



## 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](http://www.mayoclinic.com), 2021.

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



## Su cobertura dental

**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 un percentil de los datos de honorarios vigentes para el código postal del dentista.

Su plan dental	<b>PPO</b>	
	Nivel 1	Nivel 2
<b>Su red es</b> DentalGuard Preferred Network	In-Network	Out-of-Network
<b>Su prima Mensual</b>	<b>\$22.73</b>	
Usted y su cónyuge	\$46.13	
Usted y sus hijos	\$67.22	
Usted, su cónyuge y sus hijos	\$97.47	
<b>Deducible por Año calendario</b>	<i>Nivel 1</i>	<i>Nivel 2</i>
Individual	\$50	\$50
Límite familiar	3 por familia (se aplica a todos los niveles)	
No aplicable a	Preventiva	Preventiva
<b>Cargos cubiertos para usted</b> (coseguro)	<i>Nivel 1</i>	<i>Nivel 2</i>
Atención preventiva	100%	100%
Atención básica	80%	80%
Atención mayor	50%	50%
Ortodoncia	50%	50%
<b>Beneficio máximo anual</b>	\$1000 (se aplica a todos los niveles)	
<b>Traslado del Máximo</b>	Sí (se aplica a todos los niveles)	
Límite de Traslado	\$500	
Importe Trasladable	\$250	
Importe Trasladable Dentro de la Red	\$350	
Límite Trasladable de la Cuenta	\$1000	
<b>Beneficio Máximo de por Vida para Ortodoncia</b>	\$1000 (se aplica a todos los niveles)	
<b>Límites de edad del dependiente</b>	26 (se aplica a todos los niveles)	



# Su cobertura dental

## Una muestra de servicios cubiertos for su plan:

		<b>PPO</b> <i>El plan paga (en promedio)</i>	
		Nivel 1	Nivel 2
Atención preventiva	Limpieza (profilaxis) Frecuencia:	100%	100%
	Tratamientos con fluoruro Límites:	Una vez cada 6 meses (se aplica a todos los niveles)	
	Exámenes bucales	100%	100%
	Selladores (por diente)	100%	100%
	Radiografías	100%	100%
Atención básica	Empastes‡	80%	80%
	Mantenimiento periodontal Frecuencia:	80%	80%
Atención mayor	Anestesia*	50%	50%
	Puentes y dentaduras postizas	50%	50%
	Incrustaciones, incrustaciones oclusales, fundas**	50%	50%
	Cirugía periodontal	50%	50%
	Reparación y mantenimiento de coronas, puentes y dentaduras postizas	50%	50%
	Tratamiento de conducto/raíz	50%	50%
	Raspado y alisado radicular (por cuadrante)	50%	50%
	Extracciones simples	50%	50%
	Coronas individuales	50%	50%
Extracciones complejas	50%	50%	
Ortodoncia	Ortodoncia Límites:	50%	50%
		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](http://www.Guardianlife.com) y confirme su participación de Dentista estructurada por niveles.

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



# Su cobertura dental

## Gestione sus beneficios:

Visite [www.Guardianlife.com](http://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](http://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.

## EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

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

- restauradores, endodónticos, periodónticos y protodónticos. Los servicios, exclusiones, y limitaciones indicados anteriormente no constituyen un contrato y se ofrecen a modo de resumen únicamente. Los documentos del plan de Guardian son el árbitro definitivo de la cobertura. Contrato N° DG7-P y otros.
- **Limitación Especial de Reintegro y/o PPO:** Pérdida o falta de dientes antes de que la persona cubierta quede asegurada por este plan. La persona cubierta puede tener uno o más dientes faltantes de nacimiento o haber perdido uno o más dientes antes de quedar asegurada por este plan. No pagaremos los dispositivos protésicos que reemplacen a dichos dientes, salvo que los dispositivos también reemplacen a uno o más dientes naturales perdidos o extraídos después de que la persona haya quedado cubierta por este plan. R3-DG7

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

# 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
<b>\$1,000</b> Reembolso del máximo de reclamaciones	<b>\$500</b> Monto de reclamaciones que determina la elegibilidad para el traspaso	<b>\$250</b> Se agrega dinero adicional al máximo anual de un plan para años futuros	<b>\$350</b> Se agrega dinero adicional si solo se utilizaron proveedores de la red durante el año de beneficio	<b>\$1,000</b> 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.

**ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE**



# 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:** Con el plan **Full Feature**, si visita a uno de los centros de la red de Davis Vision, incluidos los situados en las tiendas Costco®, Wal-Mart®, JCPenney®, Target®, Sam's Club®, Pearle®, Visionworks®, y Warby Parker® pagará mucho menos de su bolsillo. También puede usar los beneficios de su red por Internet en Visionworks®.com, glasses®.com, WarbyParker®.com, o 1800contacts®.com.

Su plan de visión	Full Feature - Designer	
<b>Su red es</b>	Davis Vision	
<b>Su prima mensual</b>	<b>\$ 4.49</b>	
Usted y su cónyuge	\$ 8.49	
Usted y sus hijos	\$ 8.65	
Usted, su cónyuge e hijo(s)	\$ 13.70	
<b>Copago</b>		
Copago de exámenes	\$ 10	
Copago de materiales (renunciado para lentes de contacto electivos)	\$ 25	
<b>Muestra de servicios cubiertos</b>	<i>Usted paga (después del copago, si corresponde):</i>	
	<i>Dentro de la red</i>	<i>Fuera de la red</i>
Examen de vista	\$0	Monto por encima de \$50
Lentes monofocales	\$0	Monto por encima de \$48
Lentes bifocales con línea divisora	\$0	Monto por encima de \$67
Lentes trifocales con línea divisora	\$0	Monto por encima de \$86
Lentes lenticulares	\$0	Monto por encima de \$126
Monturas	80% de monto por encima de \$130* <sup>2</sup>	Monto por encima de \$48
Lentes de contacto ( <i>Electivo y convencional</i> )	85% de monto por encima de \$130*	Monto por encima de \$105
Lentes de contacto ( <i>recambio programado y desechables</i> )	85% de monto por encima de \$130*	Monto por encima de \$105
Lentes de contacto ( <i>necesarios por razones médicas</i> )	\$0	Monto por encima de \$210
Adiciones cosméticas	Promedio de 40% a 60% del precio minorista	Sin descuentos
Gafas ( <i>par adicional de monturas y lentes</i> )	50% en Visionworks y 30% en otros proveedores de la red	Sin descuentos
Descuentos por cirugías correctivas con láser	Ahorros del 20 al 35% del precio promedio nacional a través de la red de visión láser Davis	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)	Se aplica a la primera compra y descuento de cortesía otorgado por la mayoría de los proveedores en compras posteriores.



# Su cobertura de visión

## Su plan de visión

## Full Feature - Designer

### Límites de edad del dependiente

26

Visite nuestra página en [www.Guardianlife.com](http://www.Guardianlife.com) y seleccione "Encuentre un Proveedor"

Ésta es sólo una lista parcial de los servicios de visión. El certificado de beneficios le indicará exactamente qué se incluye y qué se excluye.

### Davis

- ‡‡Los beneficios incluyen cobertura de gafas o lentes de contacto, no ambos.
- Los lentes de contacto de la Colección Davis Vision están disponibles en la mayoría de las ubicaciones de prácticas privadas con los planes Full Feature y Materials Only. Los lentes de contacto de la colección están cubiertos en su totalidad, incluida la prueba y evaluación, en exceso del copago de materiales del plan. Los lentes de contacto electivos que no sean parte de la Colección se cubren hasta el importe autorizado para lentes de contacto electivos del plan y se dispensa el copago por materiales.
- \*No hay descuentos adicionales disponibles en todos los centros de consultorios privados. Costco, Walmart, Sam's Club, glasses.com, y 1800contacts.com no permiten descuentos adicionales.
- En el caso de Davis Vision, los anteojos completos deben comprarse en una única vez de un proveedor. Por ejemplo, si un miembro compra solamente las lentes, no puede comprar monturas luego en el mismo período de beneficios. El miembro no podrá obtener nuevos materiales de visión hasta el próximo período de beneficios. Solo los cargos de una compra inicial pueden utilizarse como monto autorizado para materiales. El saldo no utilizado restante luego de la compra inicial no puede guardarse para utilizarse en el futuro.
- <sup>2</sup>Extra \$50 en tiendas Visionworks y en Visionworks.com.
- Examen de revisión de retina de rutina dentro de la red cubierto después de un copago de no más de \$39.
- Los miembros pueden usar sus beneficios dentro de la red en visionworks.com, warbyparker.com, glasses.com y 1800contacts.com. Los descuentos adicionales no están disponibles en glasses.com o 1800contacts.com. Los descuentos pueden variar en Warby Parker.

## EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

**Información importante:** Esta póliza solo proporciona seguromédico de beneficios limitados para la atención de la visión. No proporciona seguro básico de hospital ni seguromédico básico omayor, tal como los define el New York State Insurance Department. La cobertura se limita a aquellos cargos que resultan necesarios para efectuar un examen de visión de rutina. Se aplican copagos. El plan no paga lo siguiente: ejercicios ortópticos o instrucción visual y todas las pruebas suplementarias relacionadas; tratamiento médico o quirúrgico de los ojos y exámenes de la visión o dispositivos correctivos de la vista que exija un empleador como condición para el empleo; lentes y monturas provistos por este plan que se pierdan o rompan (excepto en los intervalos normales, cuando de todas formas se ofrecerían los servicios, o cuando existe una garantía). El plan limita los beneficios para lentesmixtos, lentes de tamaño especial, lentes fotocromáticos, lentes de color, lentesmultifocales progresivos, lentes recubiertos o laminados, 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 #GP- I-DAVIS-05-VIS y otros.

### Cirugía correctiva con láser:

Los ahorros dentro de la red de un 20 % a un 35 % de descuento en el precio promedio nacional de cirugía Lasik tradicional están disponibles en más de 800 ubicaciones en toda la red nacional de proveedores de corrección de la vista con cirugía láser de Davis.

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

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

Formulario de la póliza # GP-I-GVSN-17

**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

<b>Beneficio del empleado</b>	Su empleador ofrece cobertura de Vida básico a plazo por \$15,000 para todos los empleados a tiempo completo.
<b>Muerte Accidental y Pérdida de Miembro(s)</b>	Su cobertura de Vida básico incluye cobertura por Muerte Accidental y Pérdida de Miembro(s).
<b>Emisión garantizada:</b> “Garantizada” significa que usted no está obligado a responder preguntas de salud para tener derecho a recibir cobertura hasta el monto especificado, inclusive, cuando contrata la cobertura durante el plazo de inscripción inicial.	Garantizamos la emisión hasta \$15,000 por empleado
<b>Primas</b>	Cobertura pagada por su compañía, si cumple con los requisitos de elegibilidad
<b>Portabilidad:</b> 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
<b>Conversión:</b> Le permite continuar la cobertura de discapacidad una vez que haya finalizado su plan de grupo.	Sí, con restricciones; consultar certificado de beneficios
<b>Dispensa de primas:</b> 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
<b>Reducciones de beneficios:</b> Los beneficios se reducen por un porcentaje determinado a medida que el empleado avanza en edad.	35% a la edad de 65, 60% a la edad de 70, 75% a la edad de 75, 85% a la edad de 80



# Su cobertura de vida

Sujeto a límites de cobertura

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.

**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.

GP-I-R-LB-90

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, fírmelo de forma electrónica y haga clic en "Submit" (Enviar).

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

# 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](https://guidanceresources.com)

Aplicación: GuidanceNow<sup>SM</sup>  
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



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



**Llame al**

**1 855 239 0743**

TRS: Dial 711



**Visite**

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

Aplicación: GuidanceNow<sup>SM</sup>  
Ingrese el código  
promocional:  
Guardian

**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.

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

© Copyright 2024 The Guardian Life Insurance Company of America

2024-167514 (1/26)



# Nuestro compromiso con usted

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

---

## Información importante



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

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

Visite <https://www.guardiananytime.com/notice48> para obtener más información.

### **Servicios de idiomas sin costo**

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

Visite <https://www.guardiananytime.com/notice46> para obtener más información.

---

## Seguro de 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.

**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 <b>M CONSTRUCTION GROUP, LLC</b>	Número de plan colectivo: <b>00063038</b>	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		
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 ELIGIBLE HOURLY    División: \_\_\_\_\_    Código de subtotal: \_\_\_\_\_    (Solicítelo a su Empleador/Titular del plan)  
EMPLOYEES

<b>Acerca de usted:</b> 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 en una unión civil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    Fecha de matrimonio/unión civil: ____ - ____ - ____ Tiene hijos u otros dependientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    Fecha de adopción de hijo adoptado: ____ - ____ - ____			

<b>Acerca de su trabajo:</b>	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 Estado de residencia: _____
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 Estado de residencia: _____
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 Estado de residencia: _____
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 Estado de residencia: _____



**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

\$15,000

El Monto de Emisión

Garantizada es \$15,000.

\* 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.

**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.
- 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.

Toda persona que, con intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude a una compañía de seguros, presente una reclamación o una solicitud de seguro que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de estafa al 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.

**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.

