
Número de Grupo: 00532420

MARTIN FAMILY FARMS

ALL ELIGIBLE EMPLOYEES WORKING 30 OR MORE HOURS PE

Aquí encontrará información acerca de los siguientes beneficios para empleados. Consulte los adjuntos donde encontrará todo lo que necesita para inscribirse en los beneficios de Guardian.

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN

- Plan dental
- Cobertura de Visión
- Vida
- Incapacidad a Corto Plazo
- Accidentes

¿Tiene alguna duda? ¿Consultas?

Línea de ayuda: (888) 600-1600

Llame de lunes a viernes de 7:00 AM a 8:30 PM, EST.

E indique el número de su plan: 00532420

Bienvenido

Estimado Empleado de MARTIN FAMILY FARMS:

Nos complace informarle que, este año, nuestra cobertura estará a cargo de Guardian. Hemos escogido a Guardian por sus tarifas competitivas, su excelente reputación de servicio y su gran variedad de planes.

Con esfuerzo, hemos logrado negociar tarifas colectivas al alcance del bolsillo de todos los empleados. La cobertura se paga mediante deducciones del sueldo.

MARTIN FAMILY FARMS

Resumen de beneficios dentales
Número de Grupo: 00532420

Acerca de sus Beneficios:

Mantener sus dientes sanos puede ser caro. Por eso es tan importante el seguro dental; no solo cubre la atención preventiva, que puede ayudarle a usted y a su familia a mantenerse sanos, sino que también ayuda a pagar esos gastos inesperados de tratamientos extensos y costosos, como empastes, coronas y endodoncias. Además, puede ahorrar dinero y asegurarse de que recibe la atención adecuada cuando visite a uno de nuestros dentistas. Guardian ha estado proporcionando planes dentales de gran calidad a millones de estadounidenses durante más de 50 años. Cuando se inscribe en Guardian, usted tiene acceso a una de las redes dentales más extensas con importantes descuentos para que sepa dónde encontrar una atención dental de calidad, asequible y muy cerca de usted. Desde revisiones preventivas y limpiezas dentales hasta tratamientos completos para el cuidado oral, todo está cubierto para usted.

Opción 1 or 2: Con el plan **Low Plan or High Plan**, puede ir a cualquier dentista, pero paga menos dinero de su bolsillo cuando escoge un dentista de una PPO. Fuera de la red, los beneficios están limitados a nuestro programa de honorarios PPO.

| Su plan dental | Opción 1: Low Plan | | Opción 2: High Plan | |
|---|---|------------------------|----------------------------|------------------------|
| Su red es | | | | |
| Su prima Quincenal | \$8.13 | | \$11.37 | |
| Usted y su cónyuge/pareja doméstica | \$19.00 | | \$23.97 | |
| Usted y sus hijos | \$23.08 | | \$32.17 | |
| Usted, su cónyuge/pareja doméstica y sus hijos | \$32.21 | | \$45.59 | |
| Deducible por Año calendario | <i>Dentro de la Red</i> | <i>Fuera de la Red</i> | <i>Dentro de la Red</i> | <i>Fuera de la Red</i> |
| Individual | \$50 | \$50 | \$50 | \$50 |
| Límite familiar | 3 por familia | | 3 por familia | |
| No aplicable a | Preventiva | Preventiva | Preventiva | Preventiva |
| Cargos cubiertos para usted (coseguro) | <i>Dentro de la Red</i> | <i>Fuera de la Red</i> | <i>Dentro de la Red</i> | <i>Fuera de la Red</i> |
| Atención preventiva | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Atención básica | 80% | 80% | 80% | 80% |
| Atención mayor | 25% | 25% | 50% | 50% |
| Ortodoncia | No se cubre (se aplica a todos los niveles) | | 50% | 50% |
| Beneficio máximo anual | \$1000 | \$1000 | \$1000 | \$1000 |
| Traslado del Máximo | Sí | | Sí | |
| Límite de Traslado | \$500 | | \$500 | |
| Importe Trasladable | \$250 | | \$250 | |
| Importe Trasladable Dentro de la Red | \$350 | | \$350 | |
| Límite Trasladable de la Cuenta | \$1000 | | \$1000 | |
| Beneficio Máximo de por Vida para Ortodoncia | No Aplicable | | \$1500 | |
| Límites de edad del dependiente | 26 | | 26 | |

