



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.

Sus opciones de cobertura



Seguro dental

Cuidar sus dientes y su salud de forma integral



Seguro de visión

Para el cuidado de su vista y los problemas de salud relacionados



Seguro de vida

Protección del futuro financiero de su familia

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.

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: Managed Dental Care usted goza de los descuentos negociados con los dentistas de la red. Efectúa un copago fijo por cada servicio cubierto. No se cubren las consultas a proveedores fuera de la red.

Opción 2: PPO, 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 el programa de honorarios de Guardian.

Su plan dental

Opción 1: Managed Dental Care Opción 2: PPO

Su red es	Managed Dental Care	DentalGuard Preferred Network	
		Nivel 1	Nivel 2
		Gold *, Silver *	Non-Contracted
Su prima Mensual	\$9.30	\$50.41	
Usted y su cónyuge/pareja doméstica	\$20.10	\$103.90	
Usted y sus hijos	\$23.37	\$110.88	
Usted, su cónyuge/pareja doméstica y sus hijos	\$34.18	\$173.67	
Deducible por Año calendario		<i>Nivel 1</i>	<i>Nivel 2</i>
Individual	Sin Deducible	\$50	\$50
Límite familiar		3 por familia (se aplica a todos los niveles)	
No aplicable a		Preventiva	Preventiva
Cargos cubiertos para usted (coseguro)	<i>Red Únicamente</i>	<i>Nivel 1</i>	<i>Nivel 2</i>
Atención preventiva	Usted paga un copago por	100%	80%
Atención básica	cada servicio cubierto. Vea	80%	80%
Atención mayor	los "detalles del plan" para	50%	50%
Ortodoncia	mas informacion.	No se cubre (se aplica a todos los niveles)	
Beneficio máximo anual		\$2000 (se aplica a todos los niveles)	
Traslado del Máximo	El Traslado máximo no	Sí (se aplica a todos los niveles)	
Límite de Traslado	se aplica a este plan.	\$800	
Importe Trasladable		\$400	
Importe Trasladable Dentro de la Red		\$600	
Límite Trasladable de la Cuenta		\$1500	
Beneficio Máximo de por Vida para Ortodoncia	No Aplicable	No Aplicable (se aplica a todos los niveles)	
Copago por atención en consultorio	\$0	Ninguno (se aplica a todos los niveles)	
Límites de edad del dependiente	26	26 (se aplica a todos los niveles)	



Su cobertura dental

Una muestra de servicios cubiertos for su plan:

		Opción 1: Managed Dental Care	Opción 2: PPO	
		Usted paga	El plan paga (en promedio)	
Atención preventiva		Red únicamente	Nivel 1	Nivel 2
	Limpieza (profilaxis)	\$0	100%	80%
	Frecuencia:	2 veces en 12 meses^	Una vez cada 6 meses (se aplica a todos los niveles)	
	Tratamientos con fluoruro	\$0-12	100%	80%
	Límites:	Sin límites de edad	Menos de 19 años (se aplica a todos los niveles)	
Atención básica	Exámenes bucales	\$0	100%	80%
	Radiografías	\$0	100%	80%
	Empastes†	\$8-35	80%	80%
	Cirugía periodontal	\$80-255	80%	80%
	Mantenimiento periodontal	\$30	80%	80%
	Frecuencia:	2 veces en 12 meses^	Una vez cada 6 meses (se aplica a todos los niveles)	
		(Estándar)		
	Tratamiento de conducto/raíz	\$95-170	80%	80%
Atención mayor	Raspado y alisado radicular (por cuadrante)	\$18-30	80%	80%
	Extracciones simples	\$10	80%	80%
	Anestesia*	Se aplican ciertas restricciones	50%	50%
	Puentes y dentaduras postizas	\$310-430	50%	50%
	Implantes dentales	No se cubre	50%	50%
	Incrustaciones, incrustaciones oclusales, fundas**	\$235-245	50%	50%
	Reparación y mantenimiento de coronas, puentes y dentaduras postizas	\$20-125	50%	50%
	Coronas individuales	\$250	50%	50%
Ortodoncia	Extracciones complejas	\$30-90	50%	50%
	Ortodoncia	\$1,500-2,800	No se cubre	
Atención cosmética	Límites:	Adultos e hijos	(se aplica a todos los niveles)	
	Blanqueado	\$165	No se cubre	No se cubre

Managed Dental Care: Un enlace a la lista completa de servicios dentales cubiertos se puede encontrar en la página "Our commitment to you".



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. (^Se ofrecen limpiezas adicionales por un copago adicional).

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. *En CO, NM, TX, DC o NY, los niveles de proveedor son DentalGuard Preferred Alliance, DentalGuard Preferred Elite y DentalGuard Preferred Connect.

¿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: 00531743

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.



Su cobertura dental

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° GP-I-DG6 y otros.
- Esta póliza otorga cobertura dental únicamente. Esta póliza brinda beneficios dentales gestionados a través de una red de dentistas participantes generales y especializados. Salvo para servicios de emergencia limitados, se aportarán beneficios para servicios del dentista de cabecera seleccionado por el miembro. El miembro debe pagar a su dentista de cabecera un cargo de paciente/copago para la mayoría de los servicios cubiertos. No se pagarán beneficios por el tratamiento de un especialista salvo que lo haya autorizado el dentista de cabecera del paciente y la póliza apruebe la autorización. Solo se cubren los servicios enumerados en el programa de beneficios de la póliza. Ciertos servicios están sujetos a la frecuencia u otras limitaciones de periodicidad. Cuando se incluyen específicamente los beneficios de ortodoncia, la póliza estipula un tratamiento integral por miembro. Salvo que se los incluya expresamente, la póliza Managed Dental Care no ofrece beneficios ortodónticos si se

