Guardian®

EMPLOYER SOLUTIONS GROUP, LLC
ALL ELIGIBLE NON-CORPORATE EMPLOYEES
EXCEPT FLT-MED EMPLOYEES
Número de Grupo: 00466845

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

Bienvenido a los

Beneficios en el lugar de trabajo

Todos merecen un Guardian

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

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

Conozca sus beneficios

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

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

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

Sus opciones de cobertura

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

© Copyright 2020 The Guardian Life Insurance Company of America

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

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

Guardian®

Vea nuestro video
Descubra cómo el seguro dental puede ayudarle a proteger su salud a largo plazo y ahorrar dinero*.

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.

Fuente: Una pizca de prevención: El vínculo entre el cuidado dental preventivo y una mejor salud y bienestar bucales, estudio anual de beneficios en el lugar de trabajo de Guardian número 12 de 2024

Recibirá estos beneficios si cumple con las condiciones que se indican en la póliza. * Guardian nunca le pedirá que proporcione información personal confidencial, como su número de seguro social o fecha de nacimiento, ni que inicie sesión mediante códigos QR.

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

EMPLOYER SOLUTIONS GROUP, LLC
ALL ELIGIBLE NON-CORPORATE EMPLOYEES EXCEPT FLT-MED EMPLOYEES
2025-8140766.1 (07/27)
Kit creado 11/19/2026
Número de Grupo: 00466845

Guardian®

Su cobertura dental

PPO, puede ir a cualquier dentista, pero paga menos dinero de su bolsillo cuando escoge un dentista en el PPO. Los beneficios fuera de la red se basan en un percentil de los datos de honorarios vigentes para el código postal del dentista.

Su plan dental	**PPO**	
Su red es	Premier	
Deducible por Año calendario	*Dentro de la Red*	*Fuera de la Red*
Individual	$0	$50
Límite familiar	3 por familia	
No aplicable a	No aplicable	Preventiva
Cargos cubiertos para usted (coseguro)	*Dentro de la Red*	*Fuera de la Red*
Atención preventiva	100%	100%
Atención básica	90%	80%
Atención mayor	60%	50%
Ortodoncia	No se cubre (se aplica a todos los niveles)	
Beneficio máximo anual	$1000	
Traslado del Máximo	Sí	
Límite de Traslado	$500	
Importe Trasladable	$250	
Importe Trasladable Dentro de la Red	$350	
Límite Trasladable de la Cuenta	$1000	
Beneficio Máximo de por Vida para Ortodoncia	No Aplicable	
Límites de edad del dependiente	26	

Guardian®

Su cobertura dental

Una muestra de servicios cubiertos for su plan:

		PPO *El plan paga (en promedio)*	
		Dentro de la red	*Fuera de la red*
Atención preventiva	Limpieza (profilaxis)	100%	100%
	Frecuencia:	Una vez cada 6 meses	
	Tratamientos con fluoruro	100%	100%
	Límites:	Sin límites de edad	
	Exámenes bucales	100%	100%
	Selladores (por diente)	100%	100%
Atención básica	Anestesia*	90%	80%
	Empastes‡	90%	80%
	Cirugía periodontal	90%	80%
	Mantenimiento periodontal	90%	80%
	Frecuencia:	Una vez cada 6 meses	
	Reparación y mantenimiento de coronas, puentes y dentaduras postizas	90%	80%
	Tratamiento de conducto/raíz	90%	80%
	Raspado y alisado radicular (por cuadrante)	90%	80%
	Extracciones simples	90%	80%
	Extracciones complejas	90%	80%
Atención mayor	Puentes y dentaduras postizas	60%	50%
	Incrustaciones, incrustaciones oclusales, fundas**	60%	50%
	Coronas individuales	60%	50%

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 es solo para "Niños", la edad límite para dependientes y la edad límite para ortodoncia pueden diferir. Revise su certificado de beneficios a fin de confirmar el límite de edad específico para el tratamiento de ortodoncia. Para que la ortodoncia esté cubierta, el aparato de ortodoncia debe colocarse antes del límite de edad para ortodoncia establecido por su plan. Si su plan exige la condición de estudiante de tiempo completo para permanecer asegurado después de determinada edad, entonces el tratamiento de ortodoncia puede continuar mientras se mantenga dicha condición. Si la cobertura de ortodoncia es para "Adultos y niños", esta limitación no aplica.

*Anestesia general - aplican restricciones. ‡En el caso de PPO y miembros de planes con reintegro, podrán aplicarse limitaciones de empastes a empastes compuestos.

Guardian®

Su cobertura dental

Gestione sus beneficios:

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

Busque un dentista:

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

¿Necesita asistencia?

Llame a la Línea de Ayuda de Guardian al (888) 600-1600, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:30 p.m., horario de la costa Este. Consulte su identificación de miembro (número de seguro social) y su número de plan: 00466845

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

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

- Información importante sobre los planes PPO de DentalGuard Indemnity y Red DentalGuard Preferred de Guardian: Esta póliza otorga seguro dental únicamente. La cobertura se limita a los gastos que resulten necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar enfermedades, defectos o lesiones dentales. Se aplican deducibles. El plan no paga lo siguiente: servicios de higiene bucal (salvo los cubiertos dentro de los servicios preventivos); ortodoncia (a menos que se indique expresamente lo contrario); tratamientos cosméticos o experimentales (a menos que se indique expresamente lo contrario); todo tratamiento en que los beneficios sean pagados por cualquier otra parte o por el que no se cobre ningún cargo; dispositivos protésicos a menos que se cumplan ciertas condiciones; y servicios accesorios a tratamiento quirúrgicos. El plan limita los beneficios para consultas de diagnóstico y para servicios preventivos, restauradores, endodónticos, periodónticos y protodónticos. Los servicios, exclusiones, y limitaciones indicados anteriormente no constituyen un contrato y se ofrecen a modo de resumen únicamente. Los documentos del plan de Guardian son el árbitro definitivo de la cobertura. Contrato N° GP-1-DG2000 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-DG2000

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

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

Guardian®

Programa de recompensas Oral Health Rewards

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

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



Traspaso automático

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

Cómo funciona el trasladable máximo *

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

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

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

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

GUARDIAN® is a registered trademark of The Guardian Life Insurance Company of America
guardianlife.com
© Copyright 2025 The Guardian Life Insurance Company of America
8140348.1 (07/27)

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

Cuidado de la visión

El cuidado de la visión ayuda a proteger la salud de sus ojos al proporcionar servicios que, a menudo, no están cubiertos por las coberturas médicas regulares.

Proteger su vista implica someterse a exámenes oftalmológicos de rutina, así como tener acceso a anteojos y lentes de contacto. Ayude a mantener sus ojos en excelente estado a cualquier edad, sin importar cuánto tiempo pase mirando pantallas digitales.

¿Para quién es?

Aunque tenga una vista perfecta, es importante someterse a exámenes oftalmológicos periódicos para asegurarse de que siga viendo con claridad. Muchas personas llegan a necesitar corrección de la vista, por lo que ofrecemos planes de atención oftalmológica para ayudar a cubrir parte de los costos[1].

¿Qué se incluye?

El cuidado de la visión ayuda a cubrir los gastos de servicios que normalmente no están incluidos en los planes de cobertura médica. Esto puede incluir exámenes oftalmológicos de rutina, ayuda para cubrir el costo de anteojos y lentes de contacto, y acceso a descuentos en la cirugía correctiva LASIK.

¿Por qué debería considerarlo?

Los exámenes oftalmológicos periódicos no solo ayudan a detectar problemas de visión, sino que también permiten identificar síntomas asociados a enfermedades como el glaucoma y la diabetes. Los problemas de visión son una de las discapacidades más frecuentes en Estados Unidos, por lo que el cuidado de la visión es especialmente útil para cualquier persona que tenga que comprar anteojos o lentes de contacto con regularidad, o simplemente para quienes deseen proteger su vista y su salud en general.

1. CDC. Por qué son importantes los exámenes oftalmológicos. 15 de mayo de 2024.
Recibirá estos beneficios si cumple las condiciones enumeradas en la póliza..



Visión

Davis nota que su visión se está deteriorando. Se realiza un examen ocular y le diagnostican miopía, también conocida como visión corta, lo que significa que necesita anteojos. Ahora puede ahorrar en anteojos y lentes de contacto.

Los ejemplos hipotéticos son solo para fines ilustrativos. El derecho de una persona a recibir beneficios se determina caso por caso. El seguro oftalmológico del grupo Guardian está suscrito y emitido por The Guardian Life Insurance Company of America, New York, NY. Los productos no están disponibles en todos los estados.

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

Guardian

Su cobertura de visión

Opción 1: Importantes ahorros de bolsillo disponibles con su plan **Full Feature** si visita uno de nuestros centros VSP de la red.