Una muestra de servicios cubiertos for su plan:

| | | Opción 1: Low Plan | | Opción 2: High Plan | |
|---------------------|--|-----------------------------------|------------------------|-----------------------------------|------------------------|
| | | <i>El plan paga (en promedio)</i> | | <i>El plan paga (en promedio)</i> | |
| | | <i>Dentro de la red</i> | <i>Fuera de la red</i> | <i>Dentro de la red</i> | <i>Fuera de la red</i> |
| Atención preventiva | Limpieza (profilaxis) | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | Frecuencia: | Una vez cada 6 meses | | Una vez cada 6 meses | |
| | Tratamientos con fluoruro | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | Límites: | Menos de 19 aÑ±os | | Menos de 19 aÑ±os | |
| | Exámenes bucales | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | Selladores (por diente) | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | Radiografías | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Atención básica | Anestesia* | 80% | 80% | 80% | 80% |
| | Empastes‡ | 80% | 80% | 80% | 80% |
| | Reparación y mantenimiento de coronas, puentes y dentaduras postizas | 80% | 80% | 80% | 80% |
| Atención mayor | Puentes y dentaduras postizas | 25% | 25% | 50% | 50% |
| | Incrustaciones, incrustaciones oclusales, fundas** | 25% | 25% | 50% | 50% |
| | Cirugía periodontal | 25% | 25% | 50% | 50% |
| | Mantenimiento periodontal | 25% | 25% | 50% | 50% |
| | Frecuencia: | Una vez cada 6 meses | | Una vez cada 6 meses | |
| | Tratamiento de conducto/raíz | 25% | 25% | 50% | 50% |
| | Raspado y alisado radicular (por cuadrante) | 25% | 25% | 50% | 50% |
| | Extracciones simples | 25% | 25% | 50% | 50% |
| | Coronas individuales | 25% | 25% | 50% | 50% |
| | Extracciones complejas | 25% | 25% | 50% | 50% |
| Ortodoncia | Ortodoncia | No se cubre | | 50% | 50% |
| | Límites: | Hijos | | | |

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

Este documento es un resumen de las principales características de la cobertura de seguro de referencia. Es solo para fines ilustrativos y no constituye un contrato. Los documentos del plan de seguro, que incluyen la póliza y el certificado, conforman el contrato de cobertura. La descripción completa del plan, incluidos los beneficios y todos los términos, limitaciones y exclusiones que se aplican, se incluirán en su certificado de seguro. Los documentos del plan son el árbitro definitivo de la cobertura. Los términos de cobertura pueden variar según el estado y el plan vendido real. Los montos de las primas reflejadas en este resumen son una aproximación; en caso de discrepancia entre este monto y la prima realmente facturada, prevalece esta última.

Gestione sus beneficios:

Visite www.GuardianAnytime.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.GuardianAnytime.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: 00532420

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

Dental Maximum Rollover[®]

Guarde sus dólares de reclamaciones sin usar para cuando más los necesite

Guardian transferirá una parte de su máximo anual sin usar a su Cuenta de Traslado del Máximo (Maximum Rollover Account, MRA) personal. Si llega a su Máximo Anual del Plan en años futuros, puede usar el dinero de su MRA. Para calificar para una MRA, debe haber pagado una reclamación (no solo una visita) y no debe haberse excedido del límite de reclamaciones pagadas durante el año de beneficio. Su MRA no puede excederse del límite de la MRA. Puede ver su declaración de MRA anual que describe su cuenta y la de sus dependientes en www.GuardianAnytime.com.