está realizando una contención o tratamiento ortodóntico integral a la fecha de entrada en vigencia de la póliza Managed Dental Care del miembro. Los servicios, exclusiones, y limitaciones indicados anteriormente no constituyen un contrato y se ofrecen a modo de resumen. Los documentos correspondientes de Managed Dental Care actúan como árbitro final de la cobertura. Consulte su Certificado para obtener detalles completos de todas las Exclusiones y Limitaciones. Todos los productos, salvo que se indique lo contrario, están suscritos por The Guardian Life Insurance Company of America ("Guardian") o una de las siguientes subsidiarias de propiedad total de Guardian: Managed Dental Care (CA); First Commonwealth Insurance Company (IL); First Commonwealth Limited Health Services Corporation (IN); First Commonwealth Limited Health Services Corporation of Michigan (MI); First Commonwealth of Missouri, Inc. (MO) y Managed DentalGuard, Inc. (NJ, OH y TX). Cualquier referencia a un tipo de producto específico, incluidos, entre otros, "DHMO" o "Prepaid" no están destinados a referirse a una designación específica de licencia estatal, sino que simplemente se refieren a un diseño general de producto. Tales productos prepagados o DHMO están licenciados en la jurisdicción aplicable. Adicionalmente, ciertos productos están suscritos por Dominion Dental Services, Inc. (DC, DE, MD, PA y VA) y LIBERTY Dental Plan of Nevada, Inc. (NV), y Total Dental Administrators Health Plan, Inc. (AZ). Consulte los formularios de la póliza correspondientes para más detalles. En caso de que exista conflicto entre este folleto y los formularios de la póliza, estos últimos prevalecerán.

- **Limitación Especial de Reintegro y/o PPO:** Pérdida o falta de dientes antes de que la persona cubierta quede asegurada por este plan. La persona cubierta puede tener uno o más dientes faltantes de nacimiento o haber perdido uno o más dientes antes de quedar asegurada por este plan. No pagaremos los dispositivos protésicos que reemplacen a dichos dientes, salvo que los dispositivos también reemplacen a uno o más dientes naturales perdidos o extraídos después de que la persona haya quedado cubierta por este plan. R3-DG6

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
\$2,000 Reembolso del máximo de reclamaciones	\$800 Monto de reclamaciones que determina la elegibilidad para el traspaso	\$400 Se agrega dinero adicional al máximo anual de un plan para años futuros	\$600 Se agrega dinero adicional si solo se utilizaron proveedores de la red durante el año de beneficio	\$1,500 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 visión

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

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

¿Para quién es?

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

¿Qué cubre?

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

¿Por qué debería considerarlo?

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

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



Cobertura 20/20

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

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

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

Costo total: **\$521**

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

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

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



Su cobertura de visión

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

Su plan de visión	Full Feature	
Su red es	VSP Choice Network	
Su prima mensual	\$ 9.30	
Usted y 1 dependiente	\$ 18.80	
Usted, su cónyuge/pareja domestica e hijo(s)	\$ 26.40	
Copago		
Copago de exámenes	\$ 10	
Copago de materiales (renunciado para lentes de contacto electivos)	\$ 25	
Muestra de servicios cubiertos	Usted paga (después del copago, si corresponde):	
	<i>Dentro de la red</i>	<i>Fuera de la red</i>
Examen de vista	\$0	Monto por encima de \$39
Lentes monofocales	\$0	Monto por encima de \$23
Lentes bifocales con línea divisora	\$0	Monto por encima de \$37
Lentes trifocales con línea divisora	\$0	Monto por encima de \$49
Lentes lenticulares	\$0	Monto por encima de \$64
Monturas	80% del monto por encima de \$130 ¹	Monto por encima de \$46
Límite de Armazón de Costco, Walmart y Sam's Club	Monto por encima de \$70	
Lentes de contacto (<i>Electivos</i>)	Monto por encima de \$130	Monto por encima de \$100
Lentes de contacto (<i>necesarios por razones médicas</i>)	\$0	Monto por encima de \$210
Lentes de contacto (<i>examen de evaluación y ajuste</i>)	Hasta un \$60	No Aplicable
Adiciones cosméticas	Promedio de 20% a 25% del precio minorista	Sin descuentos
Gafas (<i>par adicional de monturas y lentes</i>)	20% de descuento sobre el precio minorista**	Sin descuentos
Descuentos por cirugías correctivas con láser	Hasta un 15% de descuento sobre el cargo usual o un 5% de descuento sobre el precio promocional	Sin descuentos
Frecuencias de Servicio		
Exámenes	Cada año calendario	
Lentes (<i>para gafas o lentes de contacto</i>) ‡‡	Cada año calendario	
Monturas	Cada dos años calendario‡‡‡	
Descuentos dentro de la red (servicio profesional por lentes de contacto y gafas, adiciones cosméticas)	Sin límite dentro de los 12 meses del examen	
Límites de edad del dependiente	26	
Para encontrar a un Proveedor:	Regístrese en VSP.com para encontrar a un proveedor participante.	



Su cobertura de visión

VSP

- ‡‡ Los beneficios incluyen cobertura de gafas o lentes de contacto, no ambos.
- ** Para que se aplique el descuento, su compra debe realizarse dentro de los 12 meses del examen de la vista.
- Solo los cargos de una compra inicial pueden utilizarse como monto autorizado para materiales. Los saldos no utilizados restantes luego de la compra inicial no pueden guardarse para utilizarse en el futuro. La única excepción sería si un miembro compra lentes de contacto de un proveedor fuera de la red, en cuyo caso puede utilizar el saldo para lentes de contacto adicionales dentro del mismo período de beneficios.
- † Extra \$20 en marcas seleccionadas.
- Los miembros pueden usar sus beneficios de la red en línea en Eyeconic.com.
- ‡‡‡ El sistema VSP considera que los lentes de contacto equivalen a un par completo de gafas (lentes y monturas), de manera que si bien el miembro puede obtener lentes de contacto un año y gafas estándar al año siguiente, el beneficio de montura no estaría disponible hasta cumplirse los 24 meses o dos años calendario, según el diseño del plan, a partir de la fecha en que el miembro obtuvo los lentes de contacto.
- Examen de revisión de retina de rutina dentro de la red cubierto después de un copago de no más de \$39.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

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

indicados anteriormente no constituyen un contrato y se ofrecen a modo de resumen. Los documentos del plan de Guardian son el árbitro definitivo de la cobertura. Contrato N° GP-I-VSN-96-VIS y otros.