Su plan de visión	**Full Feature**	
Su red es	VSP Network Signature Plan	
Copago		
Copago de exámenes	$ 20	
Copago de materiales (renunciado para lentes de contacto electivos)	$ 20	
Muestra de servicios cubiertos	*Usted paga (después del copago, si corresponde):*	
	Dentro de la red	*Fuera de la red*
Examen de vista	$0	Monto por encima de $46
Lentes monofocales	$0	Monto por encima de $47
Lentes bifocales con línea divisora	$0	Monto por encima de $66
Lentes trifocales con línea divisora	$0	Monto por encima de $85
Lentes lenticulares	$0	Monto por encima de $125
Monturas	80% del monto por encima de $120[1]	Monto por encima de $47
Lentes de contacto *(Electivos)*	Monto por encima de $120	Monto por encima de $120
Lentes de contacto *(necesarios por razones médicas)*	$0	Monto por encima de $210
Lentes de contacto *(examen de evaluación y ajuste)*	15% de descuento sobre el costo usual, acostumbrado y razonable (UCR)	Sin descuentos
Adiciones cosméticas	Promedio de entre 30% del precio minorista	Sin descuentos
Gafas *(par adicional de monturas y lentes)*	20% de descuento sobre el precio minorista^	Sin descuentos
Descuentos por cirugías correctivas con láser	Hasta un 15% de descuento sobre el cargo usual o un 5% de descuento sobre el precio promocional	Sin descuentos
Frecuencias de Servicio		
Exámenes	Cada 12 meses	
Lentes *(para gafas o lentes de contacto)* ‡‡	Cada 12 meses	
Monturas	Cada 24 meses‡‡‡	
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	
	Visite nuestra página en www.Guardianlife.com y seleccione "Encuentre un Proveedor"	

Su cobertura de visión

VSP

- ‡‡Los beneficios incluyen cobertura de gafas o lentes de contacto, no ambos.
- ^ Los descuentos se aplican cuando la compra se realiza dentro de los 12 meses del examen de la vista. [Además, los planes Full-Feature ofrecen un 30% de descuento en gafas de sol no recetadas y gafas recetadas adicionales, incluidas las opciones de lentes, si se compran al médico VSP que realiza el examen de la vista el mismo día de efectuarse el examen.]
- Solo los cargos de una compra inicial pueden utilizarse como monto autorizado para materiales. Los saldos no utilizados restantes luego de la compra inicial no pueden guardarse para utilizarse en el futuro. La única excepción sería si un miembro compra lentes de contacto de un proveedor fuera de la red, en cuyo caso puede utilizar el saldo para lentes de contacto adicionales dentro del mismo período de beneficios.
- [1]Extra $20 en marcas seleccionadas.
- Los miembros pueden usar sus beneficios de la red en línea en Eyeconic.com.
- ‡‡‡ *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 omayor, tal como los define el New York State Insurance Department. La cobertura se limita a aquellos cargos que resultan necesarios para efectuar un examen de visión de rutina. Se aplican copagos. El plan no paga lo siguiente: ejercicios ortópticos o instrucción visual y todas las pruebas suplementarias relacionadas; tratamiento médico o quirúrgico de los ojos y exámenes de la visión o dispositivos correctivos de la vista que exija un empleador como condición para el empleo; lentes y monturas provistos por este plan que se pierdan o rompan (excepto en los intervalos normales, cuando de todas formas se ofrecerían los servicios, o cuando existe una garantía). El plan limita los beneficios para lentesmixtos, lentes de tamaño especial, lentes fotocromáticos, lentes de color, lentesmultifocales progresivos, lentes recubiertos o lamindos, monturas que excedan el importe autorizado del plan, lentes cosméticos, lentes con protección para rayos ultravioleta y procesos cosméticos opcionales. Los servicios, exclusiones, y limitaciones indicados anteriormente no constituyen un contrato y se ofrecen a modo de resumen. Los documentos del plan de Guardian son el árbitro definitivo de la cobertura. Contrato N° GP-1-VSN-96-VIS y otros.

Cirugía correctiva con láser:

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

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

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

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

Guardian®

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

Seguro de vida

Si le ocurre algo, el seguro de vida puede ayudar a proporcionar seguridad financiera a su familia.

El seguro de vida ayuda a proteger las finanzas de su familia, ya que proporciona un beneficio por fallecimiento si usted muere**. Esto ayuda a garantizar que cuenten con apoyo financiero y puedan cubrir gastos importantes, desde facturas hasta los costos del funeral. Con las pólizas de vida, puede obtener una protección de seguro de vida asequible durante un período determinado.

¿Para quién es?

Las necesidades de seguro de vida de cada persona son diferentes, en función de su situación familiar. Por eso, el seguro de vida colectivo a través de un empleador puede ser una opción más 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.

Recibirá estos beneficios si cumple con las condiciones que se indican en la póliza. 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. * Guardian nunca le pedirá que proporcione información personal confidencial, como su número de seguro social o fecha de nacimiento, ni que inicie sesión mediante códigos QR. ** Siempre y cuando se paguen las primas.

Preparar y planificar

Jorge nunca consideró comprar un seguro de vida, pero después de que se lo ofrecieron a través del trabajo, decide que es una buena manera de ayudar a proteger a su familia.

Jorge tiene una hipoteca. Su esposa ayuda a cuidar a su madre y solo trabaja a tiempo parcial. Con su hija a punto de comenzar la universidad, Jorge sabe que muchos gastos no estarían cubiertos si su familia lo perdiera.

Jorge contrata un seguro de vida con una cobertura suficiente para cubrir la hipoteca, la matrícula y los gastos de manutención de la familia si le ocurriera algo.

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

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

Guardian®

Su cobertura de vida

	SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO A PLAZO
Beneficio del empleado	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)	Cobertura de empleado, cónyuge e hijos. Máximo 1 veces la cantidad del seguro de vida.
Beneficio para el cónyuge/pareja doméstica	Incrementos de $5,000 hasta un máximo de $250,000. Consulte la página de Modelo de costos para conocer más detalles.‡
Beneficio por hijo	Niños de nacimiento† a 26 años de edad. Puede elegir una de las siguientes opciones de beneficio: $10,000. Sujeto a limitaciones del estado. Consulte la página de Modelo de costos para conocer más detalles.
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**.**	Emisión garantizada hasta: Empleado $150,000. Cónyuge $50,000. Hijos dependientes $10,000.

Su cobertura de vida

	SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO A PLAZO
Primas	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
Conversión: Le permite continuar la cobertura de discapacidad una vez que haya finalizado su plan de grupo.	Sí, con restricciones; consultar certificado de beneficios
Beneficio de vida acelerado: Se le pagará un beneficio de suma única si le diagnostican una enfermedad terminal, según se define en el plan.	Sí
Dispensa de primas: No deberá pagar las primas si sufre una discapacidad total.	Para empleados incapacitados antes de los 60 años de edad, con extención de primas hasta de la edad de 65 años, si cumplen las condiciones
Reducciones de beneficios: Los beneficios se reducen por un porcentaje determinado a medida que el empleado avanza en edad.	35% a la edad de 65, 60% a la edad de 70, 75% a la edad de 75, 85% 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.

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	$1.12	$1.17	$1.44	$1.90	$2.80	$4.35	$6.67	$9.82	$18.57
$20,000	$2.24	$2.34	$2.88	$3.80	$5.60	$8.70	$13.34	$19.64	$37.14
$30,000	$3.36	$3.51	$4.32	$5.70	$8.40	$13.05	$20.01	$29.46	$55.71
$40,000	$4.48	$4.68	$5.76	$7.60	$11.20	$17.40	$26.68	$39.28	$74.28
$50,000	$5.60	$5.85	$7.20	$9.50	$14.00	$21.75	$33.35	$49.10	$92.85
$60,000	$6.72	$7.02	$8.64	$11.40	$16.80	$26.10	$40.02	$58.92	$111.42
$70,000	$7.84	$8.19	$10.08	$13.30	$19.60	$30.45	$46.69	$68.74	$129.99
$80,000	$8.96	$9.36	$11.52	$15.20	$22.40	$34.80	$53.36	$78.56	$148.56
$90,000	$10.08	$10.53	$12.96	$17.10	$25.20	$39.15	$60.03	$88.38	$167.13
$100,000	$11.20	$11.70	$14.40	$19.00	$28.00	$43.50	$66.70	$98.20	$185.70
$110,000	$12.32	$12.87	$15.84	$20.90	$30.80	$47.85	$73.37	$108.02	$204.27
$120,000	$13.44	$14.04	$17.28	$22.80	$33.60	$52.20	$80.04	$117.84	$222.84
$130,000	$14.56	$15.21	$18.72	$24.70	$36.40	$56.55	$86.71	$127.66	$241.41
$140,000	$15.68	$16.38	$20.16	$26.60	$39.20	$60.90	$93.38	$137.48	$259.98
$150,000	$16.80	$17.55	$21.60	$28.50	$42.00	$65.25	$100.05	$147.30	$278.55
$160,000	$17.92	$18.72	$23.04	$30.40	$44.80	$69.60	$106.72	$157.12	$297.12
$170,000	$19.04	$19.89	$24.48	$32.30	$47.60	$73.95	$113.39	$166.94	$315.69
$180,000	$20.16	$21.06	$25.92	$34.20	$50.40	$78.30	$120.06	$176.76	$334.26
$190,000	$21.28	$22.23	$27.36	$36.10	$53.20	$82.65	$126.73	$186.58	$352.83
$200,000	$22.40	$23.40	$28.80	$38.00	$56.00	$87.00	$133.40	$196.40	$371.40
$210,000	$23.52	$24.57	$30.24	$39.90	$58.80	$91.35	$140.07	$206.22	$389.97
$220,000	$24.64	$25.74	$31.68	$41.80	$61.60	$95.70	$146.74	$216.04	$408.54
$230,000	$25.76	$26.91	$33.12	$43.70	$64.40	$100.05	$153.41	$225.86	$427.11
$240,000	$26.88	$28.08	$34.56	$45.60	$67.20	$104.40	$160.08	$235.68	$445.68
$250,000	$28.00	$29.25	$36.00	$47.50	$70.00	$108.75	$166.75	$245.50	$464.25
$260,000	$29.12	$30.42	$37.44	$49.40	$72.80	$113.10	$173.42	$255.32	$482.82
$270,000	$30.24	$31.59	$38.88	$51.30	$75.60	$117.45	$180.09	$265.14	$501.39
$280,000	$31.36	$32.76	$40.32	$53.20	$78.40	$121.80	$186.76	$274.96	$519.96

