.14	\$0.14	\$0.14	\$0.14	\$0.14	\$0.14	\$0.14
\$4,000	\$0.18	\$0.18	\$0.18	\$0.18	\$0.18	\$0.18	\$0.18	\$0.18	\$0.18
\$5,000	\$0.23	\$0.23	\$0.23	\$0.23	\$0.23	\$0.23	\$0.23	\$0.23	\$0.23
\$6,000	\$0.27	\$0.27	\$0.27	\$0.27	\$0.27	\$0.27	\$0.27	\$0.27	\$0.27
\$7,000	\$0.32	\$0.32	\$0.32	\$0.32	\$0.32	\$0.32	\$0.32	\$0.32	\$0.32
\$8,000	\$0.36	\$0.36	\$0.36	\$0.36	\$0.36	\$0.36	\$0.36	\$0.36	\$0.36
\$9,000	\$0.41	\$0.41	\$0.41	\$0.41	\$0.41	\$0.41	\$0.41	\$0.41	\$0.41
\$10,000	\$0.46	\$0.46	\$0.46	\$0.46	\$0.46	\$0.46	\$0.46	\$0.46	\$0.46

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

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES:

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

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

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

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

Vida Voluntario únicamente:

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

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

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

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

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

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE



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 es más común de lo que podría creer, de modo que las personas no son capaces de trabajar por todo tipo de razones diferentes. De hecho, muchas incapacidades son causadas por enfermedades, incluidas afecciones comunes como enfermedades cardíacas y artritis. Sin embargo, la mayoría de las incapacidades no está cubierta 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. Esto garantiza que reciba un ingreso parcial si sufre lesiones o está muy enfermo para trabajar.

¿Qué cubre?

La mayoría de los 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.



Reemplazo ingresos

Mike se lesiona la espalda en la bicicleta y no puede trabajar ni ganar un sueldo por unos meses.

Después de un breve período de espera, su plan de incapacidad comienza a pagarle una parte de su sueldo semanal normal. La política de Guardian también entrega orientación y apoyo personal, incluidos los servicios de rehabilitación vocacional y de subcontratación, para ayudarlo a volver a su trabajo y a recibir su sueldo total 13 semanas después.

Gracias a los beneficios por incapacidad de Mike, pudo cubrir sus gastos mientras no estuvo trabajando, sin tener que recurrir a los ahorros de su familia.

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.

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



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 es más común de lo que podría creer, de modo que las personas no son capaces de trabajar por todo tipo de razones diferentes. De hecho, muchas incapacidades son causadas por enfermedades, incluidas afecciones comunes como enfermedades cardíacas y artritis. Sin embargo, la mayoría de las incapacidades no está cubierta 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. Esto garantiza que reciba un ingreso parcial si sufre lesiones o está muy enfermo para trabajar.

¿Qué cubre?

La mayoría de los 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 Ingresos

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

Después de un período de espera, su plan de incapacidad comienza a pagarle una parte de su sueldo mensual normal. La política de Guardian también entrega orientación y apoyo personal, rehabilitación vocacional y otros servicios, para ayudarlo a volver a su trabajo y recibir su sueldo dos años después.

Gracias a los beneficios por incapacidad de Jim, pudo cubrir sus gastos mientras no estuvo trabajando, sin tener que recurrir a los ahorros de su familia.

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
Cantidad de cobertura	60% del salario hasta un máximo de \$1500/semana	60% del salario hasta un máximo de \$8000/mes
Plazo máximo de pago: Plazo máximo en el que puede recibir los beneficios por discapacidad.	12 semanas	Edad normal de retiro del seguro social
Inicio de beneficios por accidente: El plazo de discapacidad antes de que comiencen los beneficios.	Día 8	Día 91
Inicio de los beneficios por enfermedad: El plazo de discapacidad antes de que comiencen los beneficios.	Día 8	Día 91
Prueba de asegurabilidad: Declaración de salud que le solicita responder algunas preguntas sobre su historia clínica.	Es posible que se requiera declaración de salud.	Es posible que se requiera declaración de salud.
Emisión garantizada: “Garantizada” significa que usted no está obligado a responder preguntas de salud para tener derecho a recibir cobertura hasta el monto especificado, inclusive, cuando el solicitante contrata la cobertura durante el plazo de inscripción inicial.	Garantizamos la emisión de \$1500 de cobertura	Garantizamos la emisión de \$8000 de cobertura
Mínimo de horas/semanas de trabajo: Cantidad de horas mínimas que debe trabajar regularmente cada semana para recibir cobertura.	El empleador lo determina	El empleador lo determina
Condición preexistente: Una condición preexistente incluye cualquier síntoma o condición por el que usted, en el período de tiempo específico anterior a la cobertura de este plan, consultó a un médico, recibió tratamiento o tomó medicación recetada.	3 meses de retrospección; 12 meses después de la limitación completa	3 meses de retrospección; 12 meses después de la exclusión
Dispensa de prima si tuviera una discapacidad: No deberá abonar la prima cuando reciba beneficios.	Sí	Sí
Beneficio para supérstite: Se paga un beneficio adicional a su familia si muere mientras sufre la discapacidad.	No	3 meses

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

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

Ilustración de costos por discapacidad:

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

Modelo de costo del plan de incapacidad a corto plazo:

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

Su tarifa de prima	\$0.179	
\$20,000 Salario anual \$231 Beneficio semanal	\$2.07	Deducción
\$30,000 Salario anual \$346 Beneficio semanal	\$3.10	Deducción
\$40,000 Salario anual \$462 Beneficio semanal	\$4.14	Deducción
\$50,000 Salario anual \$577 Beneficio semanal	\$5.16	Deducción
\$60,000 Salario anual \$692 Beneficio semanal	\$6.19	Deducción
\$70,000 Salario anual \$808 Beneficio semanal	\$7.23	Deducción
\$80,000 Salario anual \$923 Beneficio semanal	\$8.26	Deducción
\$90,000 Salario anual \$1,038 Beneficio semanal	\$9.29	Deducción
\$100,000 Salario anual \$1,154 Beneficio semanal	\$10.33	Deducción
\$110,000 Salario anual \$1,269 Beneficio semanal	\$11.36	Deducción
\$120,000 Salario anual \$1,385 Beneficio semanal	\$12.40	Deducción
\$130,000 Salario anual \$1,500 Beneficio semanal	\$13.43	Deducción