Cirugía correctiva con láser:

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

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

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

Formulario de la póliza # GP-I-GVSN-I7

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE



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 \$20,000 para todos los empleados a tiempo completo.	Incrementos de \$10,000 hasta un máximo de \$500,000. Consulte la página de Modelo de costos para conocer más detalles.
Muerte Accidental y Pérdida de Miembro(s)	Su cobertura de Vida básico incluye cobertura mejorada por Muerte Accidental y Pérdida de Miembro(s).	Cobertura mejorada de empleado, cónyuge e hijos. Máximo 1 veces la cantidad del seguro de vida.
Beneficio para el cónyuge/pareja doméstica	N/A	Incrementos de \$5,000 hasta un máximo de \$250,000. Consulte la página de Modelo de costos para conocer más detalles. [‡]
Beneficio por hijo	N/A	Niños de nacimiento [†] a 26 años de edad. Puede elegir una de las siguientes opciones de beneficio: \$2,000, \$5,000, \$10,000. Sujeto a limitaciones del estado. Consulte la página de Modelo de costos para conocer más detalles.



Su cobertura de vida

	VIDA BÁSICO	SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO A PLAZO
Emisión garantizada: “Garantizada” significa que usted no está obligado a responder preguntas de salud para tener derecho a recibir cobertura hasta el monto especificado, inclusive, cuando contrata la cobertura durante el plazo de inscripción inicial.	Garantizamos la emisión hasta \$20,000 por empleado	Emisión garantizada hasta: Empleado Menores de 65 años \$100,000, de 65 a 69 años \$50,000, mas de 70 años \$10,000. Cónyuge Menores de 65 años \$25,000, de 65 a 69 años \$10,000. Hijos dependientes \$10,000.
Primas	Cobertura pagada por su compañía, si cumple con los requisitos de elegibilidad	Aumento en aniversario del plan una vez que se ingresa a la próxima franja de edad de 5 años
Portabilidad: Le permite llevarse su cobertura con usted si finaliza la relación de trabajo.	Sí, con restricciones de edad y algunas otras, incluyendo evidencia de asegurabilidad	Sí, con restricciones de edad y algunas otras
Conversión: Le permite continuar la cobertura de discapacidad una vez que haya finalizado su plan de grupo.	Sí, con restricciones; consultar certificado de beneficios	Sí, con restricciones; consultar certificado de beneficios
Dispensa de primas: No deberá pagar las primas si sufre una discapacidad total.	Para empleados incapacitados antes de los 60 años de edad, con 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.	35% a la edad de 70, 60% a la edad de 70, 65% a la edad de 80	35% a la edad de 70, 50% a la edad de 75, 65% a la edad de 80

Sujeto a límites de cobertura

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

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

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

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

Modelos de costo de vida voluntario:

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

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	\$1.17	\$1.17	\$1.47	\$2.05	\$2.97	\$4.41	\$7.38	\$8.17	\$13.59
\$20,000	\$2.34	\$2.34	\$2.94	\$4.10	\$5.94	\$8.82	\$14.76	\$16.34	\$27.18
\$30,000	\$3.51	\$3.51	\$4.41	\$6.15	\$8.91	\$13.23	\$22.14	\$24.51	\$40.77
\$40,000	\$4.68	\$4.68	\$5.88	\$8.20	\$11.88	\$17.64	\$29.52	\$32.68	\$54.36
\$50,000	\$5.85	\$5.85	\$7.35	\$10.25	\$14.85	\$22.05	\$36.90	\$40.85	\$67.95
\$60,000	\$7.02	\$7.02	\$8.82	\$12.30	\$17.82	\$26.46	\$44.28	\$49.02	\$81.54
\$70,000	\$8.19	\$8.19	\$10.29	\$14.35	\$20.79	\$30.87	\$51.66	\$57.19	\$95.13
\$80,000	\$9.36	\$9.36	\$11.76	\$16.40	\$23.76	\$35.28	\$59.04	\$65.36	\$108.72
\$90,000	\$10.53	\$10.53	\$13.23	\$18.45	\$26.73	\$39.69	\$66.42	\$73.53	\$122.31
\$100,000	\$11.70	\$11.70	\$14.70	\$20.50	\$29.70	\$44.10	\$73.80	\$81.70	\$135.90
\$110,000	\$12.87	\$12.87	\$16.17	\$22.55	\$32.67	\$48.51	\$81.18	\$89.87	\$149.49
\$120,000	\$14.04	\$14.04	\$17.64	\$24.60	\$35.64	\$52.92	\$88.56	\$98.04	\$163.08
\$130,000	\$15.21	\$15.21	\$19.11	\$26.65	\$38.61	\$57.33	\$95.94	\$106.21	\$176.67
\$140,000	\$16.38	\$16.38	\$20.58	\$28.70	\$41.58	\$61.74	\$103.32	\$114.38	\$190.26
\$150,000	\$17.55	\$17.55	\$22.05	\$30.75	\$44.55	\$66.15	\$110.70	\$122.55	\$203.85
\$160,000	\$18.72	\$18.72	\$23.52	\$32.80	\$47.52	\$70.56	\$118.08	\$130.72	\$217.44
\$170,000	\$19.89	\$19.89	\$24.99	\$34.85	\$50.49	\$74.97	\$125.46	\$138.89	\$231.03
\$180,000	\$21.06	\$21.06	\$26.46	\$36.90	\$53.46	\$79.38	\$132.84	\$147.06	\$244.62
\$190,000	\$22.23	\$22.23	\$27.93	\$38.95	\$56.43	\$83.79	\$140.22	\$155.23	\$258.21
\$200,000	\$23.40	\$23.40	\$29.40	\$41.00	\$59.40	\$88.20	\$147.60	\$163.40	\$271.80
\$210,000	\$24.57	\$24.57	\$30.87	\$43.05	\$62.37	\$92.61	\$154.98	\$171.57	\$285.39
\$220,000	\$25.74	\$25.74	\$32.34	\$45.10	\$65.34	\$97.02	\$162.36	\$179.74	\$298.98
\$230,000	\$26.91	\$26.91	\$33.81	\$47.15	\$68.31	\$101.43	\$169.74	\$187.91	\$312.57
\$240,000	\$28.08	\$28.08	\$35.28	\$49.20	\$71.28	\$105.84	\$177.12	\$196.08	\$326.16
\$250,000	\$29.25	\$29.25	\$36.75	\$51.25	\$74.25	\$110.25	\$184.50	\$204.25	\$339.75
\$260,000	\$30.42	\$30.42	\$38.22	\$53.30	\$77.22	\$114.66	\$191.88	\$212.42	\$353.34
\$270,000	\$31.59	\$31.59	\$39.69	\$55.35	\$80.19	\$119.07	\$199.26	\$220.59	\$366.93
\$280,000	\$32.76	\$32.76	\$41.16	\$57.40	\$83.16	\$123.48	\$206.64	\$228.76	\$380.52

