



## Bienvenido a los

# Beneficios en el lugar de trabajo

### Todos merecen un Guardian

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

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

### Sus opciones de cobertura



**Seguro de enfermedad crítica**

Se encarga de los gastos si usted se encuentra críticamente enfermo

### Conozca sus beneficios

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

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

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

**ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE**



# Seguro de enfermedad crítica

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

Es un pago en efectivo que recibe si alguna vez experimenta una enfermedad crítica como el cáncer, un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular, lo que le brinda el apoyo financiero para enfocarse en la recuperación.

## ¿Para quién es?

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

## ¿Qué cubre?

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

## ¿Por qué debería considerarlo?

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

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

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



## Costos por afecciones críticas

John es hospitalizado después de un ataque cardíaco y tiene que cubrir el costo de la hospitalización de cinco días.

Gasto promedio de hospitalización por ataque cardíaco: **\$53,000**

Deducible médico principal promedio: **\$1,500**

La cobertura médica importante cubre el 80% del costo después de que se alcanza el deducible, pero John sigue siendo responsable del 20%: **\$10,300**

Monto total del gasto de bolsillo de John (deducible + coseguro): **\$11,800**

John tiene una póliza de enfermedad crítica de Guardian por un valor de **\$10,000** que cubre la mayoría de estos gastos de bolsillo.

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



# Su cobertura de enfermedad crítica

## ENFERMEDAD CRÍTICA

### Monto del beneficio

Los empleados pueden optar por recibir el beneficio en una suma única de \$10,000 a \$30,000 en incrementos de \$10,000.

### ENFERMEDADES

#### Cáncer

	I <sup>a</sup> OCURRENCIA	2 <sup>a</sup> OCURRENCIA
Cáncer invasivo	100%	100%
Carcinoma in situ	30%	30%
Tumor cerebral o espinal benigno	100%	100%
Cáncer de piel	\$500	\$0
BRCA 1 y BRCA 2	30%	No se cubre
Insuficiencia de la médula ósea (incluidas las células madre)	100%	100%

#### Enfermedad pulmonares y vasculares

Aneurisma	10%	10%
Embolia pulmonar	30%	30%
Accidente cerebrovascular: moderado	50%	50%
Accidente cerebrovascular: grave	100%	100%
Accidente isquémico transitorio (AIT)	10%	10%

#### Afecciones cardíacas

Arteriopatía coronaria	10%	10%
Arteriopatía coronaria: se necesita bypass	50%	50%
Ataque cardíaco	100%	100%
Insuficiencia cardíaca	100%	100%
Marcapasos	10%	10%

#### Afecciones adicionales

Falla renal	100%	100%
Falla orgánica múltiple	100%	100%

#### SOLO I.<sup>a</sup> OCURRENCIA

Enfermedad de Addison	30%
Coma	100%
Pérdida de la audición	100%
Pérdida de la vista	100%
Pérdida del habla	100%
Parálisis permanente	100% para 1 o más extremidades
Quemaduras graves	100%

#### Trastornos crónicos

Enfermedad de Crohn	30%
Epilepsia	10%
Lupus	30%
Colitis ulcerosa	30%

#### Trastornos neurológicos



# Su cobertura de enfermedad crítica

## ENFERMEDAD CRÍTICA

Enfermedad de Alzheimer: temprana	50%
Enfermedad de Alzheimer: avanzada	100%
ELA (enfermedad de Lou Gehrig)	100%
Demencia: otras causas	100%
Enfermedad de Huntington	30%
Esclerosis múltiple: temprana	50%
Esclerosis múltiple: avanzada	100%
Miastenia gravis	30%
Enfermedad de Parkinson: temprana	50%
Enfermedad de Parkinson: avanzada	100%

### Enfermedades y trastornos infantiles

Trastorno del espectro autista	100%
Parálisis cerebral	100%
Labio leporino/paladar hendido	100%
Pie equinovaro	100%
Cardiopatía congénita	100%
Fibrosis quística	100%
Diabetes: tipo I	100%
Síndrome de Down	100%
Hemofilia	100%
Síndrome inflamatorio multisistémico (SIM)	100%
Atrofia muscular	100%
Espina bífida	100%

**Beneficio de cónyuge** Pueden optar por recibir el beneficio en una suma única de \$10,000 a \$30,000 en incrementos de \$10,000 de hasta el 100% del beneficio en suma única del empleado.