Modelo de costo del plan de incapacidad a largo plazo:

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

Su tarifa de prima	\$0.506	
\$20,000 Salario anual \$1,000 Beneficio mensual	\$4.22	Deducción
\$30,000 Salario anual \$1,500 Beneficio mensual	\$6.33	Deducción
\$40,000 Salario anual \$2,000 Beneficio mensual	\$8.43	Deducción

\$50,000 Salario anual		
\$2,500 Beneficio mensual	\$10.54	Deducción
\$60,000 Salario anual		
\$3,000 Beneficio mensual	\$12.65	Deducción
\$70,000 Salario anual		
\$3,500 Beneficio mensual	\$14.76	Deducción
\$80,000 Salario anual		
\$4,000 Beneficio mensual	\$16.87	Deducción
\$90,000 Salario anual		
\$4,500 Beneficio mensual	\$18.98	Deducción
\$100,000 Salario anual		
\$5,000 Beneficio mensual	\$21.08	Deducción
\$110,000 Salario anual		
\$5,500 Beneficio mensual	\$23.19	Deducción
\$120,000 Salario anual		
\$6,000 Beneficio mensual	\$25.30	Deducción
\$140,000 Salario anual		
\$7,000 Beneficio mensual	\$29.52	Deducción
\$160,000 Salario anual		
\$8,000 Beneficio mensual	\$33.73	Deducción

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

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

WELLHAVEN PET HEALTH, LLC

ALL OTHER ELIGIBLE EMPLOYEES

Kit creado 10/06/2025
Número de Grupo: 00087553

Servicio de apoyo para el cáncer

Apoyo personalizado y empático para ayudarlo a atravesar el diagnóstico de cáncer.

Dado que los casos de cáncer en los Estados Unidos continúan en aumento y siguen siendo una de las principales causas de discapacidad a largo plazo, es posible que los empleados busquen mejores beneficios que los ayuden a mejorar su calidad de vida. Es por eso que Guardian se asoció con Osara Health para brindarles a nuestros miembros que enfrentan un diagnóstico de cáncer servicios de apoyo que pueden ayudarlos a centrarse en su bienestar holístico durante todo el tratamiento. Debido a que cuenta con el seguro de discapacidad a largo plazo de Guardian como beneficio a través de su empleador, tiene acceso a este programa exclusivo de 6 a 12 semanas.

Una solución integral para ayudar a los pacientes con cáncer a atravesar su diagnóstico



Asesor de salud comprometido

Asesoramiento personalizado para apoyo holístico, educación y orientación con llamadas programadas durante 6-12 semanas que se ajusten a tu horario.



Módulos de recursos digitales

Los recursos semanales se le envían directamente a usted y cubren las áreas clave del manejo autónomo del cáncer, según lo desarrollado por el equipo de investigación clínica de Osara Health.



Información personalizada sobre bienestar

Acceso a la aplicación Osara Health para hacer un seguimiento de los síntomas y acceder a contenido de bienestar adaptado y verificado.



Cómo acceder

Como parte del proceso de reclamaciones por discapacidad de Guardian, le proporcionarán de manera proactiva la información sobre cómo acceder a este valioso beneficio.

“Mi asesor de salud comprendió exactamente por lo que estaba atravesando y me proporcionó una gran cantidad de recursos sobre cómo manejar mi estrés, así como otros consejos sobre alimentos y ejercicios que no tendría de otra manera.”

- Participante del Programa de Orientación para el Cáncer de Osara Health

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

El seguro de discapacidad a largo plazo del grupo Guardian está suscrito y emitido por The Guardian Life Insurance Company of America, Nueva York, NY. Los productos no están disponibles en todos los estados. Se aplican limitaciones y exclusiones de la póliza. Los usuarios o características opcionales pueden generar costos adicionales.

Osara Health (“Osara”) es proveedor de The Guardian Life Insurance Company of America (“Guardian”). Osara y Guardian no son entidades afiliadas. Osara brinda un programa de apoyo personalizado a través de asesores de la salud certificados para abordar problemas de tratamiento del cáncer en beneficio de un miembro (“Servicios”). Los servicios están diseñados para miembros mayores de 18 años de edad, diagnosticados con cáncer, independientemente del tipo de cáncer, estadio o pronóstico. Los servicios no están destinados a brindar atención o asesoramiento médicos. Se debe solicitar atención/ asesoramiento médicos de su(s) proveedor(es) de atención médica independiente. Guardian no controla ni proporciona ninguna parte de los Servicios y no asume ninguna responsabilidad por su prestación. Este recurso informativo no es un contrato y únicamente tiene fines ilustrativos. Solo la póliza contiene los términos aplicables. Guardian y Osara se reservan el derecho a interrumpir los Servicios en cualquier momento, sin previo aviso. Es posible que los servicios no estén disponibles en todos los estados. Guardian® es una marca comercial registrada de The Guardian Life Insurance Company of America, Nueva York, NY y se utiliza con autorización. © 2024 The Guardian Life Insurance Company of America. Todos los derechos reservados.

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

© Copyright 2024 The Guardian Life Insurance Company of America

2024-172256 (04/26)

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE



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 \$10,000 a \$30,000 en incrementos de \$10,000.