Modelos de costo de vida voluntario *continuación*

	< 30	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69†
\$290,000	\$33.93	\$33.93	\$42.63	\$59.45	\$86.13	\$127.89	\$214.02	\$236.93	\$394.11
\$300,000	\$35.10	\$35.10	\$44.10	\$61.50	\$89.10	\$132.30	\$221.40	\$245.10	\$407.70
\$310,000	\$36.27	\$36.27	\$45.57	\$63.55	\$92.07	\$136.71	\$228.78	\$253.27	\$421.29
\$320,000	\$37.44	\$37.44	\$47.04	\$65.60	\$95.04	\$141.12	\$236.16	\$261.44	\$434.88
\$330,000	\$38.61	\$38.61	\$48.51	\$67.65	\$98.01	\$145.53	\$243.54	\$269.61	\$448.47
\$340,000	\$39.78	\$39.78	\$49.98	\$69.70	\$100.98	\$149.94	\$250.92	\$277.78	\$462.06
\$350,000	\$40.95	\$40.95	\$51.45	\$71.75	\$103.95	\$154.35	\$258.30	\$285.95	\$475.65
\$360,000	\$42.12	\$42.12	\$52.92	\$73.80	\$106.92	\$158.76	\$265.68	\$294.12	\$489.24
\$370,000	\$43.29	\$43.29	\$54.39	\$75.85	\$109.89	\$163.17	\$273.06	\$302.29	\$502.83
\$380,000	\$44.46	\$44.46	\$55.86	\$77.90	\$112.86	\$167.58	\$280.44	\$310.46	\$516.42
\$390,000	\$45.63	\$45.63	\$57.33	\$79.95	\$115.83	\$171.99	\$287.82	\$318.63	\$530.01
\$400,000	\$46.80	\$46.80	\$58.80	\$82.00	\$118.80	\$176.40	\$295.20	\$326.80	\$543.60
\$410,000	\$47.97	\$47.97	\$60.27	\$84.05	\$121.77	\$180.81	\$302.58	\$334.97	\$557.19
\$420,000	\$49.14	\$49.14	\$61.74	\$86.10	\$124.74	\$185.22	\$309.96	\$343.14	\$570.78
\$430,000	\$50.31	\$50.31	\$63.21	\$88.15	\$127.71	\$189.63	\$317.34	\$351.31	\$584.37
\$440,000	\$51.48	\$51.48	\$64.68	\$90.20	\$130.68	\$194.04	\$324.72	\$359.48	\$597.96
\$450,000	\$52.65	\$52.65	\$66.15	\$92.25	\$133.65	\$198.45	\$332.10	\$367.65	\$611.55
\$460,000	\$53.82	\$53.82	\$67.62	\$94.30	\$136.62	\$202.86	\$339.48	\$375.82	\$625.14
\$470,000	\$54.99	\$54.99	\$69.09	\$96.35	\$139.59	\$207.27	\$346.86	\$383.99	\$638.73
\$480,000	\$56.16	\$56.16	\$70.56	\$98.40	\$142.56	\$211.68	\$354.24	\$392.16	\$652.32
\$490,000	\$57.33	\$57.33	\$72.03	\$100.45	\$145.53	\$216.09	\$361.62	\$400.33	\$665.91
\$500,000	\$58.50	\$58.50	\$73.50	\$102.50	\$148.50	\$220.50	\$369.00	\$408.50	\$679.50
Monto de póliza seleccionado									
<i>Cónyuge/pareja doméstica</i>									
\$5,000	\$.59	\$.59	\$.74	\$1.03	\$1.49	\$2.21	\$3.69	\$4.09	\$6.80
\$10,000	\$1.17	\$1.17	\$1.47	\$2.05	\$2.97	\$4.41	\$7.38	\$8.17	\$13.59
\$15,000	\$1.76	\$1.76	\$2.21	\$3.08	\$4.46	\$6.62	\$11.07	\$12.26	\$20.39
\$20,000	\$2.34	\$2.34	\$2.94	\$4.10	\$5.94	\$8.82	\$14.76	\$16.34	\$27.18
\$25,000	\$2.93	\$2.93	\$3.68	\$5.13	\$7.43	\$11.03	\$18.45	\$20.43	\$33.98
\$30,000	\$3.51	\$3.51	\$4.41	\$6.15	\$8.91	\$13.23	\$22.14	\$24.51	\$40.77
\$35,000	\$4.10	\$4.10	\$5.15	\$7.18	\$10.40	\$15.44	\$25.83	\$28.60	\$47.57
\$40,000	\$4.68	\$4.68	\$5.88	\$8.20	\$11.88	\$17.64	\$29.52	\$32.68	\$54.36
\$45,000	\$5.27	\$5.27	\$6.62	\$9.23	\$13.37	\$19.85	\$33.21	\$36.77	\$61.16