Tenga en cuenta que los límites y limitaciones máximas actuales varían según el plan. Su plan puede variar del que se usa a continuación como ejemplo para ilustrar cómo funciona el Traslado del Máximo.

| Máximo Anual del Plan* | Límite | Monto de Traslado del Máximo | Monto de Traslado Solamente Dentro de la Red | Límite de la Cuenta de Traslado del Máximo |
|-----------------------------------|---|---|---|---|
| \$1000 | \$500 | \$250 | \$350 | \$1000 |
| Reembolso máximo de reclamaciones | Monto de reclamaciones que determina la elegibilidad del traslado | Los dólares adicionales añadidos al Máximo Anual del Plan para años futuros | Dólares adicionales añadidos al Máximo Anual del Plan para años futuros solo si se usaron proveedores dentro de la red durante el año de beneficio. | El Máximo Anual del Plan más el Traslado del Máximo no pueden excederse de \$2,000 en total |

* Si un plan tiene un máximo anual diferente para los beneficios de PPO frente a los beneficios sin PPO, (\$1500 PPO/\$1000 sin PPO, por ejemplo) el máximo sin PPO determina el plan de Traslado del Máximo.

Vea cómo funcionan los beneficios:

AÑO UNO: Jane comienza con un Máximo Anual del Plan de \$1,000. Presenta \$150 en reclamaciones dentales. Como no llegó al límite de \$500, ella recibe un traslado de \$250 que se aplicará al Año Dos.

AÑO DOS: Jane tiene ahora un Máximo Anual del Plan de \$1,250. Este año, presenta \$50 en reclamaciones y recibe un traslado adicional de \$250 añadidos a su Máximo Anual del Plan.

AÑO TRES: Jane tiene ahora un Máximo Anual del Plan de \$1,500. Este año presenta \$1,200 en reclamaciones. Todas las reclamaciones se pagan con el monto acumulado en su Cuenta de Traslado de Máximo.

AÑO CUATRO: El Máximo Anual del Plan de Jane es \$1,300 (\$1,000 del Máximo Anual del Plan + \$300 restantes en su Cuenta de Traslado de Máximo).



Para obtener un Resumen de sus Beneficios Dentales, vea la Sección Sobre Su Beneficios de este Folleto de Inscripción.

NOTAS:

Usted y sus dependientes asegurados mantienen MRA separadas según su propia actividad de reclamación. Cada MRA no puede excederse del límite de la MRA.

Los casos en base de un año calendario o acumulación de año de póliza califican para la característica de Traslado del Máximo. Para los casos de año calendario con una fecha efectiva en octubre, noviembre o diciembre, la característica de Traslado del Máximo empieza a partir del primer año de beneficio completo. Por ejemplo, si un plan empieza en noviembre de 2013, la actividad de reclamación en 2014 se usará y aplicará a las MRA en 2015.

Bajo cualquier establecimiento de año de beneficio (año calendario o año de póliza), el Traslado del Máximo para quienes recién ingresan a 3 meses o menos de terminar el año de beneficio, no comenzará hasta el inicio del siguiente año de beneficio completo. El Traslado del Máximo se posterga para miembros que tengan cobertura de servicios Mayores diferidos. Para estos miembros, el Traslado del Máximo inicia cuando la cobertura de los servicios Mayores inicia, o al inicio del siguiente año de beneficio si quedan 3 meses o menos hasta el siguiente año de beneficio. (El tiempo de elegibilidad actual puede variar. Vea los Detalles de su Plan para obtener una información más precisa).

El Seguro Dental de Guardian es suscrito y emitido por The Guardian Life Insurance Company of America o sus subsidiarias, Nueva York, NY. Los productos no están disponibles en todos los estados. Se aplican limitaciones y exclusiones de política. Los beneficios y/o características opcionales podrían incurrir en costos adicionales. Los documentos del plan son los que rigen definitivamente la cobertura." Formulario de Póliza N° GP-1-DG2000 y otros.