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	$32.48	$33.93	$41.76	$55.10	$81.20	$126.15	$193.43	$284.78	$538.53
$300,000	$33.60	$35.10	$43.20	$57.00	$84.00	$130.50	$200.10	$294.60	$557.10
$310,000	$34.72	$36.27	$44.64	$58.90	$86.80	$134.85	$206.77	$304.42	$575.67
$320,000	$35.84	$37.44	$46.08	$60.80	$89.60	$139.20	$213.44	$314.24	$594.24
$330,000	$36.96	$38.61	$47.52	$62.70	$92.40	$143.55	$220.11	$324.06	$612.81
$340,000	$38.08	$39.78	$48.96	$64.60	$95.20	$147.90	$226.78	$333.88	$631.38
$350,000	$39.20	$40.95	$50.40	$66.50	$98.00	$152.25	$233.45	$343.70	$649.95
$360,000	$40.32	$42.12	$51.84	$68.40	$100.80	$156.60	$240.12	$353.52	$668.52
$370,000	$41.44	$43.29	$53.28	$70.30	$103.60	$160.95	$246.79	$363.34	$687.09
$380,000	$42.56	$44.46	$54.72	$72.20	$106.40	$165.30	$253.46	$373.16	$705.66
$390,000	$43.68	$45.63	$56.16	$74.10	$109.20	$169.65	$260.13	$382.98	$724.23
$400,000	$44.80	$46.80	$57.60	$76.00	$112.00	$174.00	$266.80	$392.80	$742.80
$410,000	$45.92	$47.97	$59.04	$77.90	$114.80	$178.35	$273.47	$402.62	$761.37
$420,000	$47.04	$49.14	$60.48	$79.80	$117.60	$182.70	$280.14	$412.44	$779.94
$430,000	$48.16	$50.31	$61.92	$81.70	$120.40	$187.05	$286.81	$422.26	$798.51
$440,000	$49.28	$51.48	$63.36	$83.60	$123.20	$191.40	$293.48	$432.08	$817.08
$450,000	$50.40	$52.65	$64.80	$85.50	$126.00	$195.75	$300.15	$441.90	$835.65
$460,000	$51.52	$53.82	$66.24	$87.40	$128.80	$200.10	$306.82	$451.72	$854.22
$470,000	$52.64	$54.99	$67.68	$89.30	$131.60	$204.45	$313.49	$461.54	$872.79
$480,000	$53.76	$56.16	$69.12	$91.20	$134.40	$208.80	$320.16	$471.36	$891.36
$490,000	$54.88	$57.33	$70.56	$93.10	$137.20	$213.15	$326.83	$481.18	$909.93
$500,000	$56.00	$58.50	$72.00	$95.00	$140.00	$217.50	$333.50	$491.00	$928.50
Monto de póliza seleccionado									
Cónyuge/pareja doméstica									
$10,000	$1.12	$1.17	$1.44	$1.90	$2.80	$4.35	$6.67	$9.82	$18.57
$15,000	$1.68	$1.76	$2.16	$2.85	$4.20	$6.53	$10.01	$14.73	$27.86
$20,000	$2.24	$2.34	$2.88	$3.80	$5.60	$8.70	$13.34	$19.64	$37.14
$25,000	$2.80	$2.93	$3.60	$4.75	$7.00	$10.88	$16.68	$24.55	$46.43
$30,000	$3.36	$3.51	$4.32	$5.70	$8.40	$13.05	$20.01	$29.46	$55.71
$35,000	$3.92	$4.10	$5.04	$6.65	$9.80	$15.23	$23.35	$34.37	$65.00
$40,000	$4.48	$4.68	$5.76	$7.60	$11.20	$17.40	$26.68	$39.28	$74.28
$45,000	$5.04	$5.27	$6.48	$8.55	$12.60	$19.58	$30.02	$44.19	$83.57
$50,000	$5.60	$5.85	$7.20	$9.50	$14.00	$21.75	$33.35	$49.10	$92.85

Modelos de costo de vida voluntario *continuación*

	< 30	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65–69†
$55,000	$6.16	$6.44	$7.92	$10.45	$15.40	$23.93	$36.69	$54.01	$102.14
$60,000	$6.72	$7.02	$8.64	$11.40	$16.80	$26.10	$40.02	$58.92	$111.42
$65,000	$7.28	$7.61	$9.36	$12.35	$18.20	$28.28	$43.36	$63.83	$120.71
$70,000	$7.84	$8.19	$10.08	$13.30	$19.60	$30.45	$46.69	$68.74	$129.99
$75,000	$8.40	$8.78	$10.80	$14.25	$21.00	$32.63	$50.03	$73.65	$139.28
$80,000	$8.96	$9.36	$11.52	$15.20	$22.40	$34.80	$53.36	$78.56	$148.56
$85,000	$9.52	$9.95	$12.24	$16.15	$23.80	$36.98	$56.70	$83.47	$157.85
$90,000	$10.08	$10.53	$12.96	$17.10	$25.20	$39.15	$60.03	$88.38	$167.13
$95,000	$10.64	$11.12	$13.68	$18.05	$26.60	$41.33	$63.37	$93.29	$176.42
$100,000	$11.20	$11.70	$14.40	$19.00	$28.00	$43.50	$66.70	$98.20	$185.70
$105,000	$11.76	$12.29	$15.12	$19.95	$29.40	$45.68	$70.04	$103.11	$194.99
$110,000	$12.32	$12.87	$15.84	$20.90	$30.80	$47.85	$73.37	$108.02	$204.27
$115,000	$12.88	$13.46	$16.56	$21.85	$32.20	$50.03	$76.71	$112.93	$213.56
$120,000	$13.44	$14.04	$17.28	$22.80	$33.60	$52.20	$80.04	$117.84	$222.84
$125,000	$14.00	$14.63	$18.00	$23.75	$35.00	$54.38	$83.38	$122.75	$232.13
$130,000	$14.56	$15.21	$18.72	$24.70	$36.40	$56.55	$86.71	$127.66	$241.41
$140,000	$15.68	$16.38	$20.16	$26.60	$39.20	$60.90	$93.38	$137.48	$259.98
$145,000	$16.24	$16.97	$20.88	$27.55	$40.60	$63.08	$96.72	$142.39	$269.27
$150,000	$16.80	$17.55	$21.60	$28.50	$42.00	$65.25	$100.05	$147.30	$278.55
$155,000	$17.36	$18.14	$22.32	$29.45	$43.40	$67.43	$103.39	$152.21	$287.84
$160,000	$17.92	$18.72	$23.04	$30.40	$44.80	$69.60	$106.72	$157.12	$297.12
$165,000	$18.48	$19.31	$23.76	$31.35	$46.20	$71.78	$110.06	$162.03	$306.41
$170,000	$19.04	$19.89	$24.48	$32.30	$47.60	$73.95	$113.39	$166.94	$315.69
$175,000	$19.60	$20.48	$25.20	$33.25	$49.00	$76.13	$116.73	$171.85	$324.98
$180,000	$20.16	$21.06	$25.92	$34.20	$50.40	$78.30	$120.06	$176.76	$334.26
$185,000	$20.72	$21.65	$26.64	$35.15	$51.80	$80.48	$123.40	$181.67	$343.55
$190,000	$21.28	$22.23	$27.36	$36.10	$53.20	$82.65	$126.73	$186.58	$352.83
$200,000	$22.40	$23.40	$28.80	$38.00	$56.00	$87.00	$133.40	$196.40	$371.40
$205,000	$22.96	$23.99	$29.52	$38.95	$57.40	$89.18	$136.74	$201.31	$380.69
$210,000	$23.52	$24.57	$30.24	$39.90	$58.80	$91.35	$140.07	$206.22	$389.97
$215,000	$24.08	$25.16	$30.96	$40.85	$60.20	$93.53	$143.41	$211.13	$399.26
$220,000	$24.64	$25.74	$31.68	$41.80	$61.60	$95.70	$146.74	$216.04	$408.54

Modelos de costo de vida voluntario *continuación*

	< 30	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65–69†
$225,000	$25.20	$26.33	$32.40	$42.75	$63.00	$97.88	$150.08	$220.95	$417.83
$230,000	$25.76	$26.91	$33.12	$43.70	$64.40	$100.05	$153.41	$225.86	$427.11
$235,000	$26.32	$27.50	$33.84	$44.65	$65.80	$102.23	$156.75	$230.77	$436.40
$240,000	$26.88	$28.08	$34.56	$45.60	$67.20	$104.40	$160.08	$235.68	$445.68
$245,000	$27.44	$28.67	$35.28	$46.55	$68.60	$106.58	$163.42	$240.59	$454.97
$250,000	$28.00	$29.25	$36.00	$47.50	$70.00	$108.75	$166.75	$245.50	$464.25
Monto de póliza seleccionado									
Hijo(s)									
$10,000	$2.04	$2.04	$2.04	$2.04	$2.04	$2.04	$2.04	$2.04	$2.04

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.

Los beneficios no se pagarán si la muerte del empleado asegurado o de su cónyuge ocurre como consecuencia de un suicidio dentro de los dos años de la fecha original de entrada en vigencia del seguro del empleado asegurado o su cónyuge. Esta limitación de dos años también se aplica a cualquier aumento de beneficios. Esta exclusión puede variar conforme a las leyes del estado. Los aumentos de beneficios y las personas que se inscriben tardíamente deben contar con la aprobación de la compañía de seguros.

GP-1-R-EOPT-96

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

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

* La autolesión deliberada no se aplica a los niños con seguro voluntario por AD&D

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

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

Guardian®

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

Seguro de incapacidad

Incapacidad a corto plazo

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

La incapacidad es más común de lo que podría creer, de modo que las personas no son capaces de trabajar por todo tipo de razones diferentes. De hecho, muchas incapacidades son causadas por enfermedades, incluidas afecciones comunes como enfermedades cardíacas y artritis. Sin embargo, la mayoría de las incapacidades no está cubierta por la compensación de los trabajadores.

¿Para quién es?

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

¿Qué cubre?

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

¿Por qué debería considerarlo?

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

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

Reemplazo ingresos

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

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

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

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

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

EMPLOYER SOLUTIONS GROUP, LLC
ALL ELIGIBLE NON-CORPORATE EMPLOYEES EXCEPT FLT-MED EMPLOYEES
2024-179688 (07-26)
Kit creado 11/19/2026
Número de Grupo: 00466845

Guardian®

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

Seguro de incapacidad

Incapacidad a largo plazo

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

La incapacidad es más común de lo que podría creer, de modo que las personas no son capaces de trabajar por todo tipo de razones diferentes. De hecho, muchas incapacidades son causadas por enfermedades, incluidas afecciones comunes como enfermedades cardíacas y artritis. Sin embargo, la mayoría de las incapacidades no está cubierta por la compensación de los trabajadores.

¿Para quién es?

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

¿Qué cubre?

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

¿Por qué debería considerarlo?