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

RIVERSIDE MAGNOLIA CORP. AND MARK & FRED ENT. DBA: EXTENDED CARE HOSPITAL OF WESTMINSTER

ALL OTHER MEMBERS OTHER THAN OFFICERS AND SUPERVISORS

Kit creado 09/12/2025

Número de Grupo: 00531743

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	\$5.85	\$5.85	\$7.35	\$10.25	\$14.85	\$22.05	\$36.90	\$40.85	\$67.95
\$55,000	\$6.44	\$6.44	\$8.09	\$11.28	\$16.34	\$24.26	\$40.59	\$44.94	\$74.75
\$60,000	\$7.02	\$7.02	\$8.82	\$12.30	\$17.82	\$26.46	\$44.28	\$49.02	\$81.54
\$65,000	\$7.61	\$7.61	\$9.56	\$13.33	\$19.31	\$28.67	\$47.97	\$53.11	\$88.34
\$70,000	\$8.19	\$8.19	\$10.29	\$14.35	\$20.79	\$30.87	\$51.66	\$57.19	\$95.13
\$75,000	\$8.78	\$8.78	\$11.03	\$15.38	\$22.28	\$33.08	\$55.35	\$61.28	\$101.93
\$80,000	\$9.36	\$9.36	\$11.76	\$16.40	\$23.76	\$35.28	\$59.04	\$65.36	\$108.72
\$85,000	\$9.95	\$9.95	\$12.50	\$17.43	\$25.25	\$37.49	\$62.73	\$69.45	\$115.52
\$90,000	\$10.53	\$10.53	\$13.23	\$18.45	\$26.73	\$39.69	\$66.42	\$73.53	\$122.31
\$95,000	\$11.12	\$11.12	\$13.97	\$19.48	\$28.22	\$41.90	\$70.11	\$77.62	\$129.11
\$100,000	\$11.70	\$11.70	\$14.70	\$20.50	\$29.70	\$44.10	\$73.80	\$81.70	\$135.90
\$105,000	\$12.29	\$12.29	\$15.44	\$21.53	\$31.19	\$46.31	\$77.49	\$85.79	\$142.70
\$110,000	\$12.87	\$12.87	\$16.17	\$22.55	\$32.67	\$48.51	\$81.18	\$89.87	\$149.49
\$115,000	\$13.46	\$13.46	\$16.91	\$23.58	\$34.16	\$50.72	\$84.87	\$93.96	\$156.29
\$120,000	\$14.04	\$14.04	\$17.64	\$24.60	\$35.64	\$52.92	\$88.56	\$98.04	\$163.08
\$125,000	\$14.63	\$14.63	\$18.38	\$25.63	\$37.13	\$55.13	\$92.25	\$102.13	\$169.88
\$130,000	\$15.21	\$15.21	\$19.11	\$26.65	\$38.61	\$57.33	\$95.94	\$106.21	\$176.67
\$135,000	\$15.80	\$15.80	\$19.85	\$27.68	\$40.10	\$59.54	\$99.63	\$110.30	\$183.47
\$140,000	\$16.38	\$16.38	\$20.58	\$28.70	\$41.58	\$61.74	\$103.32	\$114.38	\$190.26
\$145,000	\$16.97	\$16.97	\$21.32	\$29.73	\$43.07	\$63.95	\$107.01	\$118.47	\$197.06
\$150,000	\$17.55	\$17.55	\$22.05	\$30.75	\$44.55	\$66.15	\$110.70	\$122.55	\$203.85
\$155,000	\$18.14	\$18.14	\$22.79	\$31.78	\$46.04	\$68.36	\$114.39	\$126.64	\$210.65
\$160,000	\$18.72	\$18.72	\$23.52	\$32.80	\$47.52	\$70.56	\$118.08	\$130.72	\$217.44
\$165,000	\$19.31	\$19.31	\$24.26	\$33.83	\$49.01	\$72.77	\$121.77	\$134.81	\$224.24
\$170,000	\$19.89	\$19.89	\$24.99	\$34.85	\$50.49	\$74.97	\$125.46	\$138.89	\$231.03
\$175,000	\$20.48	\$20.48	\$25.73	\$35.88	\$51.98	\$77.18	\$129.15	\$142.98	\$237.83
\$180,000	\$21.06	\$21.06	\$26.46	\$36.90	\$53.46	\$79.38	\$132.84	\$147.06	\$244.62
\$185,000	\$21.65	\$21.65	\$27.20	\$37.93	\$54.95	\$81.59	\$136.53	\$151.15	\$251.42
\$190,000	\$22.23	\$22.23	\$27.93	\$38.95	\$56.43	\$83.79	\$140.22	\$155.23	\$258.21
\$195,000	\$22.82	\$22.82	\$28.67	\$39.98	\$57.92	\$86.00	\$143.91	\$159.32	\$265.01
\$200,000	\$23.40	\$23.40	\$29.40	\$41.00	\$59.40	\$88.20	\$147.60	\$163.40	\$271.80
\$205,000	\$23.99	\$23.99	\$30.14	\$42.03	\$60.89	\$90.41	\$151.29	\$167.49	\$278.60