**Beneficios por hijo – Niños de Nacimiento a 26 años de edad** 50% de suma única de beneficio del empleado

**Emisión garantizada:** “Garantizada” significa que usted no está obligado a responder preguntas de salud para tener derecho a recibir cobertura hasta el monto especificado, inclusive, cuando contrata la cobertura durante el plazo de inscripción inicial o el período de inscripción abierta anual.

Garantizamos la emisión hasta:  
 \$30,000  
 Por cónyuge:  
 \$30,000

Por hijo: todos los montos

**Las preguntas de salud son obligatorias si el monto elegido supera la emisión de garantía.**

**Limitación de condición preexistente:** Una condición preexistente incluye cualquier condición por la que usted, en el plazo especificado anterior a la cobertura conforme a este plan, consultó a un médico, recibió tratamiento o tomó medicamentos recetados.

No Aplicable



# Su cobertura de enfermedad crítica

## ENFERMEDAD CRÍTICA

**Renuncia de primas:** Si queda incapacitado debido a una enfermedad grave cubierta que se diagnostica después de la fecha de entrada en vigor del contrato del empleado y permanece incapacitado durante 90 días, renunciaremos a la prima adeudada después de dichos 90 días por el período que permanezca incapacitado.

Incluido

**Beneficio de exámenes de salud**

Límite de \$50 empleado, \$50 cónyuge, \$50 hijo por año.

### Definición de condición

- **Mutación de BRCA1 o BRCA2:** se produce la fecha en que está previsto que se someta a una mastectomía o a una extirpación de ovarios o trompas de Falopio antes de que le diagnostiquen cáncer de mama o de ovarios como medida preventiva.
- **Accidente cardiovascular moderado:** requiere evidencia clínica de infarto de tejido cerebral o hemorragia intracraneal o subaracnoidea.
- **Accidente cerebrovascular grave:** déficit neurológico permanente que persiste al menos 30 días después del evento.
- **Enfermedad de arteriopatía coronaria:** requiere un diagnóstico y un nivel de gravedad que requieran uno o más de los siguientes procedimientos: aterectomía (rotación o láser), angioplastia con balón, angioplastia con láser, implante de stent, trombectomía (angiojet).
- **Arteriopatía coronaria que requiere un bypass:** requiere un diagnóstico de tal gravedad que precise uno o varios injertos de bypass coronario.
- **Insuficiencia cardíaca:** requiere un reemplazo o aceptación de la válvula cardíaca en la lista de espera del trasplante cardíaco.
- **Falla renal:** ocurre en la fecha anterior en que comienza la diálisis renal o peritoneal, o en la fecha en que usted es aceptado en la lista de espera de trasplante de riñón de un programa de trasplante de riñón reconocido en los Estados Unidos.
- **Falla orgánica múltiple:** se produce en la fecha en que se acepta el trasplante de hígado, páncreas o pulmón en la lista de espera de un programa de trasplante reconocido en los Estados Unidos.
- **Enfermedad de Crohn:** el beneficio está disponible para el diagnóstico inicial de la enfermedad, no para los brotes periódicos que puedan ocurrir después del diagnóstico inicial.
- **Epilepsia:** requiere diagnóstico después de al menos dos convulsiones, con 24 horas de diferencia y sin activación conocida.
- **Lupus:** requiere al menos cuatro síntomas presentes en el momento del diagnóstico. El beneficio está disponible para el diagnóstico inicial de la enfermedad, no para los brotes periódicos que puedan ocurrir después del diagnóstico inicial.
- **Colitis ulcerosa:** el beneficio está disponible para el diagnóstico inicial con base en los resultados de una colonoscopia, no para brotes periódicos que pueden ocurrir después del diagnóstico inicial.
- **Enfermedad de Alzheimer en etapa temprana:** se produce en la fecha en que un médico diagnostica la progresión que causa una pérdida de la capacidad cognitiva y el funcionamiento.
- **Enfermedad de Alzheimer avanzada:** ocurre en la fecha en que un médico diagnostica que la disminución cognitiva ha progresado hasta el punto de que hay una incapacidad permanente para realizar 2 o más actividades de la vida diaria.
- **Esclerosis múltiple (EM) en etapa temprana:** debe ser diagnosticada por un médico y confirmada por exámenes neurológicos, estudios por imágenes y análisis del líquido cefalorraquídeo.
- **Esclerosis múltiple (EM) en etapa avanzada:** requiere déficits neurológicos durante al menos seis meses y confirmados por exámenes neurológicos, estudios de imágenes y análisis del líquido cefalorraquídeo.
- **Enfermedad de Parkinson en etapa temprana:** ocurre en la fecha en que un médico diagnosticó al menos 1 síntoma que afecta el movimiento y el sistema nervioso central.
- **Enfermedad de Parkinson avanzada:** se produce en la fecha de diagnóstico por parte de un médico y requiere al menos 3 o más síntomas que afectan el movimiento y el sistema nervioso central.