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

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

Reemplazo Ingresos

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

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

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

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

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

EMPLOYER SOLUTIONS GROUP, LLC
ALL ELIGIBLE NON-CORPORATE EMPLOYEES EXCEPT FLT-MED EMPLOYEES
2024-179688 (07-26)

Kit creado 11/19/2026
Número de Grupo: 00466845

Guardian®

Su cobertura de incapacidad

	Incapacidad a Corto Plazo	Incapacidad a Largo Plazo
Cantidad de cobertura	60% del salario hasta un máximo de $1000/semana	60% del salario hasta un máximo de $5000/mes
Plazo máximo de pago: Plazo máximo en el que puede recibir los beneficios por discapacidad.	13 semanas	Edad normal de retiro del seguro social
Inicio de beneficios por accidente: El plazo de discapacidad antes de que comiencen los beneficios.	Día 1	Día 91
Inicio de los beneficios por enfermedad: El plazo de discapacidad antes de que comiencen los beneficios.	Día 8	Día 91
Prueba de asegurabilidad: Declaración de salud que le solicita responder algunas preguntas sobre su historia clínica.	Es posible que se requiera declaración de salud.	Es posible que se requiera declaración de salud.
Emisión garantizada: "Garantizada" significa que usted no está obligado a responder preguntas de salud para tener derecho a recibir cobertura hasta el monto especificado, inclusive, cuando el solicitante contrata la cobertura durante el plazo de inscripción inicial.	Garantizamos la emisión de $1000 de cobertura	Garantizamos la emisión de $5000 de cobertura
Mínimo de horas/semanas de trabajo: Cantidad de horas mínimas que debe trabajar regularmente cada semana para recibir cobertura.	El empleador lo determina	El empleador lo determina
Condición preexistente: Una condición preexistente incluye cualquier síntoma o condición por el que usted, en el período de tiempo específico anterior a la cobertura de este plan, consultó a un médico, recibió tratamiento o tomó medicación recetada.	3 meses de retrospección; 12 meses después de la limitación de 2 semanas	6 meses de retrospección; 24 meses después de la exclusión
Dispensa de prima si tuviera una discapacidad: No deberá abonar la prima cuando reciba beneficios.	Sí	Sí

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

- **Incapacidad (largo plazo):** Durante los primeros dos años de incapacidad, usted recibirá el pago de los beneficios mientras no esté en condiciones de trabajar en su ocupación específica. Transcurridos dos años, continuará recibiendo beneficios en caso de no poder trabajar en ninguna ocupación conforme a su capacitación, experiencia y educación.
- **Definición de ingresos:** Su sueldo cubierto excluye bonificaciones y comisiones.
- **Limitaciones especiales:** Se fija un límite de 24 meses de beneficios en casos de salud mental y abuso de sustancias.
- **Incentivo de trabajo:** Por una cantidad determinada de meses, no reduciremos el beneficio del plan a fin de que usted pueda recibir ganancias de medio tiempo durante su incapacidad, salvo que la suma de los beneficios y las ganancias supere el 100% de lo que ganaba antes.

Ilustración de costos por discapacidad:

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

Modelo de costo del plan de incapacidad a corto plazo:

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

Su tarifa de prima	$0.260	
$10,000 Salario anual $115 Beneficio semanal	$2.99	Deducción
$15,000 Salario anual $173 Beneficio semanal	$4.50	Deducción
$20,000 Salario anual $231 Beneficio semanal	$6.01	Deducción
$25,000 Salario anual $288 Beneficio semanal	$7.49	Deducción
$30,000 Salario anual $346 Beneficio semanal	$9.00	Deducción
$35,000 Salario anual $404 Beneficio semanal	$10.50	Deducción
$40,000 Salario anual $462 Beneficio semanal	$12.01	Deducción
$45,000 Salario anual $519 Beneficio semanal	$13.49	Deducción
$50,000 Salario anual $577 Beneficio semanal	$15.00	Deducción
$55,000 Salario anual $635 Beneficio semanal	$16.51	Deducción
$60,000 Salario anual $692 Beneficio semanal	$17.99	Deducción
$65,000 Salario anual $750 Beneficio semanal	$19.50	Deducción
$70,000 Salario anual $808 Beneficio semanal	$21.01	Deducción
$75,000 Salario anual $865 Beneficio semanal	$22.49	Deducción
$80,000 Salario anual $923 Beneficio semanal	$24.00	Deducción
$85,000 Salario anual $981 Beneficio semanal	$25.51	Deducción
$90,000 Salario anual $1,000 Beneficio semanal	$26.00	Deducción

Modelo de costo del plan de incapacidad a largo plazo:

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

Su tarifa de prima	$0.470	
$20,000 Salario anual $1,000 Beneficio mensual	$7.84	Deducción
$40,000 Salario anual $2,000 Beneficio mensual	$15.67	Deducción
$60,000 Salario anual $3,000 Beneficio mensual	$23.50	Deducción
$80,000 Salario anual $4,000 Beneficio mensual	$31.34	Deducción
$100,000 Salario anual $5,000 Beneficio mensual	$39.17	Deducción

RESUMEN DE LAS LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DEL PLAN DE INCAPACIDAD

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

  Contrato N° GP-1-STD94-1.0 y otros, GP-1-STD2K-1.0 y otros, GP-1-STD07-1.0 y otros, GP-1-STD-15-1.0 y otros.

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

Guardian®

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

Seguro de enfermedad crítica

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

El seguro de enfermedades crítica proporciona apoyo financiero tras el diagnóstico de una enfermedad crítica cubierta. El beneficio de pago único se le paga a usted, de modo que puede enfocarse más en la recuperación y menos en los gastos..

¿Para quién es?

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

¿Qué cubre?

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

¿Por qué debería considerarlo?

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

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

Costos por afecciones críticas

Bob ha tenido un par de problemas de salud en los últimos años, entre ellos un infarto y un accidente cerebrovascular.

Bob sufrió un ataque cardíaco y recibió un beneficio de pago único de su plan de enfermedades crítica. Cuatro años después, tuvo un accidente cerebrovascular y recibió otro pago.

Durante ambas enfermedades, utilizó sus beneficios de pago único para ayudar a pagar los gastos médicos de bolsillo, así como los gastos domésticos mientras se recuperaba.

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

Recibirá estos beneficios si cumple con las condiciones que se indican en la póliza. * Guardian nunca le pedirá que proporcione información personal confidencial, como su número de seguro social o fecha de nacimiento, ni que inicie sesión mediante códigos QR.

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

Guardian®

Su cobertura de enfermedad crítica

	ENFERMEDAD CRÍTICA	
Monto del beneficio	Los empleados pueden optar por recibir el beneficio en una suma única de $5,000 a $20,000 en incrementos de $5,000.	
ENFERMEDADES		
Cáncer	**1ª OCURRENCIA**	**2ª OCURRENCIA**
Cáncer invasivo	100%	50%
Carcinoma in situ	30%	0%
Tumor cerebral benigno	75%	0%
Cáncer de piel	$250 de por vida	No se cubre
Vasculares		
Ataque cardíaco	100%	50%
Accidente cerebrovascular	100%	50%
Insuficiencia cardíaca	100%	50%
Coronary Arteriosclerosis	30%	0%
Otras		
Insuficiencia orgánica	100%	50%
Insuficiencia renal	100%	50%
Enfermedad contagiosa o infecciosa	30%	0%
OTRAS ENFERMEDADES	**SOLO 1.ª OCURRENCIA**	
Enfermedad de Addison	30%	
ALS (enfermedad de Lou Gehrig)	100%	
Enfermedad de Alzheimer	50%	
Coma	100%	
Enfermedad de Huntington	30%	
Pérdida de la audición	100%	
Pérdida de la vista	100%	
Pérdida del habla	100%	
esclerosis múltiple	30%	
Enfermedad de Parkinson	100%	
Parálisis permanente	50% por 1 extremidad, 100% por 2 extremidades	
Quemaduras graves	100%	
Enfermedades infantiles	**SOLO 1.ª OCURRENCIA**	
Parálisis cerebral	100%	
Labio leporino/fisura palatina	100%	
Pie zambo	100%	
Fibrosis quística	100%	
Síndrome de Down	100%	
Distrofia muscular	100%	
Espina bífida	100%	

Su cobertura de enfermedad crítica

	ENFERMEDAD CRÍTICA
Diabetes tipo 1	100%
Beneficio de cónyuge/pareja doméstica	Pueden optar por recibir el beneficio en una suma única de $2,500 a $10,000 en incrementos de $2,500 de hasta el 50% del beneficio en suma única del empleado.
Beneficios por hijo – Niños de Nacimiento a 26 años de edad	25% de suma única de beneficio del empleado
Reducciones de beneficios: Los beneficios se reducen por un porcentaje determinado a medida que el empleado avanza en edad.	50% a la edad de 70
Emisión garantizada: "Garantizada" significa que usted no está obligado a responder preguntas de salud para tener derecho a recibir cobertura hasta el monto especificado, inclusive, cuando contrata la cobertura durante el plazo de inscripción inicial o el período de inscripción abierta anual.	Garantizamos la emisión hasta: $20,000 Por cónyuge: $10,000 Por hijo: todos los montos **Las preguntas de salud son obligatorias si el monto elegido supera la emisión de garantía.**
Portabilidad: Le permite llevarse su cobertura de Enfermedad Crítica con usted si finaliza la relación de trabajo.	Incluido
Limitación de condición preexistente: Una condición preexistente incluye cualquier condición por la que usted, en el plazo especificado anterior a la cobertura conforme a este plan, consultó a un médico, recibió tratamiento o tomó medicamentos recetados.	3 meses antes, 12 meses después
BENEFICIO DE BIENESTAR	
Límite anual para empleado	$50
Límite anual para cónyuge	$50
Límite anual para hijo	$50

Su cobertura de enfermedad crítica

Definición de condición

- Derrame cerebral: El derrame cerebral debe ser bastante intenso como para causar déficits neurológicos al menos 30 días después del episodio.
- Insuficiencia Cardíaca: Un asegurado debe inscribirse en una lista de trasplante de órganos para ser elegible para los Beneficios de insuficiencia cardíaca.
- Arterioesclerosis Coronaria: La Arterioesclerosis Coronaria debe ser bastante intensa como para requerir injertos de revascularización coronaria.
- Insuficiencia Orgánica: La insuficiencia orgánica incluye ambos pulmones, el hígado, el páncreas o la médula ósea y requiere que el asegurado sea inscrito en una lista de trasplante de órganos.
- Insuficiencia Renal: Un asegurado debe inscribirse en una lista de trasplante de órganos para ser elegible para los Beneficios de insuficiencia renal.
- El beneficio por enfermedad contagiosa o infecciosa solo se debe pagar si: 1) un médico diagnostica al asegurado con una enfermedad infecciosa o contagiosa que esté cubierta mientras esté asegurada por Guardian y 2) el asegurado se encuentra internado en un hospital debido a la enfermedad infecciosa o contagiosa durante 5 o más días consecutivos. El beneficio de enfermedades contagiosas infecciosas cubre las bacterias resistentes a antibióticos (como SARM), la coronavirus (incluido el COVID-19), la difteria, la encefalitis, la enfermedad del legionario, la enfermedad de Lyme, la malaria, la meningitis, la fascitis necrosante (bacterias que comen tejido), osteomielitis, la rabia y la tuberculosis. Este beneficio permitirá pagar solo una enfermedad contagiosa infecciosa, una vez en la vida.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

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

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

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

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

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

Las preguntas de salud son obligatorias para quienes se inscriben en forma tardía. Esta cobertura no entrará en vigencia hasta ser aprobada por un asegurador de Guardian.