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

RIVERSIDE MAGNOLIA CORP. AND MARK & FRED ENT. DBA: EXTENDED CARE HOSPITAL OF WESTMINSTER

ALL OTHER MEMBERS OTHER THAN OFFICERS AND SUPERVISORS

Kit creado 09/12/2025
Número de Grupo: 00531743

Modelos de costo de vida voluntario *continuación*

	< 30	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65–69†
\$210,000	\$24.57	\$24.57	\$30.87	\$43.05	\$62.37	\$92.61	\$154.98	\$171.57	\$285.39
\$215,000	\$25.16	\$25.16	\$31.61	\$44.08	\$63.86	\$94.82	\$158.67	\$175.66	\$292.19
\$220,000	\$25.74	\$25.74	\$32.34	\$45.10	\$65.34	\$97.02	\$162.36	\$179.74	\$298.98
\$225,000	\$26.33	\$26.33	\$33.08	\$46.13	\$66.83	\$99.23	\$166.05	\$183.83	\$305.78
\$230,000	\$26.91	\$26.91	\$33.81	\$47.15	\$68.31	\$101.43	\$169.74	\$187.91	\$312.57
\$235,000	\$27.50	\$27.50	\$34.55	\$48.18	\$69.80	\$103.64	\$173.43	\$192.00	\$319.37
\$240,000	\$28.08	\$28.08	\$35.28	\$49.20	\$71.28	\$105.84	\$177.12	\$196.08	\$326.16
\$245,000	\$28.67	\$28.67	\$36.02	\$50.23	\$72.77	\$108.05	\$180.81	\$200.17	\$332.96
\$250,000	\$29.25	\$29.25	\$36.75	\$51.25	\$74.25	\$110.25	\$184.50	\$204.25	\$339.75
Monto de póliza seleccionado									
Hijo(s)									
\$2,000	\$0.44	\$0.44	\$0.44	\$0.44	\$0.44	\$0.44	\$0.44	\$0.44	\$0.44
\$5,000	\$1.11	\$1.11	\$1.11	\$1.11	\$1.11	\$1.11	\$1.11	\$1.11	\$1.11
\$10,000	\$2.22	\$2.22	\$2.22	\$2.22	\$2.22	\$2.22	\$2.22	\$2.22	\$2.22

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.

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

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)

Employee Assistance Program

Todos necesitamos un poco de ayuda de vez en cuando.

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

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

Cómo puede utilizarlo



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



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



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

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

Los servicios 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 creado y ofrecido solamente por Integrated Behavioral Health, Inc. (IBH), comercialmente Uprise Health. 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. Sólo el Acuerdo de servicio de plan estipula los términos, servicios, limitaciones y exclusiones reales. Guardian e IBH 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, IBH o su empleador. El Employee Assistance Program cualquier servicio ofrecido dentro del Programa no es un beneficio de seguro y es posible que no esté disponible en todos los estados.



Como acceder



Visite

worklife.uprisehealth.com



Código de acceso
worklife



Llame al

1 800 386 7055

Ayuda de crisis disponible las 24 horas.

Horario de atención:

De lunes a viernes, de 6 a.m. a 5 p.m., PST.

WillPrep

Proteja a sus seres queridos con una amplia gama de servicios dedicados diseñados para su familia.

Los servicios de WillPrep incluyen una variedad de recursos que le facilitan la tarea de preparar un testamento.

Estos van desde una biblioteca de documentos de planificación en línea hasta el acceso a profesionales con experiencia que pueden ayudarlo con los detalles más complicados.

Cómo puede utilizarlo



Acceda a documentos simples que incluyen testamentos y poderes notariales.



Hable con los consultores para discutir la planificación patrimonial.



Prepare su testamento con la ayuda o el apoyo de un abogado.

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 WillPrep son prestados por Uprise Health y sus contratistas. The Guardian Life Insurance Company of America (Guardian) no proporciona ninguno de los servicios de WillPrep. Guardian no tiene responsabilidad ni obligación alguna respecto a la atención o el asesoramiento prestado por otros proveedores o recursos dentro del programa. La presente información se suministra con fines ilustrativos únicamente. No es un contrato. Solo el Acuerdo de Administración estipula los términos, servicios, limitaciones y exclusiones reales. Guardian e Uprise Health se reservan el derecho de interrumpir los servicios de WillPrep en cualquier momento y sin aviso. No se brindarán servicios legales en relación con Guardian, Uprise Health o su empleador, ni en relación con la preparación de ninguna demanda contra ellos.



Cómo acceder

Para acceder a los servicios de WillPrep, deberá contar con algunos datos personales.



Visite

willprep.uprisehealth.com



Usuario

WillPrep



Contraseña

GLIC09

Para obtener más información o asistencia, puede comunicarse por teléfono al **1 877 433 6789**.

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.

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/notice49> 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.

Servicios de idiomas sin costo

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

Visite <https://www.guardiananytime.com/notice47> para obtener más información.

Seguro dental



Plan DHMO y Programas de ortodoncia, Limitaciones y exclusiones, Letra chica

Puede incluir una o más de las siguientes publicaciones, según el plan y el estado: Gastos del bolsillo del empleado según los códigos CDT, resumen breve de las limitaciones y exclusiones aplicables al plan DHMO y normas importantes del plan para: tratamiento alternativo y de emergencia, coronas, puentes y dentaduras postizas; servicios pediátricos; segundas opiniones quirúrgicas; metal noble y metal noble superior; anestesia general y sedación intravenosa; tratamiento ortodóntico; tratamiento en curso y continuidad de la atención.

Visite <https://www.guardiananytime.com/notice235> para obtener más información.



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.

Seguro de visión



Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA de Guardian

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

Visite <https://www.guardiananytime.com/notice50> para obtener más información.

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

Por favor escribir claramente y marcar con cuidado.

Nombre del Empleador/Titular del plan RIVERSIDE MAGNOLIA CORP. AND MARK & FRED ENT. DBA:		Número de plan colectivo: 00531743	Beneficios con vigencia a partir de: _____
POR FAVOR MARCAR EL CASILLERO QUE CORRESPONDA			
☐ Inscripción inicial		☐ Agregar Empleados/Miembros Dependientes/Familiares	
☐ Modificar información		☐ Cancelar/rechazar cobertura	
En este formulario, se le denominará Empleado/Miembro. Sus familiares se denominarán como Dependientes/Familiares. También habrá ocasiones en las que, cuando se haga referencia a los Dependientes/Familiares, este formulario distinga entre su cónyuge y sus hijos. Según el tipo de plan que su Titular del plan haya seleccionado, otros documentos del plan pueden referirse a usted como empleado, miembro o un término similar, y, a los integrantes de su familia, como familiares, dependientes, dependientes elegibles o un término similar. Consulte la póliza de grupo, el certificado de cobertura, (a veces llamado guía para miembros), para ver cómo se definen los términos y determinar qué familiares tienen derecho a la cobertura. Los documentos del plan, como la póliza de grupo, el certificado de cobertura, (a veces llamado guía para miembros) controlan si hay alguna disputa sobre el significado de los términos utilizados en este formulario.			