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

Resumen de beneficios de visión
Número de Grupo: 00532420
Acerca de sus Beneficios:

La atención de la vista es un componente de un estilo de vida saludable. Con el seguro de visión, realizarse exámenes regulares y comprar lentes de contacto o gafas es simple y económico. ¡La cobertura no es costosa, sin embargo los beneficios puede ser significativos! Guardian brinda planes variados y flexibles que le permiten salvaguardar su salud mientras ahorra su dinero. Revise sus opciones de plan y vea por qué el seguro de visión podría ser una gran beneficio para usted.

Con el plan **Full Feature**, si visita a uno de los centros de la red de Davis Vision, incluidos los situados en las tiendas Wal-Mart®, JCPenney®, Sears®, Target®, Sam's Club®, Pearle®, y Visionworks®, pagará mucho menos de su bolsillo.

| Su plan de visión | Full Feature - Designer | |
|---|--|---------------------------|
| Su red es | Davis Vision | |
| Su prima quincenal | \$ 3.65 | |
| Usted y su cónyuge/pareja domestica | \$ 6.23 | |
| Usted y sus hijos | \$ 6.35 | |
| Usted, su cónyuge/pareja domestica e hijo(s) | \$ 10.05 | |
| Copago | | |
| Copago de exámenes | \$ 10 | |
| Copago de materiales (no se aplica en caso de lentes de contacto electivos que no aparezcan en el formulario) | \$ 25 | |
| Muestra de servicios cubiertos | <i>Usted paga (después del copago, si corresponde):</i> | |
| | <i>Dentro de la red</i> | <i>Fuera de la red</i> |
| Examen de vista | \$0 | Monto por encima de \$50 |
| Lentes monofocales | \$0 | Monto por encima de \$48 |
| Lentes bifocales con línea divisora | \$0 | Monto por encima de \$67 |
| Lentes trifocales con línea divisora | \$0 | Monto por encima de \$86 |
| Lentes lenticulares | \$0 | Monto por encima de \$126 |
| Monturas | 80% de monto por encima de \$130* ² | Monto por encima de \$48 |
| Lentes de contacto (<i>Electivo y convencional</i>) | 85% de monto por encima de \$130* | Monto por encima de \$105 |
| Lentes de contacto (<i>recambio programado y desechables</i>) | 85% de monto por encima de \$130* | Monto por encima de \$105 |
| Lentes de contacto (<i>necesarios por razones médicas</i>) | \$0 | Monto por encima de \$210 |
| Adiciones cosméticas | Promedio de 40% a 60% del precio minorista | Sin descuentos |
| Gafas (<i>par adicional de monturas y lentes</i>) | Descuento de cortesía otorgado por la mayoría de los proveedores | Sin descuentos |
| Descuentos por cirugías correctivas con láser | Hasta un 25% de descuento sobre el cargo usual o un 5% de descuento sobre el precio promocional | Sin descuentos |
| Frecuencias de Servicio | | |
| Exámenes | Cada año calendario | |
| Lentes (<i>para gafas o lentes de contacto</i>) †† | Cada año calendario | |
| Monturas | Cada dos años calendario | |
| Descuentos dentro de la red (servicio profesional por lentes de contacto y gafas, adiciones cosméticas) | Se aplica a la primera compra y descuento de cortesía otorgado por la mayoría de los proveedores en compras posteriores. | |
| Límites de edad del dependiente | 26 | |

Visite nuestra página en www.GuardianAnytime.com y seleccione "Encuentre un Proveedor"