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

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

Contrato N° GP-1-CI-14

Su cobertura de enfermedad crítica

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

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

Guardian®

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

Seguro de accidentes

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

El seguro contra accidentes es una capa adicional de protección que le brinda un beneficio de pago único para ayudarlo a cubrir los gastos de bolsillo.

¿Para quién es?

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

¿Qué cubre?

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

¿Por qué debería considerarlo?

La cobertura de salud se está volviendo más costosa, con copagos, primas y deducibles más altos. El seguro contra accidentes es una forma sencilla y asequible de complementar y cubrir los gastos adicionales que su seguro de salud y discapacidad podría no cubrir, como radiografías, servicios de ambulancia, deducibles e incluso gastos como el alquiler o los comestibles.

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



Apoyo durante la recuperación

Sue se lastima la rodilla mientras camina y necesita atención médica de urgencia.

Sue se cayó mientras hacía senderismo en un parque local y se desgarró el cartílago de la rodilla. Acudió a la sala de urgencias del hospital para recibir tratamiento.

Su seguro contra accidentes le pagó un beneficio de pago único que la ayudó a compensar los gastos relacionados con su lesión, como una resonancia magnética, una rodillera y las consultas de seguimiento con su médico.

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

Recibirá estos beneficios si cumple con las condiciones que se indican en la póliza. * Guardian nunca le pedirá que proporcione información personal confidencial, como su número de seguro social o fecha de nacimiento, ni que inicie sesión mediante códigos QR.

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

EMPLOYER SOLUTIONS GROUP, LLC
ALL ELIGIBLE NON-CORPORATE EMPLOYEES EXCEPT FLT-MED EMPLOYEES
2024-179703 (08/26)

Kit creado 11/19/2026
Número de Grupo: 00466845

Guardian®

Su cobertura por accidente

	ACCIDENTES	
COBERTURA - DETALLES	**Opción 1: Basic**	**Opción 2: Advantage**
Tipo de cobertura de accidentes	Fuera de su empleo	Fuera de su empleo
Portabilidad: le permite llevarse su cobertura de accidentes con usted si se extingue su relación laboral.	Incluido	Incluido
MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDA DE MIEMBRO(S)		
Monto del beneficio	Empleado $10,000 Cónyuge $5,000 Hijo $5,000	Empleado $25,000 Cónyuge $12,500 Hijo $5,000
Pérdida catastrófica	Cuadriplejia, pérdida del habla y audición (ambos oídos), pérdida de funciones cognitivas: 100% de Muerte Accidental y Pérdida de Miembro Hemiplejia y paraplejia: 50% de Muerta Accidental y Pérdida de Miembro	Cuadriplejia, pérdida del habla y audición (ambos oídos), pérdida de funciones cognitivas: 100% de Muerte Accidental y Pérdida de Miembro Hemiplejia y paraplejia: 50% de Muerta Accidental y Pérdida de Miembro
Transporte público	200% de beneficio por Muerte Accidental y Pérdida de Miembro	200% de beneficio por Muerte Accidental y Pérdida de Miembro
Desastre común	200% del beneficio por Muerte Accidental y Pérdida de Miembro del cónyuge	200% del beneficio por Muerte Accidental y Pérdida de Miembro del cónyuge
Pérdida de miembros: mano, pie, vista	Único: 50% de beneficio por Muerte Accidental y Pérdida de Miembro Múltiple: 100% de beneficio por Muerte Accidental y Pérdida de Miembro	Único: 50% de beneficio por Muerte Accidental y Pérdida de Miembro Múltiple: 100% de beneficio por Muerte Accidental y Pérdida de Miembro
Pérdida de miembros: pulgar/dedo índice misma mano, cuatro dedos de la misma mano, todos los dedos del mismo pie.	25% de beneficio por Muerte Accidental y Pérdida de Miembro	25% de beneficio por Muerte Accidental y Pérdida de Miembro
Cinturones de seguridad y bolsas de aire	Cinturones de seguridad: $10,000 - Bolsas de aire: $15,000	Cinturones de seguridad: $10,000 - Bolsas de aire: $15,000
Adaptación razonable de vivienda o vehículo	$2,500	$2,500
BENEFICIO DE ENFERMEDAD CON INTERNACIÓN HOSPITALARIA: el beneficio se paga si ingresa al hospital por la lesión.		
Empleado	$50 por día, hasta 10 días después de un período de eliminación de 3 días.	$100 por día, hasta 20 días después de un período de eliminación de 3 días.
Cónyuge	$50 por día, hasta 10 días después de un período de eliminación de 3 días.	$100 por día, hasta 20 días después de un período de eliminación de 3 días.
Hijo(s)	$50 por día, hasta 10 días después de un período de eliminación de 3 días.	$100 por día, hasta 20 días después de un período de eliminación de 3 días.

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

Guardian

Su cobertura por accidente

COBERTURA - DETALLES (Cont.)	Opción 1: Basic	Opción 2: Advantage
Limitación de afección preexistente de enfermedad con internación hospitalaria: afección preexistente incluye cualquier condición por la que usted, en el plazo especificado anterior a la cobertura de este plan, consultó a un médico, recibió tratamiento o tomó medicación recetada.	Período retrospectivo de 3 meses, Período de exclusión de 12 meses.	Período retrospectivo de 3 meses, Período de exclusión de 12 meses.
Límite de edad de hijos	Niños de nacimiento a 26 años de edad	Niños de nacimiento a 26 años de edad
FONDO DE EMERGENCIA	Cantidad del beneficio: $250 Transferencia Máxima: $125 Fondo Máximo: $500	Cantidad del beneficio: $400 Transferencia Máxima: $200 Fondo Máximo: $800
CARACTERÍSTICAS		
Ambulancia aérea	$500	$1,000
Ambulancia	$100	$200
Sangre/Plasma/Plaquetas	Ningún beneficio	$300
Quemaduras (segundo grado/tercer grado)	9 pulgadas cuadradas a 18 pulgadas cuadradas: $0/$1,000 18 pulgadas cuadradas a 35 pulgadas cuadradas: $500/$2,000 Más de 35 pulgadas cuadradas: $1,500/$6,000	9 pulgadas cuadradas a 18 pulgadas cuadradas: $0/$2,000 18 pulgadas cuadradas a 35 pulgadas cuadradas: $1,000/$4,000 Más de 35 pulgadas cuadradas: $3,000/$12,000
Quemadura/injerto de piel	50% del beneficio por quemadura	50% del beneficio por quemadura
Deporte organizado para niños – el Beneficio es pagado si el accidente cubierto ocurrió mientras su hijo cubierto, de 18 años de edad o menos, participa en un deporte organizado que está regido por una organización y requiere un registro formal para participar.	25% aumento para beneficios por hijo	25% aumento para beneficios por hijo
Visitas quiroprácticas	Ningún beneficio	$50/visita, hasta 6 visitas
Coma	$5,000	$10,000
Estudio de referencia de conmoción cerebral	$25	$25
Concusión	$50	$200
Examen diagnóstico (principal)	$50	$200
Dislocación	Anexo hasta $2,000	Anexo hasta $5,000
Visitas de seguimiento con el médico	$25, hasta 6 tratamiento	$50, hasta 6 tratamiento
Trabajo dental de emergencia	Ningún beneficio	$300/corona, $75/Extracción
Tratamiento de sala de emergencias	$100	$200
Manejo del dolor por anestesia epidural	Ningún beneficio	$100, 2 veces por accidente
Lesiones oculares	$100	$300
Atención familiar –– El beneficio se paga por cada niño que asiste a un centro de Cuidado Infantil mientras el asegurado está internado en un hospital, UCI o Centro Alternativo de Cuidado o Rehabilitación debido a lesiones sufridas en un accidente cubierto.	Ningún beneficio	$20/día, hasta 30 días
Fracturas	Anexo hasta $3,000	Anexo hasta $6,000
Herida por arma de fuego	$250	$750
Ingreso hospitalario	$500	$1,000