## Modelo de costos de enfermedad crítica

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

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

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

Mensual Primas mostradas  
Costo de la elección por franja de edad

Monto de beneficio		< 25	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+
<b>Empleado</b>												
\$10,000	Sin consumo de tabaco	\$1.80	\$2.50	\$3.20	\$4.20	\$5.90	\$8.60	\$13.50	\$19.90	\$29.50	\$41.20	\$53.60
	Tobaco	\$2.60	\$4.00	\$5.00	\$6.80	\$9.60	\$14.10	\$22.30	\$33.00	\$49.40	\$69.00	\$90.00
\$20,000	Sin consumo de tabaco	\$3.60	\$5.00	\$6.40	\$8.40	\$11.80	\$17.20	\$27.00	\$39.80	\$59.00	\$82.40	\$107.20
	Tobaco	\$5.20	\$8.00	\$10.00	\$13.60	\$19.20	\$28.20	\$44.60	\$66.00	\$98.80	\$138.00	\$180.00
\$30,000	Sin consumo de tabaco	\$5.40	\$7.50	\$9.60	\$12.60	\$17.70	\$25.80	\$40.50	\$59.70	\$88.50	\$123.60	\$160.80
	Tobaco	\$7.80	\$12.00	\$15.00	\$20.40	\$28.80	\$42.30	\$66.90	\$99.00	\$148.20	\$207.00	\$270.00
<b>Monto del beneficio de hasta el 100% del monto para empleados y de hasta un máximo de \$30,000</b>												
<b>Cónyuge</b>												
\$10,000	Sin consumo de tabaco	\$1.80	\$2.50	\$3.20	\$4.20	\$5.90	\$8.60	\$13.50	\$19.90	\$29.50	\$41.20	\$53.60
	Tobaco	\$2.60	\$4.00	\$5.00	\$6.80	\$9.60	\$14.10	\$22.30	\$33.00	\$49.40	\$69.00	\$90.00
\$20,000	Sin consumo de tabaco	\$3.60	\$5.00	\$6.40	\$8.40	\$11.80	\$17.20	\$27.00	\$39.80	\$59.00	\$82.40	\$107.20
	Tobaco	\$5.20	\$8.00	\$10.00	\$13.60	\$19.20	\$28.20	\$44.60	\$66.00	\$98.80	\$138.00	\$180.00
\$30,000	Sin consumo de tabaco	\$5.40	\$7.50	\$9.60	\$12.60	\$17.70	\$25.80	\$40.50	\$59.70	\$88.50	\$123.60	\$160.80
	Tobaco	\$7.80	\$12.00	\$15.00	\$20.40	\$28.80	\$42.30	\$66.90	\$99.00	\$148.20	\$207.00	\$270.00

## EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

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

No se pagarán beneficios por una segunda aparición ("reaparición") de una enfermedad grave, a menos que la persona cubierta no haya presentado síntomas ni recibido atención o tratamiento por dicha enfermedad grave durante un mínimo de 6 meses consecutivos antes de la reaparición. A efectos de esta exclusión, la atención o el tratamiento no comprenden lo siguiente: (1) medicamentos preventivos en ausencia de enfermedad y (2) consultas rutinarias de seguimiento programadas con un médico. Si una enfermedad provoca o agrava otra, solo abonaremos los beneficios de una de ellas. Pagaremos por la enfermedad que tenga el mayor beneficio. Si los montos de los beneficios por enfermedad son iguales, lo dejaremos elegir cuál de los dos pagamos.