ENFERMEDADES

Cáncer

	1ª OCURRENCIA	2ª OCURRENCIA
Cáncer invasivo	100%	50%
Carcinoma in situ	30%	0%
Tumor cerebral benigno	75%	0%
Cáncer de piel	\$250 de por vida	No se cubre

Vasculares

Ataque cardíaco	100%	100%
Accidente cerebrovascular	100%	100%
Insuficiencia cardíaca	100%	100%
Coronary Arteriosclerosis	30%	0%

Otras

Insuficiencia orgánica	100%	100%
Insuficiencia renal	100%	100%
Enfermedad contagiosa o infecciosa	30%	0%

OTRAS ENFERMEDADES

SOLO 1ª 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

Enfermedades infantiles

SOLO 1ª 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

Beneficio de cónyuge/pareja doméstica	Pueden optar por recibir el beneficio en una suma única de \$10,000 a \$30,000 en incrementos de \$10,000 de hasta el 100% del beneficio en suma única del empleado.
Beneficios por hijo – Niños de Nacimiento a 26 años de edad	50% de suma única de beneficio del empleado
Emisión garantizada: “Garantizada” significa que usted no está obligado a responder preguntas de salud para tener derecho a recibir cobertura hasta el monto especificado, inclusive, cuando contrata la cobertura durante el plazo de inscripción inicial o el período de inscripción abierta anual.	<p>Garantizamos la emisión hasta: \$30,000</p> <p>Por cónyuge: \$30,000</p> <p>Por hijo: todos los montos</p> <p>Las preguntas de salud son obligatorias si el monto elegido supera la emisión de garantía.</p>
Portabilidad: Le permite llevarse su cobertura de Enfermedad Crítica con usted si finaliza la relación de trabajo.	Incluido
Limitación de condición preexistente: Una condición preexistente incluye cualquier condición por la que usted, en el plazo especificado anterior a la cobertura conforme a este plan, consultó a un médico, recibió tratamiento o tomó medicamentos recetados.	No Aplicable

BENEFICIO DE BIENESTAR

Límite anual para empleado	\$50
Límite anual para cónyuge	\$50
Límite anual para hijo	\$50

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.
- El beneficio por enfermedad contagiosa o infecciosa solo se debe pagar si: 1) un médico diagnostica al asegurado con una enfermedad infecciosa o contagiosa que esté cubierta mientras esté asegurada por Guardian y 2) el asegurado se encuentra internado en un hospital debido a la enfermedad infecciosa o contagiosa durante 5 o más días consecutivos. El beneficio de enfermedades contagiosas infecciosas cubre las bacterias resistentes a antibióticos (como SARM), la coronavirus (incluido el COVID-19), la difteria, la encefalitis, la enfermedad del legionario, la enfermedad de Lyme, la malaria, la meningitis, la fascitis necrosante (bacterias que comen tejido), osteomielitis, la rabia y la tuberculosis. Este beneficio permitirá pagar solo una enfermedad contagiosa infecciosa, una vez en la vida.

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.

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

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

	Semi-mensual Primas mostradas Costo de la elección por franja de edad										
	< 25	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+
Empleado											
\$10,000	\$1.40	\$1.70	\$2.20	\$2.85	\$4.05	\$5.80	\$8.10	\$11.00	\$16.35	\$23.05	\$35.05
\$20,000	\$2.80	\$3.40	\$4.40	\$5.70	\$8.10	\$11.60	\$16.20	\$22.00	\$32.70	\$46.10	\$70.10
\$30,000	\$4.20	\$5.10	\$6.60	\$8.55	\$12.15	\$17.40	\$24.30	\$33.00	\$49.05	\$69.15	\$105.15
Monto del beneficio de hasta el 100% del monto para empleados y de hasta un máximo de \$30,000											
Cónyuge											
\$10,000	\$1.40	\$1.70	\$2.20	\$2.85	\$4.05	\$5.80	\$8.10	\$11.00	\$16.35	\$23.05	\$35.05
\$20,000	\$2.80	\$3.40	\$4.40	\$5.70	\$8.10	\$11.60	\$16.20	\$22.00	\$32.70	\$46.10	\$70.10
\$30,000	\$4.20	\$5.10	\$6.60	\$8.55	\$12.15	\$17.40	\$24.30	\$33.00	\$49.05	\$69.15	\$105.15

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

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

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

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

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

sujeto a las variaciones propias de cada estado.

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

Las preguntas de salud son obligatorias para quienes se inscriben en forma tardía. 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-I-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-I-CI-14

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

WellHaven Pet Health, LLC

ALL OTHER ELIGIBLE EMPLOYEES

Kit creado 10/06/2025
Número de Grupo: 00087553



Seguro de accidentes

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

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

¿Para quién es?

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

¿Qué cubre?

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

¿Por qué debería considerarlo?

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

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

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



Mayor apoyo durante la recuperación

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

Gasto promedio del tratamiento no quirúrgico de la pierna fracturada:

\$2,500

Deducible médico principal promedio:

\$1,500

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

Monto total del gasto de bolsillo de Amanda (deducible + coseguro):

