



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 indemnización hospitalaria

Cubre algunos de los costos de su hospitalización

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 indemnización hospitalaria

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

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

¿Para quién es?

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

¿Qué cubre?

Si usted es hospitalizado por una enfermedad o una lesión cubierta, recibirá pagos que se pueden utilizar para cubrir todo tipo de costos, como los siguientes:

- Deducibles y copagos.
- Viaje hacia y desde el hospital para recibir tratamiento.
- Asistencia de cuidado infantil durante la recuperación.

¿Por qué debería considerarlo?

La cobertura de salud se está volviendo más costosa, con copagos, primas y deducibles más altos. El seguro de indemnización hospitalaria puede ayudar a pagar los costos de bolsillo relacionados con ser hospitalizado, lo que le da más de una prima de protección financiera para los gastos imprevistos de una hospitalización.

Además, el seguro de indemnización hospitalaria es transferible y los pagos se le hacen directamente, incluso si no incurrió en gastos de bolsillo.

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



Prepárese

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

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

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

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

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

La póliza de indemnización hospitalaria de Guardian de John le paga **\$1,000** por la admisión al hospital.

La póliza le da un pago total de **\$1,000** para ayudarlo a cubrir el monto de su gasto de bolsillo.

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



Su cobertura de indemnización hospitalaria

Indemnización Hospitalaria		
	Opción 1	Opción 2
COBERTURA - DETALLES		
Su prima Mensual	\$15.49	\$29.68
Usted y su cónyuge	\$32.73	\$62.87
Usted y sus hijos	\$21.36	\$40.61
Usted, su cónyuge y sus hijos	\$35.09	\$66.52
Beneficio		
Admisión de hospital/Unidad de Cuidados Intensivos (ICU)	\$1,000 por admisión, que se limita a 2 admisiones por asegurado.	\$2,000 por admisión, que se limita a 2 admisiones por asegurado.
Hospitalización/Internación en ICU	\$100/\$100 por día, que se limita a 30 días por asegurado por año de beneficio.	\$200/\$200 por día, que se limita a 30 días por asegurado por año de beneficio.
Examen de salud	\$50 por día, que se limita a 1 día por asegurado por año de beneficio.	\$50 por día, que se limita a 1 día por asegurado por año de beneficio.
Limitación de afección preexistente: afección preexistente incluye cualquier condición por la que usted, en el plazo especificado anterior a la cobertura en este plan, consultó a un médico, recibió tratamiento o tomo medicación recetadas.	No Aplicable	No Aplicable
Portabilidad: le permite llevarse su cobertura de Indemnización Hospitalaria si termina su relación laboral.	Incluido	No Aplicable
Límite de edad para los niños	Niños de nacimiento hasta 26 años	Niños de nacimiento hasta 26 años

CÓMO ENTENDER SUS BENEFICIOS -

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

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

No se pagan los beneficios de hospitalización o admisión de hospital de un recién nacido a menos que se admita al niño en una unidad de cuidados intensivos (Intensive Care Unit, ICU) neonatal.

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

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

El beneficio de exámenes de salud se paga por la realización de exámenes de rutina especificados, como consultas médicas anuales, inmunizaciones, mamografías, radiografías de tórax, y muchos más.



Su cobertura de indemnización hospitalaria

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES:

Para poder ser elegible para la cobertura, los empleados deben trabajar legalmente (a) en los Estados Unidos o (b) fuera de los Estados Unidos para un empleador estadounidense en un país o región aprobados por Guardian.

El solicitante debe inscribirse dentro de los 31 días de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. La inscripción abierta se realiza cada año durante un período de 30 días especificado por el titular de la póliza. Si un solicitante no se inscribe durante el período de inscripción inicial, no se puede inscribir hasta el próximo período de inscripción abierta.