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

Guardian

Su cobertura por accidente

CARACTERÍSTICAS (Cont.)	Opción 1: Basic	Opción 2: Advantage
Internación hospitalaria	$100/día - hasta 1 año	$250/día - hasta 1 año
Ingreso a la unidad de cuidados intensivos de un hospital	$1,000	$2,000
Internación en la unidad de cuidados intensivos de un hospital	$200/día - hasta 15 días	$500/día - hasta 15 días
Consultorio médico inicial / Atención de urgencia	$50	$100
Reemplazo de articulación (cadera/rodilla/omoplato)	Ningún beneficio	$2,500/$1,250/$1,250
Cartílago de rodilla	Ningún beneficio	$500
Laceration	Anexo hasta $200	Anexo hasta $400
Alojamiento: el hospital debe estar a más de 50 millas del domicilio del asegurado.	Ningún beneficio	$125/día, hasta 30 días de estadía en hotel de acompañante
Aparato médico: silla de ruedas, scooter motorizado, soporte para la pierna o espalda, bastón, muletas, andador, bota para caminar que se extiende por encima del tobillo o collarín para el cuello.	Anexo hasta $300	Anexo hasta $500
Terapias ambulatorias	$25/día, hasta 10 días	$35/día, hasta 10 días
Trastorno de estrés postraumático	Ningún beneficio	$400
Prótesis o dispositivo protésico	Ningún beneficio	1: $500 2 o más: $1,000
Internación en unidad de rehabilitación	Ningún beneficio	$100/día, hasta 15 días
Hernia discal con reparación quirúrgica	Ningún beneficio	$500
Cirugía (craneal, abdominal abierta, torácica, hernia) Máx.	Anexo hasta $750 Hernia: $150	Anexo hasta $1,250 Hernia: $250
Cirugía (Exploratoria o Artroscópica)	$200	$400
Mango rotador/ligamentos/tendones	1: $250 2 o más: $500	1: $500 2 o más: $1,000
Transporte: el beneficio se paga si tiene que viajar más de 50 millas en un solo tramo para recibir tratamiento especial en un hospital o establecimiento en razón de un accidente cubierto.	Ningún beneficio	$0.50 por milla, limitado a $500/ida y vuelta, hasta 3 veces por accidente
Lesión cerebral traumática: una lesión no degenerativa, no congénita del cerebro debida a una fuerza externa no biológica que requiere hospitalización durante 48 horas o más y que resulta en un déficit neurológico permanente con pérdida significativa de la función muscular y síntomas clínicos persistentes.	Ningún beneficio	$4,000
Rayos X	$15	$40

ENTIENDA LOS BENEFICIOS DE SU PLAN -

- **Transporte público:** El beneficio se paga si la muerte de un asegurado ocurre en razón de un accidente cuando viaja en transporte público y pague pasaje. Si se paga este beneficio, no pagamos el beneficio por Muerte Accidental.
- **Desastre común:** El beneficio se paga si tanto usted como su cónyuge fallecen en un accidente cubierto o en accidentes cubiertos separados dentro del mismo período de 24 horas.
- **Adaptación razonable:** El beneficio se paga si es necesario realizar una modificación en la vivienda o vehículo del asegurado debido a una Pérdida Catastrófica o un Pérdida de miembros Accidental.
- **Tratamiento para en salas de emergencia:** solo se pagan beneficios cuando un asegurado se somete a evaluación médica o recibe tratamiento en un plazo de 72 horas después de un accidente cubierto.

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

Su cobertura por accidente

ENTIENDA LOS BENEFICIOS DE SU PLAN (Cont.) -

- **FONDO DE EMERGENCIA:** Puede pagar beneficios cuando un asegurado ha agotado una limitación de frecuencia que se aplica a un beneficio en específico. El fondo de emergencia se aplicará a los siguientes beneficios: ambulancia aérea, ambulancia, sangre/plasma/plaquetas, visitas quiroprácticas, examen de diagnóstico (mayor), visitas de seguimiento médico, trabajo dental de emergencia, manejo del dolor por anestesia epidural, lesiones oculares, cuidado familiar, fracturas, herida por arma de fuego, internamiento hospitalario, hospitalización en la UCI, reemplazo de articulación, cartílago de rodilla, alojamiento, terapias para pacientes ambulatorios, internamiento en una unidad de rehabilitación, disco roto con reparación quirúrgica, cirugía (craneal, abdominal abierta, torácica, hernia), cirugía (exploratoria y artroscópica), transporte y rayos X, si están incluidos en su plan.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES:

RESUMEN DE LIMITACIONES Y EXCLUSIONES EN ACCIDENTES:

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

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

Esta propuesta está cubierta sujeta a evaluación financiera satisfactoria.

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

Contrato N° GP-1-ACC-18

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

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

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

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

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

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

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

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

¿Busca un seguro médico integral?

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

¿Tiene preguntas sobre esta póliza?

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

Guardian®

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

Seguro de indemnización hospitalaria

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

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

¿Para quién es?

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

¿Qué cubre?

El seguro de salud cubre los gastos médicos durante la hospitalización, pero se pueden sumar otros gastos, como guardería, transporte, asistencia doméstica y cuidado de mascotas adicionales. La cobertura de indemnización hospitalaria proporciona beneficios de pago único en función de la admisión y los días de hospitalización, los que se pueden utilizar para ayudar con cualquier gasto.

¿Por qué debería considerarlo?

La cobertura de salud se está volviendo más costosa, con copagos, primas y deducibles más altos. El seguro de indemnización hospitalaria puede ayudar a cubrir los gastos de bolsillo asociados con la hospitalización, lo que brinda mayor seguridad financiera en caso de que surjan gastos no planificados a causa de una estancia en el hospital.

Además, el seguro de indemnización hospitalaria es transferible y los pagos se le hacen directamente a usted.

Prepárese

Kevin está hospitalizado tras una enfermedad y tiene que cubrir el costo de dos días como paciente ingresado.

Kevin se enfermó y lo admitieron en el hospital. Se sometió a una cirugía de emergencia y estuvo hospitalizado durante dos días mientras se recuperaba.

Su seguro de indemnización hospitalaria le entregó un beneficio de pago único que le brindó apoyo financiero durante su hospitalización.

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

Recibirá estos beneficios si cumple con las condiciones que se indican en la póliza. * Guardian nunca le pedirá que proporcione información personal confidencial, como su número de seguro social o fecha de nacimiento, ni que inicie sesión mediante códigos QR.

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

EMPLOYER SOLUTIONS GROUP, LLC
ALL ELIGIBLE NON-CORPORATE EMPLOYEES EXCEPT FLT-MED EMPLOYEES
2024-179695 (08/26)

Kit creado 11/19/2026
Número de Grupo: 00466845

Su cobertura de indemnización hospitalaria

	Indemnización Hospitalaria
	Opción 1
COBERTURA - DETALLES	
Su prima Mensual	$10.26
Usted y su cónyuge/pareja doméstica	$20.22
Usted y sus hijos	$17.12
Usted, su cónyuge/pareja doméstica y sus hijos	$27.08
Beneficio	
Admisión de hospital/Unidad de Cuidados Intensivos (ICU)	$1,000 por admisión, que se limita a 2 admisiones por asegurado.
Hospitalización/Internación en ICU	$100/$200 por día, que se limita a 30 días por asegurado por año de beneficio.
Hospitalización breve	$200 por día, que se limita a 1 días por asegurado por año de beneficio.
Atención en la sala de cuidados para recién nacidos	$100 por día, limitado a 1 día(s) por año de beneficios.
Aumento de la admisión de recién nacidos/Beneficio de hospitalización	25% de aumento en un beneficio para recién nacidos.
Deporte Organizado para Niños	25% de aumento en los beneficios para niños.
Tratamientos cubiertos	Enfermedad y lesiones
Limitación de afección preexistente: afección preexistente incluye cualquier condición por la que usted, en el plazo especificado anterior a la cobertura en este plan, consultó a un médico, recibió tratamiento o tomo medicación recetadas. Las limitaciones por afecciones preexistentes solo se aplican a las inscripciones tardías.	6 meses antes, 6 meses después
Límite de edad para los niños	Niños de nacimiento hasta 26 años

CÓMO ENTENDER SUS BENEFICIOS - INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

La admisión en hospital/UCI requiere una estadía hospitalaria de al menos 20 horas para que sea pagadera.

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

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

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

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

Hospitalización breve: debe permanecer en un hospital para observación o tratamiento durante un período de 8 a 19 horas. Una estadía hospitalaria breve no es pagadera el mismo día de la admisión en hospital/UCI o de la hospitalización/UCI.

Deporte Organizado para Niños – el Beneficio es pagado si la hospitalización cubierta ocurrió mientras su hijo cubierto participa en un deporte organizado que está regido por una organización y requiere un registro formal para participar. Este beneficio solo se paga si la cobertura del hijo se incluye en el plan.

Aumento de la admisión de recién nacidos/Beneficio de hospitalización: el aumento del porcentaje se aplica a los beneficios de admisión en la UCI de un recién nacido y hospitalización en la UCI cuando es admitido en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

Su cobertura de indemnización hospitalaria

CÓMO ENTENDER SUS BENEFICIOS - INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA (Cont.)

Atención en la sala de cuidados para recién nacidos: el beneficio se paga por cada día que su recién nacido esté hospitalizado inmediatamente después del nacimiento. Este beneficio no es pagadero ningún día en el que se pague otro beneficio por su bebé recién nacido.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES:

Requisitos para tener derecho a la cobertura: los empleados deben estar trabajando de manera legal (a) en Estados Unidos o (b) fuera de Estados Unidos, para un empleador con sede en Estados Unidos, en un país o región aprobados por Guardian

Es obligatorio que sean empleados a tiempo completo en la fecha de entrada en vigencia de la cobertura; en caso contrario, esta entrará en vigencia después de haber cumplido el período de carencia específico.

El solicitante debe inscribirse en el plazo de 31 días a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Cada año se abrirá un período de inscripción de 30 días especificado por el titular de la póliza. Si un solicitante no se inscribe durante el período de inscripción inicial, no podrá hacerlo hasta el siguiente período de inscripción abierta.

Este Plan no pagará beneficios por:

Cualquier atención, servicio, producto o tratamiento que se reciba cuando esta cobertura no esté vigente.

Cualquier atención, servicio, producto o tratamiento que brinde un miembro de su familia inmediata.

Una enfermedad o afección que haya contribuido o sea el resultado de cualquiera de las siguientes opciones:

- utilizar voluntariamente cualquier sustancia tóxica, química o definida como una sustancia controlada en el Título II de la Ley de Prevención y Control Integral del Abuso de Drogas de 1970 o medicamento recetado, a menos que lo indique un médico y se utilice según lo prescrito
- de manera voluntaria con un medicamento sin receta incompatible con las instrucciones del paquete
- estar legalmente intoxicado
- participar en cualquier actividad ilegal
- viajar o volar en cualquier tipo de aeronave, excepto como pasajero que paga la tarifa en una aerolínea autorizada para transportar pasajeros por una tarifa
- participar en cualquier tipo de actividad deportiva para compensación o ganancia, incluido el entrenamiento o arbitraje
- montar o conducir un vehículo motorizado en una carrera, un espectáculo de acrobacias o una prueba de velocidad
- participar en aladeltismo, puenting, parapente, paravelismo, vuelo en globo, paracaidismo o caída libre
- guerra o acto de guerra, incluso si la guerra no se declara

Cualquier atención, servicio, producto o tratamiento que infrinja las leyes locales, estatales o federales o para los que nuestro pago del beneficio violaría las leyes locales, estatales o federales.