\$1,700

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

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



Su cobertura por accidente

ACCIDENTES	
COBERTURA - DETALLES	
Su prima Semi-mensual	\$6.71
Usted y su cónyuge	\$9.88
Usted y sus hijos	\$10.32
Usted, su cónyuge y sus hijos	\$13.49
Tipo de cobertura de accidentes	Fuera o dentro de su empleo
Portabilidad: le permite llevarse su cobertura de accidentes con usted si se extingue su relación laboral.	Incluido
MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDA DE MIEMBRO(S)	
Monto del beneficio	Empleado \$25,000 Cónyuge \$10,000 Hijo \$5,000
Pérdida catastrófica	Cuadriplejía, pérdida del habla y audición (ambos oídos), pérdida de funciones cognitivas: 100% de Muerte Accidental y Pérdida de Miembro Hemiplejía y paraplejía: 50% de Muerte Accidental y Pérdida de Miembro
Transporte público	200% de beneficio por Muerte Accidental y Pérdida de Miembro
Desastre común	200% del beneficio por Muerte Accidental y Pérdida de Miembro del cónyuge
Pérdida de miembros: mano, pie, vista	Único: 50% de beneficio por Muerte Accidental y Pérdida de Miembro Múltiple: 100% de beneficio por Muerte Accidental y Pérdida de Miembro
Pérdida de miembros: pulgar/dedo índice misma mano, cuatro dedos de la misma mano, todos los dedos del mismo pie.	25% de beneficio por Muerte Accidental y Pérdida de Miembro
Cinturones de seguridad y bolsas de aire	Cinturones de seguridad: \$10,000 - Bolsas de aire: \$15,000
Adaptación razonable de vivienda o vehículo	\$2,500
BENEFICIO DE BIENESTAR: Límite anual	\$50
Límite de edad de hijos	Niños de nacimiento a 26 años de edad
FONDO DE EMERGENCIA	Cantidad del beneficio: \$400 Transferencia Máxima: \$200 Fondo Máximo: \$800
CARACTERÍSTICAS	
Ambulancia aérea	\$1,000
Ambulancia	\$200
Sangre/Plasma/Plaquetas	\$300



Su cobertura por accidente

CARACTERÍSTICAS (Cont.)

Quemaduras (segundo grado/tercer grado)	9 pulgadas cuadradas a 18 pulgadas cuadradas: \$0/\$2,000 18 pulgadas cuadradas a 35 pulgadas cuadradas: \$1,000/\$4,000 Más de 35 pulgadas cuadradas: \$3,000/\$12,000
Quemadura/injerto de piel	50% del beneficio por quemadura
Deporte organizado para niños – el Beneficio es pagado si el accidente cubierto ocurrió mientras su hijo cubierto, de 18 años de edad o menos, participa en un deporte organizado que está regido por una organización y requiere un registro formal para participar.	25% aumento para beneficios por hijo
Visitas quiroprácticas	\$50/visita, hasta 6 visitas
Coma	\$10,000
Estudio de referencia de conmoción cerebral	\$25
Concusión	\$200
Examen diagnóstico (principal)	\$200
Dislocación	Anexo hasta \$5,000
Visitas de seguimiento con el médico	\$50, hasta 6 tratamiento
Trabajo dental de emergencia	\$300/corona, \$75/Extracción
Tratamiento de sala de emergencias	\$200
Manejo del dolor por anestesia epidural	\$100, 2 veces por accidente
Lesiones oculares	\$300
Atención familiar — El beneficio se paga por cada niño que asiste a un centro de Cuidado Infantil mientras el asegurado está internado en un hospital, UCI o Centro Alternativo de Cuidado o Rehabilitación debido a lesiones sufridas en un accidente cubierto.	\$20/día, hasta 30 días
Fracturas	Anexo hasta \$6,000
Herida por arma de fuego	\$750
Ingreso hospitalario	\$1,000
Internación hospitalaria	\$250/día - hasta 1 año
Ingreso a la unidad de cuidados intensivos de un hospital	\$2,000
Internación en la unidad de cuidados intensivos de un hospital	\$500/día - hasta 15 días
Consultorio médico inicial / Atención de urgencia	\$100
Reemplazo de articulación (cadera/rodilla/omoplato)	\$2,500/\$1,250/\$1,250
Cartílago de rodilla	\$500
Laceration	Anexo hasta \$400
Alojamiento: el hospital debe estar a más de 50 millas del domicilio del asegurado.	\$125/día, hasta 30 días de estadía en hotel de acompañante
Aparato médico: silla de ruedas, scooter motorizado, soporte para la pierna o espalda, bastón, muletas, andador, bota para caminar que se extiende por encima del tobillo o collarín para el cuello.	Anexo hasta \$500
Terapias ambulatorias	\$35/día, hasta 10 días
Trastorno de estrés postraumático	\$400



Su cobertura por accidente

CARACTERÍSTICAS (Cont.)

Prótesis o dispositivo protésico	1: \$500 2 o más: \$1,000
Internación en unidad de rehabilitación	\$100/día, hasta 15 días
Hernia discal con reparación quirúrgica	\$500
Cirugía (craneal, abdominal abierta, torácica, hernia) Máx.	Anexo hasta \$1,250 Hernia: \$250
Cirugía (Exploratoria o Artroscópica)	\$400
Mango rotador/ligamentos/tendones	1: \$500 2 o más: \$1,000
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.	\$0.50 por milla, limitado a \$500/ida y vuelta, hasta 3 veces por accidente
Lesión cerebral traumática: una lesión no degenerativa, no congénita del cerebro debida a una fuerza externa no biológica que requiere hospitalización durante 48 horas o más y que resulta en un déficit neurológico permanente con pérdida significativa de la función muscular y síntomas clínicos persistentes.	\$4,000
Rayos X	\$40

ENTIENDA LOS BENEFICIOS DE SU PLAN -

- **Transporte público:** El beneficio se paga si la muerte de un asegurado ocurre en razón de un accidente cuando viaja en transporte público y pague pasaje. Si se paga este beneficio, no pagamos el beneficio por Muerte Accidental.
- **Desastre común:** El beneficio se paga si tanto usted como su cónyuge fallecen en un accidente cubierto o en accidentes cubiertos separados dentro del mismo período de 24 horas.
- **Adaptación razonable:** El beneficio se paga si es necesario realizar una modificación en la vivienda o vehículo del asegurado debido a una Pérdida Catastrófica o un Pérdida de miembros Accidental.
- **Tratamiento para 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.
- **FONDO DE EMERGENCIA:** Puede pagar beneficios cuando un asegurado ha agotado una limitación de frecuencia que se aplica a un beneficio en específico. El fondo de emergencia se aplicará a los siguientes beneficios: ambulancia aérea, ambulancia, sangre/plasma/plaquetas, visitas quiroprácticas, examen de diagnóstico (mayor), visitas de seguimiento médico, trabajo dental de emergencia, manejo del dolor por anestesia epidural, lesiones oculares, cuidado familiar, fracturas, herida por arma de fuego, internamiento hospitalario, hospitalización en la UCI, reemplazo de articulación, cartílago de rodilla, alojamiento, terapias para pacientes ambulatorios, internamiento en una unidad de rehabilitación, disco roto con reparación quirúrgica, cirugía (craneal, abdominal abierta, torácica, hernia), cirugía (exploratoria y artroscópica), transporte y rayos X, si están incluidos en su plan.