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

Davis

- ‡‡Los beneficios incluyen cobertura de gafas o lentes de contacto, no ambos.
- Los lentes de contacto de la Colección Davis Vision están disponibles en la mayoría de las ubicaciones de prácticas privadas con los planes Full Feature y Materials Only. Los lentes de contacto de la colección están cubiertos en su totalidad, incluida la prueba y evaluación, en exceso del copago de materiales del plan. Los lentes de contacto electivos que no sean parte de la Colección se cubren hasta el importe autorizado para lentes de contacto electivos del plan y se dispensa el copago por materiales.
- *Debido a los precios más bajos disponibles en las ubicaciones Wal-mart y Sam's Club, los descuentos no se aplican. Los miembros pagarán el 100% del monto por encima del importe autorizado.
- En el caso de Davis Vision, los anteojos completos deben comprarse en una única vez de un proveedor. Por ejemplo, si un miembro compra solamente las lentes, no puede comprar monturas luego en el mismo período de beneficios. El miembro no podrá obtener nuevos materiales de visión hasta el próximo período de beneficios. Solo los cargos de una compra inicial pueden utilizarse como monto autorizado para materiales. El saldo no utilizado restante luego de la compra inicial no puede guardarse para utilizarse en el futuro.
- ²Extra \$50 en tiendas Visionworks.

Este documento es un resumen de las principales características de la cobertura de seguro de referencia. Es solo para fines ilustrativos y no constituye un contrato. Los documentos del plan de seguro, que incluyen la póliza y el certificado, conforman el contrato de cobertura. La descripción completa del plan, incluidos los beneficios y todos los términos, limitaciones y exclusiones que se aplican, se incluirán en su certificado de seguro. Los documentos del plan son el árbitro definitivo de la cobertura. Los términos de cobertura pueden variar según el estado y el plan vendido real. Los montos de las primas reflejadas en este resumen son una aproximación; en caso de discrepancia entre este monto y la prima realmente facturada, prevalece esta última.

Gestione sus beneficios:

Visite www.GuardianAnytime.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.

¿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: 00532420.

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

procesos cosméticos opcionales. Los servicios, exclusiones, y limitaciones indicados anteriormente no constituyen un contrato y se ofrecen a modo de resumen. Los documentos del plan de Guardian son el árbitro definitivo de la cobertura. Contrato #GP-I-DAVIS-05-VIS y otros.

Cirugía correctiva con láser:

Descuento de hasta un 25% para cirugía de la vista con láser.

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



NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE UTILIZARÁ Y SE DIVULGARÁ LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PODRÁ OBTENER ACCESO A ESA INFORMACIÓN.

SÍRVASE LEER ATENTAMENTE.

Fecha de vigencia: 5/01/2016

Esta Notificación de prácticas de privacidad describe cómo Guardian y sus subsidiarias pueden usar y divulgar su información médica protegida (Protected Health Information, PHI) para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones relacionadas con la atención médica, y para otros fines permitidos o exigidos por la ley.

Por ley, Guardian debe mantener la privacidad de la PHI y suministrarle a usted una notificación sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con dicha información. Estamos obligados a cumplir con los términos de esta notificación mientras tenga vigencia. Nos reservamos el derecho a modificar los términos de esta Notificación de prácticas de privacidad según sea necesario y a poner en vigencia la nueva notificación correspondiente a toda la PHI que poseamos. Si realizamos modificaciones importantes en nuestras prácticas de privacidad, se distribuirán copias de las notificaciones modificadas según lo exige la ley y dichas copias estarán disponibles previa solicitud. Podrá obtener copias de la notificación actual comunicándose con Guardian (utilizando la información que se ofrece abajo), o en nuestro sitio web: www.guardianlife.com/privacy-policy.

¿Qué es la información médica protegida (PHI)?

La PHI es información identificable personalmente (incluida la información demográfica) relacionada con su salud, con la atención médica que recibe o con el pago de dicha atención médica. En particular, la PHI hace referencia a la información que nosotros obtenemos o poseemos como resultado de la cobertura de salud que usted tiene (incluida médica, odontológica, de la vista y de atención a largo plazo).

¿De qué manera Guardian puede usar y divulgar su información médica protegida (PHI)?