Clase: ALL OTHER MEMBERS OTHER THAN OFFICERS AND SUPERVISORS 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: ☐ M ☐ F Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____					
Teléfono: (indicar primaria): ☐ la casa (____) ____ - ____ ☐ trabajar (____) ____ - ____ ☐ el telefono movil (____) ____ - ____					
Dirección de correo electrónico: (indicar primaria) ☐ la casa _____ ☐ trabajar _____					
¿Está casado o tiene pareja o Asociación doméstica? ☐ Sí ☐ No Fecha de matrimonio/unión/Asociación doméstica: ____ - ____ - ____ Tiene hijos u otros dependientes? ☐ Sí ☐ No Fecha de adopción de hijo adoptado: ____ - ____ - ____					

<u>Acerca de su trabajo:</u>		Horas trabajadas por semana: _____	Puesto de trabajo: _____
Condición de trabajo: ☐ Activo ☐ Jubilad ☐ 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 en 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 (Siempre que el término cónyuge aparezca en este formulario, también incluye Asociación doméstica)		Identidad de Género: ☐ M ☐ F	Número de seguro social _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - ____ - ____	
Domicilio/Ciudad/Estado/Codigo postal: Teléfono: () -				
Hijo/dependiente 1: Domicilio/Ciudad/Estado/Codigo postal: Teléfono: () -	☐ Agregar ☐ Cancelar	Identidad de Género: ☐ M ☐ F	Número de seguro social _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - ____ - ____	Condición (marque según corresponda) ☐ Estudiante (educación superior) ☐ Discapacitado ☐ Dependiente no común
Hijo/dependiente 2: Domicilio/Ciudad/Estado/Codigo postal: Teléfono: () -	☐ Agregar ☐ Cancelar	Identidad de Género: ☐ M ☐ F	Número de seguro social _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - ____ - ____	Condición (marque según corresponda) ☐ Estudiante (educación superior) ☐ Discapacitado ☐ Dependiente no común
Hijo/dependiente 3: Domicilio/Ciudad/Estado/Codigo postal: Teléfono: () -	☐ Agregar ☐ Cancelar	Identidad de Género: ☐ M ☐ F	Número de seguro social _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - ____ - ____	Condición (marque según corresponda) ☐ Estudiante (educación superior) ☐ Discapacitado ☐ Dependiente no común
Hijo/dependiente 4: Domicilio/Ciudad/Estado/Codigo postal: Teléfono: () -	☐ Agregar ☐ Cancelar	Identidad de Género: ☐ M ☐ F	Número de seguro social _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - ____ - ____	Condición (marque según corresponda) ☐ Estudiante (educación superior) ☐ Discapacitado ☐ Dependiente no común

Cancelar cobertura:

☐ Cancelar Empleado/Miembro ☐ Cancelar Dependientes/Familiares

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

Último día de cobertura: ____ - ____ - ____

☐ Extinción de la relación laboral ☐ Jubilación

Último día trabajado: ____ - ____ - ____

☐ Otra razón: _____

Fecha del evento: ____ - ____ - ____

Cobertura a cancelar:

☐ Seguro dental ☐ Empleado/Miembro ☐ Conyuge ☐ Hijo(s)
☐ Plan de Visión ☐ Empleado/Miembro ☐ Conyuge ☐ Hijo(s)
☐ Seguro de vida a término básico
☐ Vida a término voluntario ☐ Empleado/Miembro ☐ Conyuge ☐ Hijo(s)

Pérdida de otra cobertura:

☐ Extinción de la relación laboral: ____ - ____ - ____
☐ Divorcio ____ - ____ - ____
☐ Muerte del cónyuge o pareja ____ - ____ - ____
☐ Finalización o vencimiento de la cobertura ____ - ____ - ____
Pérdida de la cobertura ☐ Seguro dental ☐ Vista

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

☐ Estoy cubierto por otro plan de seguros.
☐ Otros _____
 (es posible que se solicite información adicional)

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

Su prima mensual	Empleado/Miembro solamente	Empleado/Miembro + 1 dependiente	Empleado/Miembro, cónyuge o pareja y dependientes/hijos
Full Feature	☐ \$9.30	☐ \$18.80	☐ \$26.40

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

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

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

NOTA: ESTA COBERTURA NO ESTÁ DISPONIBLE PARA PERSONAS QUE 1) TENGAN 65 AÑOS DE EDAD O MÁS QUE ESTÉN CUBIERTAS POR MEDICARE PARTE A Y PARTE B Y UNA PÓLIZA, CERTIFICADO O CONTRATO DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE MEDICARE PARA LA COBERTURA DE CARGOS EXCESIVOS EN VIRTUD DE MEDICARE PARTE B O 2) TENGAN 65 AÑOS DE EDAD O MÁS Y LA ADQUISICIÓN DE LA COBERTURA TUVIERA COMO RESULTADO UNA COBERTURA DE BENEFICIOS MÉDICOS POR MÁS DEL 100% DE LOS GASTOS MÉDICOS REALES.

A la fecha de solicitud, ¿usted o su cónyuge dependiente cumplen con los requisitos indicados en el punto 1 o 2 de la sección "Nota" anterior? Si responde "Sí" a cualquiera de las preguntas, no se emitirá un certificado.

Empleado/Miembro: ☐ Sí ☐ No

Cónyuge: ☐ Sí ☐ No ☐ No Aplicable* * Marque No Aplicable solo si no inscribe a este dependiente

Hijo(s): ☐ Sí ☐ No ☐ No Aplicable* * Marque No Aplicable solo si no inscribe a este dependiente

Si responde "No", continúe con la siguiente sección. Si responde "Sí" a cualquiera de las preguntas, no se emitirá un certificado.