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-ACC-18

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

Global Emergency Assistance Services

Lo comunica con proveedores de atención sanitaria, hospitales, farmacias y otros servicios calificados si sufre una emergencia mientras viaja a 100 millas de su casa o fuera del país durante un máximo de 90 días. No se pagarán solicitudes de reembolso por transporte médico u otros servicios gestionados de forma independiente por usted.

Cómo puede ayudar



Asistencia médica de emergencia

- Consulta médica, evaluación y remisiones
- Monitoreo médico
- Evacuación médica de emergencia
- Y mucho más



Asistencia al viajero en caso de emergencia

- Cuidado de niños menores
- Visita por motivos humanitarios
- Regreso del acompañante de viaje
- Y mucho más



Servicios adicionales de asistencia en caso de emergencia

- Equipaje perdido
- Asistencia para documentos
- Remisiones a servicios jurídicos y de interpretación
- Y mucho más

Servicios de protección contra robo de identidad

Herramientas de prevención y resolución para salvaguardar sus datos y restaurar su integridad en caso de uso fraudulento. Entre los servicios se incluyen los siguientes:

- Acceso a especialistas en protección de identidad las 24 horas al día, los 7 días de la semana
- Registro de tarjetas de crédito y documentos
- Asistencia en caso de pérdida o robo de tarjetas de crédito y débito
- Asistencia en caso de usurpación de identidad las 24 horas del día, los 7 días de la semana

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

ComPsych Corporation (ComPsych) es proveedor de The Guardian Life Insurance Company of America (Guardian). ComPsych y Guardian no son entidades afiliadas. ComPsych presta servicios globales de asistencia en caso de emergencia (Servicios) a través de su subcontratista Assist America. Guardian no controla ni proporciona ninguna parte de los Servicios y no asume ninguna responsabilidad por su prestación. Este recurso informativo no es un contrato y únicamente tiene fines ilustrativos. Solo la póliza contiene los términos aplicables. Guardian y ComPsych se reservan el derecho de interrumpir los Servicios en cualquier momento sin previo aviso. Es posible que los servicios no estén disponibles en todos los estados. Los servicios globales de asistencia en caso de emergencia no están disponibles en el estado de Nueva York. La prestación de los Servicios se realizará de conformidad con la ley aplicable.



Cómo acceder

Número de referencia
01-AA-GLI-10231



Llame al

1 800 872 1414
(dentro de los EE. UU.)
1 609 986 1234
(fuera de los EE. UU.)



Envíe un correo electrónico a
medservices@assistamerica.com



Descargar

Aplicación móvil Assist America
Disponible en Google Play y
App Store

Cómo acceder a la protección contra robo de identidad

Código de acceso
18327



Llame al

1 877 409 9597
(dentro de los EE. UU.)
1 816 396 9192
(fuera de los EE. UU.)

EL SIGUIENTE AVISO SOLO SE REFIERE A LA COBERTURA POR INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

IMPORTANTE: Esta es una póliza de indemnización fija, NO un seguro médico

Esta póliza de indemnización fija puede pagarle un monto limitado en dólares si está enfermo u hospitalizado. Usted aún es responsable de pagar el costo de su atención.

- El pago que reciba no se basa en valor total de su factura médica.
- Es posible que exista un límite sobre cuánto pagará esta póliza cada año.
- Esta póliza no sustituye un seguro médico integral.
- Debido a que esta póliza no es un seguro médico, no es necesario incluir la mayoría de las protecciones federales al consumidor que se aplican a los seguros médicos.

¿Busca un seguro médico integral?

- **Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov)** o llame al **1-800-318-2596** (TTY:1-855-889-4325) para conocer opciones de cobertura médica.
- Para saber si puede obtener un seguro médico a través de su trabajo o el trabajo de un familiar, comuníquese con el empleador.

¿Tiene preguntas sobre esta póliza?

- Si tiene preguntas o quejas sobre esta póliza, comuníquese con el Departamento de Seguros de su estado. Encuentre el número en el sitio web de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros ([naic.org](https://www.naic.org)) en "Departamentos de Seguros."
- Si obtuvo esta póliza a través de su trabajo o del trabajo de un familiar, comuníquese con el empleador.



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: LOW	Opción 2: HIGH
COBERTURA - DETALLES		
Su prima Semi-mensual	\$4.53	\$9.06
Usted y su cónyuge/pareja doméstica	\$7.02	\$14.05
Usted y sus hijos	\$6.98	\$13.95
Usted, su cónyuge/pareja doméstica y sus hijos	\$9.47	\$18.94
Beneficio		
Admisión de hospital/Unidad de Cuidados Intensivos (ICU)	\$500/\$1,000 por admisión, que se limita a 2 admisiones por asegurado y 10 admisiones por familiar cubierto por año de beneficio.	\$1,000/\$2,000 por admisión, que se limita a 2 admisiones por asegurado y 10 admisiones por familiar cubierto por año de beneficio.
Hospitalización/Internación en ICU	\$100/\$200 por día, que se limita a 30 días por asegurado por año de beneficio.	\$200/\$400 por día, que se limita a 30 días por asegurado por año de beneficio.
Limitación de afección preexistente: afección preexistente incluye cualquier condición por la que usted, en el plazo especificado anterior a la cobertura en este plan, consultó a un médico, recibió tratamiento o tomo medicación recetadas.	No Aplicable	No Aplicable
Portabilidad: le permite llevarse su cobertura de Indemnización Hospitalaria si termina su relación laboral.	Incluido	Incluido
Límite de edad para los niños	Niños de nacimiento hasta 26 años	Niños de nacimiento hasta 26 años

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.