Este plan no paga beneficios para lo siguiente:

- Tratamiento relacionado con una persona cubierta que participa en una guerra o acto de guerra (incluido el servicio en las fuerzas armadas), en la perpetración o el intento de comisión de un delito grave, un acto de terrorismo o en una ocupación ilegal, motín o insurrección.
- Suicidio o cualquier lesión autoinfligida intencionalmente.

Cirugía programada.

Cirugía para corregir la visión o la audición, salvo cirugía de glaucoma, cataratas u otra enfermedad o lesión médicamente necesaria.

Atención dental, radiografías dentales o tratamiento dental.

Servicios de bypass gástrico o intestinal, incluida la banda gástrica, la gastroplastía y otros procedimientos similares para facilitar la pérdida de peso; la reversión o revisión de dichos procedimientos; o servicios requeridos para el tratamiento de complicaciones causadas por dichos procedimientos. Esta exclusión no se aplica a la implementación de un programa de reducción de peso pagable conforme al beneficio de examen de salud.

Curas de reposo o cuidado asistencial, o tratamiento para trastornos del sueño.

Cirugía estética. Esta exclusión no se aplica a la cirugía reconstructiva:

- (a) de una parte lesionada del cuerpo después de una infección o enfermedad de la parte afectada;
- (b) de una enfermedad congénita o anomalía de un dependiente recién nacido o adoptado cubierto;
- (c) de una mama para reconstruir y lograr la simetría entre las dos mamas después de una mastectomía cubierta.

Tratamiento o remoción de verrugas, lunares, forúnculos, manchas en la piel o manchas de nacimiento, juanetes, acné, callos, callosidades, corte de uñas de los pies, cuidado de pie plano, arcos caídos o esguince de tobillo crónico.

Servicio, tratamiento o pérdida relacionados con el alcoholismo o la drogadicción, salvo medicación recetada por el médico de la persona cubierta y administrada según lo indicado.

Atención o tratamiento para enfermedades mentales o nerviosas.

Servicios, tratamientos o pérdida prestados en una Administración de veteranos o un Hospital federal, salvo si existe la obligación legal de pagar.

Servicios o tratamientos prestados por un médico, una enfermera u otra persona que es contratada por una persona cubierta o que es cónyuge, padre, hermano, hermana, hijo, pareja doméstica o pareja en unión civil de la persona cubierta.

Cirugía y tratamiento, procedimientos, productos o servicios experimentales o de investigación.

Tratamiento de un hijo dependiente cubierto.

Enfermedad o lesión adquiridas durante el servicio activo en las fuerzas armadas de un país. Esto no incluye el servicio de entrenamiento en la reserva o guardia nacional.

GP-1-HI-15

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

Formulario de la póliza # GP-1-HI-15, GP-1-LAH-12R

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE



Nuestro compromiso con usted

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

Información importante



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

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

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

Servicios de idiomas sin costo

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

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

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: <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Jubilad <input type="checkbox"/> 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 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
Opción 1	<input type="checkbox"/> \$15.49	<input type="checkbox"/> \$32.73	<input type="checkbox"/> \$21.36	<input type="checkbox"/> \$35.09
Opción 2	<input type="checkbox"/> \$29.68	<input type="checkbox"/> \$62.87	<input type="checkbox"/> \$40.61	<input type="checkbox"/> \$66.52
	<input type="checkbox"/> No deseo esta cobertura.	<input type="checkbox"/> No deseo esta cobertura.	<input type="checkbox"/> No deseo esta cobertura.	<input type="checkbox"/> No deseo esta cobertura.

Firma

- La presentación de este formulario no garantiza cobertura. Entre otras cosas, la cobertura depende de la aprobación de la suscripción y de cumplir con los requisitos de elegibilidad aplicables.
- Este es un plan limitado del seguro de Indemnización Hospitalaria. Es un complemento del seguro de salud. No sustituye el seguro para gastos médicos u hospitalarios, un contrato de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) o el seguro de gastos médicos.
- 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.