Su prima Mensual	Empleado/Miembro solamente	Empleado/Miembro y cónyuge o pareja	Empleado/Miembro + 1 dependiente	Empleado/Miembro y dependientes/hijos	Empleado/Miembro, cónyuge o pareja y dependientes/hijos
Opción 1: Managed Dental Care	☐ \$9.30	☐ \$20.10	☐	☐ \$23.37	☐ \$34.18
Opción 2: PPO	☐ \$50.41	☐ \$103.90	☐	☐ \$110.88	☐ \$173.67

- Si elige el Plan Prepago, debe tener un Dentista de Cabecera (PCD). Sírvase designar a su Dentista de Cabecera indicando el número de ubicación del consultorio dental para cada persona. Visite guardianlife.com y obtenga una lista de proveedores. Si usted no selecciona un Dentista de Cabecera, nosotros le asignaremos uno.

Empleado/Miembro _____ Cónyuge o pareja _____ Hijos _____

Cuando elija dental (para usted y/o sus dependientes), también recibe:

\$1,000 de cobertura Enfermedad Crítica para usted.

☐ No deseo esta cobertura porque (marque según correspondan):

- ☐ Estoy 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

☒ \$20,000

El Monto de Emisión

Garantizada es \$20,000.

* 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*

☐ \$10,000	☐ \$20,000	☐ \$30,000	☐ \$40,000	☐ \$50,000	☐ \$60,000
☐ \$70,000	☐ \$80,000	☐ \$90,000	☐ \$100,000*	☐ \$110,000	☐ \$120,000
☐ \$130,000	☐ \$140,000	☐ \$150,000	☐ \$160,000	☐ \$170,000	☐ \$180,000
☐ \$190,000	☐ \$200,000	☐ \$210,000	☐ \$220,000	☐ \$230,000	☐ \$240,000
☐ \$250,000	☐ \$260,000	☐ \$270,000	☐ \$280,000	☐ \$290,000	☐ \$300,000
☐ \$310,000	☐ \$320,000	☐ \$330,000	☐ \$340,000	☐ \$350,000	☐ \$360,000
☐ \$370,000	☐ \$380,000	☐ \$390,000	☐ \$400,000	☐ \$410,000	☐ \$420,000
☐ \$430,000	☐ \$440,000	☐ \$450,000	☐ \$460,000	☐ \$470,000	☐ \$480,000
☐ \$490,000	☐ \$500,000				

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

☐ No quiero esta cobertura

Agregar seguro de Vida Voluntario para Cónyuge o pareja

Monto de la póliza

☐ \$5,000	☐ \$10,000	☐ \$15,000	☐ \$20,000	☐ \$25,000*	☐ \$30,000
☐ \$35,000	☐ \$40,000	☐ \$45,000	☐ \$50,000	☐ \$55,000	☐ \$60,000
☐ \$65,000	☐ \$70,000	☐ \$75,000	☐ \$80,000	☐ \$85,000	☐ \$90,000
☐ \$95,000	☐ \$100,000	☐ \$105,000	☐ \$110,000	☐ \$115,000	☐ \$120,000
☐ \$125,000	☐ \$130,000	☐ \$135,000	☐ \$140,000	☐ \$145,000	☐ \$150,000
☐ \$155,000	☐ \$160,000	☐ \$165,000	☐ \$170,000	☐ \$175,000	☐ \$180,000
☐ \$185,000	☐ \$190,000	☐ \$195,000	☐ \$200,000	☐ \$205,000	☐ \$210,000
☐ \$215,000	☐ \$220,000	☐ \$225,000	☐ \$230,000	☐ \$235,000	☐ \$240,000
☐ \$245,000	☐ \$250,000				

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

**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

☐ \$2,000	☐ \$5,000	☐ \$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 o pareja 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: () - _____

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.
- 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 posteriormente decide inscribirse, es posible que se apliquen sanciones por inscripción tardía. También es posible que deba proporcionar, a su propio cargo, prueba de la asegurabilidad de cada persona. El tutor o la persona designada por este tiene derecho a rechazar su solicitud.
- Entiendo que estará vigente hasta que sea aprobada por Guardian o su suscriptor designado
- Por el presente solicito los beneficios colectivos que he seleccionado más arriba.
- Entiendo que, para recibir las coberturas que he elegido más arriba, debo reunir los requisitos exigidos.
- Acepto que mi empleador/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.
- "La ley de California prohíbe que las compañías de seguros de salud soliciten o usen una prueba de VIH como condición para obtener la cobertura del seguro de salud."

La falsedad de cualquier declaración en la solicitud de esta cobertura no impedirá el derecho a la recuperación en virtud de la póliza, a menos que dicha declaración falsa se haya realizado con la intención real de engañar o a menos que afecte materialmente la aceptación del riesgo o el peligro asumido por The Guardian. Compañía de Seguros de Vida de América.

La ley de California requiere que las aseguradoras que ofrecen pólizas o certificados de Accidente, Cáncer, Enfermedad Crítica e Indemnización Hospitalaria deben exigir que la persona asegurada tenga cobertura para beneficios de salud esenciales o cobertura esencial mínima tal como se define en la ley federal. Si no tiene los beneficios de salud esenciales o la cobertura esencial mínima tal como se define en la ley federal, no puede inscribirse en la cobertura de accidentes, cáncer, enfermedades graves o indemnización hospitalaria. Con su firma a continuación, usted confirma afirmativamente que usted y los dependientes que están cubiertos están cubiertos por los beneficios de salud esenciales o la cobertura esencial mínima tal como se define en la ley federal.

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.

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.

Nueva York: Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información acerca de hechos esenciales para la reclamación, comete un acto fraudulento de seguro, el cual constituye un delito, y también estará sujeta a una sanción civil de hasta cinco mil dólares y el valor establecido de la reclamación por cada violación. (No se aplica al seguro de vida).

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.