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-I-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 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

© Copyright 2023 The Guardian Life Insurance Company of America

2023-158794 (7/25)

GuidanceResources® - Employee Assistance Program

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

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

Cómo puede ayudar



Apoyo emocional confidencial

- Ansiedad, depresión, estrés



Apoyo para el trabajo y el estilo de vida

- Cuidado de niños, ancianos y mascotas



Recursos financieros y orientación legal

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

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

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

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



Cómo acceder Asistencia disponible 24/7



Llame al
1 855 239 0743
TRS: Dial 711



Visite
guidanceresources.com

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

EstateGuidance® Online Will Preparation

Asegúrese de que sus deseos se cumplan con un testamento vinculante legalmente.

EstateGuidance facilita la redacción de un testamento con herramientas en línea que lo guiarán a través del proceso en cuestión de minutos. También puede redactar un testamento en vida para asegurarse de que reciba los cuidados que desea al final de su vida y un documento de disposiciones finales en el que exprese sus deseos sobre los servicios funerarios.

Cómo puede ayudar



Complete un testamento personalizado:

Sin costo para usted



Solicite que le imprimen y envíen su testamento:

\$14.99



Redacte un testamento en vida:

\$14.99



Redacte un documento de disposiciones finales:

\$9.99

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

ComPsych Corporation (ComPsych) es proveedor de The Guardian Life Insurance Company of America (Guardian). ComPsych y Guardian no son entidades afiliadas. ComPsych proporciona el Employee Assistance Program (Servicios). Guardian no controla ni proporciona ninguna parte de los Servicios y no asume ninguna responsabilidad por su prestación. Este recurso informativo no es un contrato y únicamente tiene fines ilustrativos. Solo la póliza contiene los términos aplicables. Guardian y ComPsych se reservan el derecho de interrumpir los Servicios en cualquier momento sin previo aviso. Es posible que los servicios no estén disponibles en todos los estados. Los servicios de asistencia y recursos jurídicos y financieros no están disponibles en los estados de Nueva York y Hawái. La prestación de los Servicios se realizará de conformidad con la ley aplicable.



Cómo acceder
Asistencia disponible
24 horas al día, los 7 días



Llame al
1 855 239 0743
TRS: Dial 711



Visite
estateguidance.com

Aplicación: GuidanceNowSM
Ingresa el código
promocional:
Guardian

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 dental



Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA de Guardian

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

Visite <https://www.guardiananytime.com/notice50> 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

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

Por favor escribir claramente y marcar con cuidado.

Nombre del Empleador/Titular del plan WellHaven Pet Health, LLC	Número de plan colectivo: 00087553	Beneficios con vigencia a partir de: _____
POR FAVOR MARCAR EL CASILLERO QUE CORRESPONDA <input type="checkbox"/> Inscripción inicial <input type="checkbox"/> Agregar Empleados/Miembros Dependientes/Familiares <input type="checkbox"/> Cancelar/rechazar cobertura <input type="checkbox"/> Modificar información		
<p>En este formulario, se le denominará Empleado/Miembro. Sus familiares se denominarán como Dependientes/Familiares. También habrá ocasiones en las que, cuando se haga referencia a los Dependientes/Familiares, este formulario distinga entre su cónyuge y sus hijos. Según el tipo de plan que su Titular del plan haya seleccionado, otros documentos del plan pueden referirse a usted como empleado, miembro o un término similar, y, a los integrantes de su familia, como familiares, dependientes, dependientes elegibles o un término similar. Consulte la póliza de grupo, el certificado de cobertura, (a veces llamado guía para miembros), para ver cómo se definen los términos y determinar qué familiares tienen derecho a la cobertura. Los documentos del plan, como la póliza de grupo, el certificado de cobertura, (a veces llamado guía para miembros), controlan si hay alguna disputa sobre el significado de los términos utilizados en este formulario.</p>		

Clase: ALL OTHER ELIGIBLE EMPLOYEES División: _____ Código de subtotal: _____ (Solicítelo a su Empleador/Titular del plan)

Acerca de usted: Nombre legal completo, Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido: Cal es el nombre con el que pasas? (opcional)		Identificación proporcionada por el Empleador/Titular del plan: _____		Número de seguro social _____ - _____ - _____ Debe proporcionar su número de seguro social si se inscribe para la cobertura de vida. Cobertura por discapacidad a corto plazo y / o cobertura por discapacidad a largo plazo.	
Dirección		Ciudad		Estado	
				Código postal	
Identidad de Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____					
Teléfono: (indicar primaria): <input type="checkbox"/> la casa (____) ____ - ____ <input type="checkbox"/> trabajar (____) ____ - ____ <input type="checkbox"/> el telefono movil (____) ____ - ____					
Dirección de correo electrónico: (indicar primaria) <input type="checkbox"/> la casa _____ <input type="checkbox"/> trabajar _____					
¿Está casado o tiene cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de matrimonio/unión: ____ - ____ - ____ Tiene hijos u otros dependientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de adopción de hijo adoptado: ____ - ____ - ____					

Acerca de su trabajo:		Horas trabajadas por semana: _____	Puesto de trabajo: _____
Condición de trabajo: <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Jubilad <input type="checkbox"/> COBRA/Continuación estatal	Fecha de contratación a tiempo completo: ____ - ____ - ____	Salario anual: \$ _____	

Acerca de su familia: Incluya los nombres de los dependientes que desea inscribir. Solo puede inscribir a los Dependientes/Familiares que son elegibles para la cobertura. Consulte los documentos del plan, como la póliza de grupo, la guía para miembros o el certificado, para determinar si un Dependiente/Familiar es elegible para la cobertura.