Cirugía electiva o cosmética. Una cirugía programada es una o más de estas opciones:

- cirugía que no sea necesaria para diagnosticar, tratar o prevenir una enfermedad o lesión
- cirugía que no sea médicamente adecuada o que no esté dentro de los estándares de la práctica médica generalmente aceptada
- cirugía cuyo objetivo es mejorar la apariencia física, a menos que sea necesaria para corregir una deformidad causada por una anomalía congénita o una desfiguración como resultado de una enfermedad o lesión.

Esta exclusión no se aplica a la cirugía reconstructiva que se presenta en alguna de estas partes:

- en una parte lesionada del cuerpo después de una infección o enfermedad de la parte afectada
- en una mama no enferma para restaurar y lograr simetría entre dos mamas después de una mastectomía
- para corregir un defecto congénito o anomalía de un recién nacido o lactante adoptado cubierto
- transformación de género.

Cualquier atención, servicio, producto o tratamiento relacionado con el alcoholismo o la adicción a las drogas.

Cualquier atención, servicio, producto o tratamiento para trastornos mentales, nerviosos o emocionales.

Limpiezas dentales, radiografías, atención o tratamiento

Pruebas y tratamiento de trastornos del sueño

Cualquier tratamiento, servicio o producto que sea experimental o esté en fase de investigación según lo determine la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU.

Una afección preexistente incluye cualquier afección (incluido el embarazo) para la cual una persona cubierta, en el período de revisión anterior a la cobertura de este plan, (1) recibe asesoramiento o tratamiento de un Médico, (2) se somete a procedimientos de diagnóstico, que no sean pruebas de rutina en ausencia de síntomas o sospecha del proceso de una enfermedad por parte de un Médico, (3) se recetan o toman medicamentos recetados, o (4) recibe otra atención o tratamiento médico, incluida una consulta con un Médico. Consulte los documentos del plan para conocer los plazos específicos. Sujeto a variaciones dispuestas por cada estado.

Plan nuevo (no transferido): durante el período de exclusión, este plan no se hace cargo de los gastos relacionados con una enfermedad preexistente. Si el plan se transfiere de otra compañía de seguros, el tiempo que un asegurado está cubierto por ese plan se aplicará al período de limitación de afecciones preexistentes establecido por Guardian. Por favor, consulte los detalles del plan para conocer los plazos específicos.

HI-25-P

Su cobertura de indemnización hospitalaria

El seguro de indemnización hospitalaria Guardian está suscrito por The Guardian Life Insurance Company of America, New York, NY y no será efectivo hasta que lo apruebe un asegurador de Guardian. En el estado de Colorado, la cobertura se denomina Indemnización hospitalaria con beneficios por buen estado de salud, cuando se incluyen los Beneficios por buen estado de salud. Los productos no están disponibles en todos los estados. Se aplican limitaciones y exclusiones de la póliza. Los usuarios y/o características opcionales pueden generar costos adicionales. Los documentos del plan son los que rigen definitivamente la cobertura. Esta póliza solo proporciona seguro hospitalario limitado. No proporciona seguro médico básico o principal, tal como los define el Departamento de servicios financieros del estado de New York. Formulario de la póliza # HI-25-P

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

Guardian + Wellthy

Servicios de apoyo al cuidador

Soporte integral para cada estado de la vida

Los empleados como usted afrontan responsabilidades complejas en el trabajo y en el hogar. El apoyo al cuidador que se ofrece a través de Guardian + Wellthy se adapta a sus necesidades individuales. Desde abordar la maternidad o paternidad hasta organizar la atención en el hogar para un ser querido, usted está cubierto con este servicio integrado directamente en su seguro de indemnización hospitalaria de Guardian.

Acceda a un apoyo realmente personalizado para ayudarlo en su viaje como cuidador, incluso si necesita lo siguiente:

- **Ayuda para tratar una afección de salud**
- **Apoyo para el cuidado de niños y asistencia a adolescentes**
- **Asistencia en el cuidado de un ser querido de edad avanzada**
- **Apoyo para la salud mental y el bienestar**
- **Orientación ante el final de la vida y las pérdidas**
- **Ayuda para abordar las dificultades financieras**

Con la ayuda de los servicios de apoyo de los cuidadores de Guardian + Wellthy, puede planificar futuras responsabilidades de cuidados, obtener orientación para sus necesidades actuales o conectarse con otras personas que están atravesando las tareas de cuidado en situaciones similares. Tendrá acceso a herramientas de autoservicio, recursos y apoyo específico.

Cómo acceder

Visite

guardianwell.com

Busque la página de Guardian + Wellthy para obtener información sobre cómo acceder a los beneficios para cuidadores.

Nota: Los usuarios que ingresan a GuardianWell™ por primera vez deberán registrarse.

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

Los resultados individuales pueden variar debido a los aspectos únicos de cada situación de cuidado. El seguro de indemnización hospitalaria de Guardian está suscrito y emitido por The Guardian Life Insurance Company of America, Nueva York, NY. Este contenido publicitario no está destinado actualmente a ninguna persona en el estado de Nuevo México. En el estado de Colorado, la cobertura se denomina Indemnización hospitalaria con beneficios de bienestar, cuando se incluyen los beneficios de bienestar. Los productos no están disponibles en todos los estados. Se aplican limitaciones y exclusiones de la póliza. Los usuarios o características opcionales pueden generar costos adicionales. Este es un plan limitado de seguro de salud complementario que proporciona el apoyo financiero especificado, como pago único o indemnización, tras una hospitalización cubierta. Esta no es una cobertura esencial mínima según la definición de la ley federal. Esta cobertura no reembolsará los gastos hospitalarios o médicos. No proporciona seguro médico básico ni seguro médico principal, según la definición del Departamento de Servicios Financieros del estado de Nueva York. En Washington, el formulario de certificado es el documento oficial aprobado por el Estado. Política genérica #HI-25-P. El formulario aprobado por el estado es el documento rector. Wellthy, Inc. ("Wellthy") es proveedor de The Guardian Life Insurance Company of America ("Guardian"). Wellthy y Guardian no son entidades afiliadas. Wellthy brinda a un coordinador de cuidados para integrar recursos de cuidado que se contratan por separado (por ejemplo, cuidado de ancianos, cuidado de niños, etc.) para el beneficio de un miembro o de sus dependientes permitidos ("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 Wellthy se reservan el derecho a interrumpir los Servicios en cualquier momento, sin previo aviso. Es posible que los servicios no estén disponibles en todos los estados. GuardianWell es una d/b/a de Guardian Membership LLC, una filial de The Guardian Life Insurance Company of America ("GLIC"). GuardianWell no es una aseguradora ni tiene licencia para vender productos de seguros. GuardianWell es una marca comercial de GLIC.

GUARDIAN® is a registered trademark of The Guardian Life Insurance Company of America
© Copyright 2025 The Guardian Life Insurance Company of America

7695262.1 (3/27)

Guardian + CARROT

Apoyo a la fertilidad saludable y la creación de una familia

Orientación personalizada y recursos educativos integrales

Abordar el tema de la fertilidad, la planificación familiar o la salud hormonal puede ser abrumador. A través de su seguro de indemnización hospitalaria de Guardian, tiene acceso a recursos educativos que incluyen sesiones de expertos "en directo" para mantenerlo informado durante su viaje.

Acceda a apoyo y educación

- programe hasta tres sesiones educativas por año del plan con expertos en una amplia variedad de especialidades, como apoyo emocional, nutrición, salud pélvica, lactancia y más
- asista a un número ilimitado de sesiones grupales en línea sobre temas relevantes
- acceso virtual ilimitado a recursos educativos como artículos, videos y un buscador de proveedores aprobados

Puede obtener apoyo a través de una variedad de trayectos de salud, entre los que se incluyen los siguientes:

- **Creación de una familia**
- **Fertilidad**
- **Urología**
- **Maternidad**
- **Apoyo a la crianza de los hijos**
- **Menopausia y testosterona baja**
- **Apoyo posparto**
- **Y mucho más**

Este servicio solo está disponible si tiene líneas de cobertura elegibles. Consulte con el administrador de su plan para obtener más detalles. Carrot solo proporciona recursos educativos y no es un proveedor de servicios de salud.

Cómo acceder

Visite

guardianwell.com

Busque la página de Guardian + Carrot y descubra cómo acceder al apoyo a la fertilidad saludable de por vida y la creación de una familia.

Nota: Los usuarios que ingresan a GuardianWell™ por primera vez deberán registrarse.

El seguro de indemnización hospitalaria de Guardian está suscrito y emitido por The Guardian Life Insurance Company of America, Nueva York, NY. Este contenido publicitario no está destinado actualmente a ninguna persona en el estado de Nuevo México. En el estado de Colorado, la cobertura se denomina Indemnización hospitalaria con beneficios de bienestar, cuando se incluyen los beneficios de bienestar. Los productos no están disponibles en todos los estados. Se aplican limitaciones y exclusiones de la póliza. Los usuarios o características opcionales pueden generar costos adicionales. Este es un plan limitado de seguro de salud complementario que proporciona el apoyo financiero especificado, como pago único o indemnización, tras una hospitalización cubierta. Esta no es una cobertura esencial mínima según la definición de la ley federal. Esta cobertura no reembolsará los gastos hospitalarios o médicos. No proporciona seguro médico básico ni seguro médico principal, según la definición del Departamento de Servicios Financieros del estado de Nueva York. En Washington, el formulario de certificado es el documento oficial aprobado por el Estado. Formulario de política genérica #HI-25-P. El formulario aprobado por el estado es el documento rector. Los resultados individuales pueden variar debido a los aspectos únicos de cada situación. Carrot solo proporciona recursos educativos y no es un proveedor de problemas de salud. Carrot es proveedor de The Guardian Life Insurance Company of America ("Guardian"). Carrot y Guardian no son entidades afiliadas. Guardian no controla ni proporciona ninguna parte de los servicios de Carrot y no asume ninguna responsabilidad por su prestación. Este recurso informativo no es un contrato y únicamente tiene fines ilustrativos. Guardian y Carrot se reservan el derecho a interrumpir los servicios en cualquier momento, sin previo aviso. Es posible que los servicios no estén disponibles en todos los estados. GuardianWell es una d/b/a de Guardian Membership LLC, una filial de The Guardian Life Insurance Company of America ("GLIC"). GuardianWell no es una aseguradora ni tiene licencia para vender productos de seguros. GuardianWell es una marca comercial de GLIC.