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

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

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

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

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

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

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

Contrato N° CI – 23 - P

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; CI – 23 - P



# 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.

---

**ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE**



The Guardian Life Insurance Company of America

The Guardian Life Insurance Company Of America suscribe cobertura por seguro de vida de grupo a plazo, muerte accidental y pérdida de miembro, incapacidad a corto plazo, incapacidad a largo plazo, enfermedad crítica, dental, visión, y accidentes.

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

Por favor escribir claramente y marcar con cuidado.

Nombre del Empleador/Titular del plan Region 3 ESC Número de plan colectivo: 00063615 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: \_\_\_\_\_ División: \_\_\_\_\_ Código de subtotal: \_\_\_\_\_ (Solicítelo a su Empleador/Titular del plan)

Acerca de usted: Nombre legal completo, Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido: \_\_\_\_\_ Cal es el nombre con el que pasas? (opcional) Identificación proporcionada por el Empleador/Titular del plan: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Debe proporcionar su número de seguro social si se inscribe para la cobertura de vida. Cobertura por discapacidad a corto plazo y / o cobertura por discapacidad a largo plazo.

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Identidad de Género: [ ] M [ ] F Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Teléfono: (indicar primaria): [ ] la casa ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ [ ] trabajar ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ [ ] el telefono movil ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: (indicar primaria) [ ] la casa \_\_\_\_\_ [ ] trabajar \_\_\_\_\_

¿Está casado o 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: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

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

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

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

**Cobertura De Enfermedad Crítica:** Para cubrir a sus dependientes/familiares, usted debe estar inscrito.  
*Aplican reducciones de beneficios. Consulte al administrador del plan.*

**Empleado/Miembro**  
Monto del seguro       \$10,000       \$20,000       \$30,000  
 No quiero esta cobertura.

**Cónyuge**  
Monto del seguro      Hasta el 100% del monto para Empleado/Miembros y de hasta un máximo de \$30,000  
 \$10,000       \$20,000       \$30,000  
 No quiero esta cobertura.

**Hijo(s) dependientes**  
Monto del seguro       50% del monto del Empleado/Miembro  
 No quiero esta cobertura.

¿Ha fumado cigarrillos, cigarrillos o cannabis / marihuana, o ha usado cigarrillos electrónicos / vapeadores en los últimos 12 meses o ha usado tabaco de mascar o una pipa en los últimos 6 meses?  
Empleado/Miembro  Si  No      Cónyuge  Si  No

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

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

**Beneficiarios principal:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_

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

Teléfono: ( ) - \_\_\_\_\_ Relación con Empleado/Miembro \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_

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

Teléfono: ( ) - \_\_\_\_\_ Relación con Empleado/Miembro \_\_\_\_\_

Beneficiario Contingente: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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

Teléfono: ( ) - \_\_\_\_\_ Relación con Empleado/Miembro \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

**Custodio de los beneficiarios menores de edad:**

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

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

Teléfono: ( ) - \_\_\_\_\_

**Firma**

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

Toda persona que, con intención de defraudar a una compañía de seguros u otra persona, presente una reclamación o solicitud de seguros que contenga información sustancialmente falsa u oculte información, con fines de engaño o información sobre hechos relevantes, comete un acto de estafa de seguros, lo cual constituye un delito, y podría estar sujeto a sanciones civiles y quedar privado 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.

Las leyes de Nueva York exigen que aparezca la siguiente declaración: Si usted no es residente de Nueva York, esta declaración no es aplicable: Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información relativa a algún hecho sustancial, comete un acto de estafa de seguros, lo cual constituye un delito, y también podrá estar sujeto a sanciones civiles que no podrán superar la suma de cinco mil dólares y el valor establecido de la reclamación por cada infracción (no aplica a Seguros de Vida).

FIRMA DEL EMPLEADO/MIEMBRO X \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

#### Declaraciones de advertencia de fraude

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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