Si necesita espacio adicional, adjune una página separada con esta información junto con su formulario de inscripción. Asegúrese de firmar y fechar (mm-dd-aa) el papel y guarde una copia para sus registros. Se puede solicitar más información para dependientes no estándar como un nieto, una sobrina o un sobrino.

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

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

	Empleado/Miembro solamente	Empleado/Miembro o y cónyuge	Empleado/Miembro y dependientes/hijos	Empleado/Miembro, cónyuge y dependientes/hijos
Opción 1: LOW	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opción 2: HIGH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

Cobertura de Vida Básica con Muerte y Desmembramiento Accidental (AD&D):*Aplican reducciones de beneficios. Consulte al administrador del plan.*

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

Monto de la póliza

Empleado/Miembro únicamente

☒ \$25,000

El Monto de Emisión

Garantizada es \$25,000.

* Si el Empleado/Miembro tiene más de 65

beneficios, pueden aplicarse reducciones que pueden cambiar el monto de GI. Consulte los materiales de inscripción para obtener más detalles.

DESIGNE SUS BENEFICIARIOS (los beneficiarios principales deben sumar 100%)**Beneficiarios principal:**

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

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____

Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____

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

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

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____

Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____

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

Beneficiario Contingente: _____

Número de seguro social: _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____

Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____

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

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

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

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

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

Custodio de los beneficiarios menores de edad:

Nombre: _____ Número de Seguro Social (o n.º de FEIN/TIN si es un fideicomiso de una entidad corporativa familiar): _____

Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa) (si es una persona): _____ - _____ - _____

Dirección/Ciudad/Estado/Código

postal: _____

Teléfono: () - _____

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

Notas Importantes:

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

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

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

Empleado/Miembro

Monto de la póliza *Marcar un casillero únicamente*

<input type="checkbox"/> \$10,000	<input type="checkbox"/> \$15,000	<input type="checkbox"/> \$20,000	<input type="checkbox"/> \$25,000	<input type="checkbox"/> \$30,000	<input type="checkbox"/> \$35,000
<input type="checkbox"/> \$40,000	<input type="checkbox"/> \$45,000	<input type="checkbox"/> \$50,000	<input type="checkbox"/> \$55,000	<input type="checkbox"/> \$60,000	<input type="checkbox"/> \$65,000
<input type="checkbox"/> \$70,000	<input type="checkbox"/> \$75,000	<input type="checkbox"/> \$80,000	<input type="checkbox"/> \$85,000	<input type="checkbox"/> \$90,000	<input type="checkbox"/> \$95,000
<input type="checkbox"/> \$100,000	<input type="checkbox"/> \$105,000	<input type="checkbox"/> \$110,000	<input type="checkbox"/> \$115,000	<input type="checkbox"/> \$120,000	<input type="checkbox"/> \$125,000
<input type="checkbox"/> \$130,000	<input type="checkbox"/> \$135,000	<input type="checkbox"/> \$140,000	<input type="checkbox"/> \$145,000	<input type="checkbox"/> \$150,000	<input type="checkbox"/> \$155,000
<input type="checkbox"/> \$160,000	<input type="checkbox"/> \$165,000	<input type="checkbox"/> \$170,000	<input type="checkbox"/> \$175,000	<input type="checkbox"/> \$180,000	<input type="checkbox"/> \$185,000
<input type="checkbox"/> \$190,000	<input type="checkbox"/> \$195,000	<input type="checkbox"/> \$200,000*	<input type="checkbox"/> \$205,000	<input type="checkbox"/> \$210,000	<input type="checkbox"/> \$215,000
<input type="checkbox"/> \$220,000	<input type="checkbox"/> \$225,000	<input type="checkbox"/> \$230,000	<input type="checkbox"/> \$235,000	<input type="checkbox"/> \$240,000	<input type="checkbox"/> \$245,000
<input type="checkbox"/> \$250,000	<input type="checkbox"/> \$300,000				

*Monto de emisión de garantía. Se debe completar la sección "Antecedentes clínicos" si se selecciona cualquier monto superior al monto de emisión de garantía.

☐ No quiero esta cobertura

Agregar seguro de Vida Voluntario para Cónyuge

Monto de la póliza

<input type="checkbox"/> \$5,000	<input type="checkbox"/> \$10,000	<input type="checkbox"/> \$15,000	<input type="checkbox"/> \$20,000	<input type="checkbox"/> \$25,000*	<input type="checkbox"/> \$30,000
<input type="checkbox"/> \$35,000	<input type="checkbox"/> \$40,000	<input type="checkbox"/> \$45,000	<input type="checkbox"/> \$50,000	<input type="checkbox"/> \$55,000	<input type="checkbox"/> \$60,000
<input type="checkbox"/> \$65,000	<input type="checkbox"/> \$70,000	<input type="checkbox"/> \$75,000	<input type="checkbox"/> \$80,000	<input type="checkbox"/> \$85,000	<input type="checkbox"/> \$90,000
<input type="checkbox"/> \$95,000	<input type="checkbox"/> \$100,000				

*Monto de emisión de garantía

*El monto no podrá superar el 50% del monto del seguro de Vida Voluntario del empleado.

☐ No quiero esta cobertura

Agregar seguro de Vida Voluntario para Hijos

Monto de la póliza

<input type="checkbox"/> \$1,000	<input type="checkbox"/> \$2,000	<input type="checkbox"/> \$3,000	<input type="checkbox"/> \$4,000	<input type="checkbox"/> \$5,000	<input type="checkbox"/> \$6,000
<input type="checkbox"/> \$7,000	<input type="checkbox"/> \$8,000	<input type="checkbox"/> \$9,000	<input type="checkbox"/> \$10,000*		

*Monto de emisión de garantía

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

☐ No quiero esta cobertura

Notas Importantes:

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

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

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

Beneficiarios principal:

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

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____ Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____

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

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

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____ Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____

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

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

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____ Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____

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

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

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

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

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

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

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

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

Custodio de los beneficiarios menores de edad:

Nombre: _____ Número de Seguro Social (o n.º de FEIN/TIN si es un fideicomiso de una entidad corporativa familiar): _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa) (si es una persona): _____ - _____ - _____ Dirección/Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: () - _____

Cobertura de Incapacidad a Corto Plazo (STD):

Beneficio semanal

- ☐ 60% del salario hasta un máximo de \$1,500
- ☐ No deseo esta cobertura.