GUARDIAN® is a registered trademark of The Guardian Life Insurance Company of America
© Copyright 2025 The Guardian Life Insurance Company of America

7686009.1 (3/27)

Guardian®

Prueba de asegurabilidad (EOI) electrónica

Completar su Evidencia de Asegurabilidad (EOI) en línea: es sencillo, seguro y solo toma unos minutos.

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

La EOI electrónica simplifica las cosas

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

La EOI electrónica se puede utilizar para lo siguiente*:

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



Cómo funciona

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

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

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

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

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

©Copyright 2025 The Guardian Life Insurance Company of America
8197977.1 (07/27)

Guardian®

Su Employee Assistance Program de Guardian Resources®

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

El Employee Assistance Program de Guardian proporciona asesoramiento confidencial, orientación de especialistas 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

Cómo acceder

Asistencia disponible 24/7

Llame al
1 855 239 0743
TRS: Dial 711

Visit
guidanceresources.com

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

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 responsabilidad por su prestación. Este recurso informativo no es un contrato y solo tiene fines ilustrativos. Únicamente la póliza contiene 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 New York y Hawaii.

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

©Copyright 2025 The Guardian Life Insurance Company of America
8197720.1 (07/27)

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 impriman 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

Aplicación: GuidanceNow℠
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. Los servicios de preparación de testamentos en línea (Servicios) son proporcionados por ComPsych. 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 a 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 New York y Hawaii. 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 2026 The Guardian Life Insurance Company of America

8815485.1 (03/28)

Guardian®

Nuestro compromiso con usted

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

Información importante

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

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

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

Servicios de idiomas sin costo

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

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

Seguro de incapacidad

Aviso de compensación por incapacidad

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

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

Cuidado de la 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 **EMPLOYER SOLUTIONS GROUP, LLC**	Número de plan colectivo: **00466845**	Beneficios con vigencia a partir de:_____

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

❑ Modificar información

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

Clase: ALL ELIGIBLE NON-CORPORATE EMPLOYEES EXCEPT FLT-MED EMPLOYEES

División:_____ Código de subtotal:_____ **(Solicítelo a su Empleador/Titular del plan)**

Acerca de usted:

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

Identificación proporcionada por el Empleador/Titular del plan:

_____

Número de seguro social

___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___

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

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

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

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

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

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

Acerca de su trabajo:

Horas trabajadas por semana: _____ Puesto de trabajo:

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

Acerca de su familia: Incluya los nombres de los dependientes que desea inscribir para que reciban cobertura. Se puede solicitar más información para dependientes.

RETIRAR EL FORMULARIO COMPLETO Y REMITIR AL EMPLEADOR
FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMULARIO: Nov 19, 2026

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

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)

❑ Enfermedad Critica

❑ Accidente ❑ Empleado/Miembro ❑ Conyuge ❑ Hijo(s)

❑ Plan Voluntario de Incapacidad a Largo Plazo

❑ Plan Voluntario de Incapacidad a Corto Plazo

Pérdida de otra cobertura:

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

❑ Divorcio _____-_____-_____

❑ Muerte del cónyuge_____-_____-_____

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

Pérdida de la cobertura ❑ Seguro dental ❑ Vista

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

❑ Estoy cubierto por otro plan de seguros.

❑ Otros _____

(es posible que se solicite información adicional)

Número de plan colectivo de Guardian: **00466845** Escriba el nombre del empleado con letra de molde:

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

	Empleado/Miembro solamente	Empleado/Miembro y cónyuge	Empleado/Miembro y dependientes/hijos	Empleado/Miembro, cónyuge y dependientes/hijos
PPO	❑	❑	❑	❑

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

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

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

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

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

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

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				

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

❑ No quiero esta cobertura

Agregar **seguro de Vida Voluntario para Cónyuge**

Monto de la póliza

❑ $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	❑ $140,000	❑ $145,000	❑ $150,000	❑ $155,000	❑ $160,000
❑ $165,000	❑ $170,000	❑ $175,000	❑ $180,000	❑ $185,000	❑ $190,000
❑ $200,000	❑ $205,000	❑ $210,000	❑ $215,000	❑ $220,000	❑ $225,000
❑ $230,000	❑ $235,000	❑ $240,000	❑ $245,000	❑ $250,000	

**Monto de emisión de garantía*

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

❑ No quiero esta cobertura

RETIRAR EL FORMULARIO COMPLETO Y REMITIR AL EMPLEADOR

***Agregar* seguro de Vida Voluntario para Hijos**

Monto de la póliza

❑ **$10,000***

**Monto de emisión de garantía*

****El monto no podrá superar el 10% 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 se necesita espacio adicional, adjunte una hoja de papel aparte con esta información junto con su formulario de inscripción. Asegúrese de firmar y fechar (mm-dd-aa) el papel y guarde una copia para sus registros.

Beneficiarios principal:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Custodio de los beneficiarios menores de edad:

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

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

Teléfono: ( ) -

Cobertura de Incapacidad a Corto Plazo (STD):

Beneficio semanal

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

❑ No deseo esta cobertura.

Cobertura de Incapacidad a Largo Plazo (LTD):

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

Beneficio mensual

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

❑ No deseo esta cobertura.

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

Aaplican reducciones de beneficios. Consulte al administrador del plan.

Empleado/Miembro

Monto del seguro ❑ $5,000 ❑ $10,000 ❑ $15,000 ❑ $20,000

❑ No quiero esta cobertura.

Cónyuge

Monto del seguro Hasta el 50% del monto para Empleado/Miembros y de hasta un máximo de $10,000

❑ $2,500 ❑ $5,000 ❑ $7,500 ❑ $10,000

❑ No quiero esta cobertura.

Hijo(s) dependientes

Monto del seguro ❑25% del monto del Empleado/Miembro

❑ No quiero esta cobertura.

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

Beneficiarios principal:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cobertura de Accidentes Para cubrir a sus miembros de la familia, usted debe estar inscrito.. **Marcar un casillero únicamente.**

Su prima Mensual	Empleado/Miembros solamente	Empleado/Miembros y cónyuge	Empleado/Miembros y dependientes/hijos	Empleado/Miembros, cónyuge y dependientes/hijos
Opción 1: Basic	❑	❑	❑	❑
Opción 2: Advantage	❑	❑	❑	❑

❑ No deseo esta cobertura.

Número de plan colectivo de Guardian: **00466845** Escriba el nombre del empleado con letra de molde:

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

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

Beneficiarios principal:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cobertura de Indemnización Hospitalaria

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

Su prima Mensual	Empleado/Miembros solamente	Empleado/Miembros y cónyuge	Empleado/Miembros y hijos	Empleado/Miembros, cónyuge y dependientes/hijos
	❑ $10.26	❑ $20.22	❑ $17.12	❑ $27.08
	❑ No deseo esta cobertura.	❑ No deseo esta cobertura.	❑ No deseo esta cobertura.	❑ No deseo esta cobertura.

Firma

- Entiendo que mis dependientes/miembros de la familia no pueden inscribirse en una cobertura si yo no estoy inscrito en ella.
- La presentación de este formulario no garantiza cobertura. Entre otras cosas, la cobertura depende de la aprobación de la suscripción y de cumplir con los requisitos de elegibilidad aplicables.
- 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 la cobertura de seguro para un hijo adoptado comienza en la fecha en que es entregado en adopción.

RETIRAR EL FORMULARIO COMPLETO Y REMITIR AL EMPLEADOR

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

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

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

La siguiente sección se aplica a estas cobertura (s): Cobertura de Accidentes, Cobertura de Cáncer, Cobertura de Enfermedades Críticas, Cobertura de Indemnización Hospitalaria:

NOTA AL CONSUMIDOR: ESTA COBERTURA ES UN SUPLEMENTO AL SEGURO MÉDICO Y NO SUSTITUYE LA COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL. LA FALTA DE COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL (U OTRA COBERTURA MÍNIMA ESENCIAL) PUEDE RESULTAR EN PAGOS ADICIONALES CON SUS IMPUESTOS. ADEMÁS, LOS BENEFICIOS QUE PROVEE ESTA POLÍTICA NO SE PUEDEN COORDINAR CON LOS BENEFICIOS QUE PROVEE OTRA COBERTURA. POR FAVOR, REVISE LOS BENEFICIOS PROVISTOS POR ESTA POLÍTICA DETENIDAMENTE PARA EVITAR UNA DOBLE COBERTURA.

La siguiente sección se aplica a estas cobertura (s): Cobertura de Accidentes, Cobertura de Cáncer, Cobertura de Enfermedades Críticas, Cobertura de Indemnización Hospitalaria:

NOTA AL CONSUMIDOR: ESTA COBERTURA ES UN SUPLEMENTO AL SEGURO MÉDICO Y NO SUSTITUYE LA COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL. LA FALTA DE COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL (U OTRA COBERTURA MÍNIMA ESENCIAL) PUEDE RESULTAR EN PAGOS ADICIONALES CON SUS IMPUESTOS. ADEMÁS, LOS BENEFICIOS QUE PROVEE ESTA POLÍTICA NO SE PUEDEN COORDINAR CON LOS BENEFICIOS QUE PROVEE OTRA COBERTURA. POR FAVOR, REVISE LOS BENEFICIOS PROVISTOS POR ESTA POLÍTICA DETENIDAMENTE PARA EVITAR UNA DOBLE COBERTURA.

FIRMA DEL EMPLEADO/MIEMBRO X_____ FECHA_____

Declaraciones de advertencia de fraude

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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