Cobertura de Incapacidad a Largo Plazo (LTD):

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

Beneficio mensual

- ☐ 60% del salario hasta un máximo de \$8,000
- ☐ No deseo esta cobertura.

Cobertura De Enfermedad Crítica: Para cubrir a sus dependientes/familiares, usted debe estar inscrito.

Aaplican reducciones de beneficios. Consulte al administrador del plan.

Empleado/Miembro

Monto del seguro ☐ \$10,000 ☐ \$20,000 ☐ \$30,000

☐ No quiero esta cobertura.

Cónyuge

Monto del seguro Hasta el 100% del monto para Empleado/Miembros y de hasta un máximo de \$30,000

☐ \$10,000 ☐ \$20,000 ☐ \$30,000

☐ No quiero esta cobertura.

Hijo(s) dependientes

Monto del seguro ☐ 50% del monto del Empleado/Miembro

☐ No quiero esta cobertura.

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

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

Beneficiarios principal:

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

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____ Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____

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

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

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____ Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____

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

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

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____ Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____

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

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

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

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

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

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

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

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

Custodio de los beneficiarios menores de edad:

Nombre: _____ Número de Seguro Social (o n.º de FEIN/TIN si es un fideicomiso de una entidad corporativa familiar): _____

Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa) (si es una persona): _____ - _____ - _____ Dirección/Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: () - _____

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

Marcar un casillero únicamente.

Su prima Semi-mensual

Empleado/Miembro
s solamente

Empleado/Miembro
s y cónyuge

Empleado/Miembros
y dependientes/hijos

Empleado/Miembros,
cónyuge y
dependientes/hijos

☐ \$6.71

☐ \$9.88

☐ \$10.32

☐ \$13.49

☐ No deseo esta cobertura.

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

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

Beneficiarios principal:

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

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____ Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____

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

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

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____ Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____

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

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

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____ Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____

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

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

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

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

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

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

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

Custodio de los beneficiarios menores de edad:

Nombre: _____ Número de Seguro Social (o n.º de FEIN/TIN si es un fideicomiso de una entidad corporativa familiar): _____

Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa) (si es una persona): _____ - _____ - _____ Dirección/Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: () - _____

Cobertura de Indemnización Hospitalaria

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

Marcar un casillero únicamente.

Su prima Semi-mensual	Empleado/Miembros solamente	Empleado/Miembros y cónyuge	Empleado/Miembros y hijos	Empleado/Miembros, cónyuge y dependientes/hijos
Opción 1: LOW	<input type="checkbox"/> \$4.53	<input type="checkbox"/> \$7.02	<input type="checkbox"/> \$6.98	<input type="checkbox"/> \$9.47
Opción 2: HIGH	<input type="checkbox"/> \$9.06	<input type="checkbox"/> \$14.05	<input type="checkbox"/> \$13.95	<input type="checkbox"/> \$18.94
	<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.

Firma

- Entiendo que mis dependientes/miembros de la familia no pueden inscribirse en una cobertura si yo no estoy inscrito en ella.
- La presentación de este formulario no garantiza cobertura. Entre otras cosas, la cobertura depende de la aprobación de la suscripción y de cumplir con los requisitos de elegibilidad aplicables.
- Este es un plan limitado del seguro de Indemnización Hospitalaria. Es un complemento del seguro de salud. No sustituye el seguro para gastos médicos u hospitalarios, un contrato de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) o el seguro de gastos médicos.
- Solo la vida: Entiendo que la cobertura de seguro de vida para un Dependiente de la familia, salvo los hijos recién nacidos, no será válida si el dependiente está ingresado en un hospital u otro centro médico, o se encuentra en reposo domiciliario o no puede desarrollar las actividades propias de una persona de su sexo y edad.
- Entiendo que debo mantener mi condición de empleado/miembro activo o mi cobertura no entrará en vigencia hasta que no cumpla con los requisitos de elegibilidad (según se definen en el cuadernillo de beneficios). Esto no aplica a jubilados elegibles.
- Si renuncia a la cobertura y luego decide inscribirse, podrán aplicarse multas por inscripción tardía. Es posible que también tenga que proporcionar, a su entero costo, prueba de asegurabilidad de cada persona. Guardian 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/titular del plan pueda deducir primas de mi paga si son necesarias para la cobertura que he elegido.
- Entiendo que debo mantener mi condición de empleado activo o mi cobertura no entrará en vigencia hasta que no cumpla con los requisitos de elegibilidad (según se definen en el cuadernillo de beneficios). Esto no aplica a jubilados elegibles.
- Doy fe que la información consignada más arriba es cierta y correcta a mi leal saber y entender.

Cualquier persona con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material, puede ser culpable de cometer un fraude. actuar según lo determine un tribunal de justicia, lo que puede ser un delito y también puede estar sujeto a sanciones civiles o la negación de los beneficios del seguro.

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

FIRMA DEL EMPLEADO/MIEMBRO X _____ FECHA _____

Declaraciones de advertencia de fraude

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

Alabama: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, comete un delito y puede ser pasible de multa de restitución o encarcelamiento, o alguna combinación de ellas.

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

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

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

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

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

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

Maryland: Toda persona que, a sabiendas o intencionalmente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o, a sabiendas o intencionalmente, presente información falsa en una solicitud de seguro, comete un delito y podrá ser pasible de multas y encarcelamiento.

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.

Rhode Island: Toda persona que, a sabiendas y con intención, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o, a sabiendas y con intención, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y podrá estar sujeto a multas y pena de prisión.

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.