Guardian tiene derecho a usar o a divulgar su PHI sin la autorización por escrito de usted, para asistir en su tratamiento, facilitar el pago y efectuar las operaciones relacionadas con la atención médica. Hay ciertas circunstancias en que la ley nos exige usar o divulgar su PHI. También tenemos permitido usar o divulgar su PHI para los fines que se describen más abajo, sin requerir la autorización de usted. Observe que los ejemplos se ofrecen con fines ilustrativos solamente, y no tienen por objeto describir todos los casos de uso o divulgación que puedan existir para un propósito específico.

Guardian tiene derecho a usar o a divulgar su PHI para los siguientes fines:

Tratamiento. Guardian puede usar y divulgar su PHI para asistir a los proveedores de atención médica en su diagnóstico y tratamiento. Por ejemplo, podemos revelar su PHI a los proveedores para proporcionar información sobre tratamientos alternativos.

Pago. Guardian puede usar y divulgar su PHI con el fin de pagar los servicios y recursos que usted recibe. Por ejemplo, podemos revelar su PHI a un proveedor de atención médica o a un plan de salud a los fines de efectuar los pagos correspondientes. Tales fines pueden incluir: determinar el alcance de sus beneficios, certificar que recibió el tratamiento, solicitar detalles sobre su tratamiento para determinar si sus beneficios lo cubren o pueden pagarlo.

Operaciones relacionadas con la atención médica. Guardian puede usar y divulgar su PHI para las operaciones relacionadas con la atención médica, como funciones administrativas o comerciales. Por ejemplo, podemos usar su PHI para la suscripción del seguro y el cálculo de primas. Sin embargo, no utilizaremos ni divulgaremos su información genética para la suscripción del seguro, lo cual está prohibido por ley.

Recordatorios de citas. Guardian puede usar y divulgar su PHI para ponerse en contacto con usted y recordarle sus citas.

Beneficios y servicios relacionados con la salud. Guardian puede usar y divulgar su PHI para informarle acerca de los beneficios o los servicios relacionados con la salud que puedan interesarle.

Patrocinadores del plan. Guardian puede usar o divulgar la PHI al patrocinador de su plan de salud grupal, para permitirle llevar a cabo las funciones administrativas relacionadas. Por ejemplo, el plan puede comunicarse con nosotros para tratar cuestiones relacionadas con los beneficios, los servicios o la cobertura. También podemos divulgar al patrocinador del plan la información médica resumida de las personas inscritas en su plan de salud grupal, de modo que pueda recibir ofertas de primas para la cobertura del seguro de salud o decidir si modificar, corregir o finalizar su plan de salud grupal.

Guardian tiene la obligación de usar o divulgar su PHI:

- a usted o a su representante personal (persona con el derecho legal a tomar decisiones sobre la atención médica en su nombre);
- a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos, al realizar tareas de investigación, revisión o aplicación relacionadas con el cumplimiento en base a la seguridad o la privacidad de la información médica; y
- en los casos en que la ley lo requiera.

Guardian tiene la obligación de notificarle sobre cualquier violación de su PHI no protegida.

Si bien Guardian toma las medidas razonables, según las normas de la industria, para proteger su PHI, si se produjera una violación de la privacidad, la ley exige a Guardian notificar a las personas afectadas. Conforme a las leyes de privacidad médicas federales, una violación significa la adquisición, el acceso, el uso o la divulgación de PHI no protegida de manera contraria a lo estipulado por ley y que ponga en riesgo la seguridad o privacidad de la PHI.

Otros usos y divulgaciones.

Guardian también puede usar y divulgar su PHI para los siguientes fines, sin su autorización:

- Podemos divulgar su PHI a personas que pagan o participan en su atención, como por ejemplo un familiar o amigo personal cercano, cuando usted está presente y no objeto, cuando está incapacitado, bajo ciertas circunstancias en una emergencia, o cuando así lo permita la ley.
- Podemos usar o divulgar su PHI para actividades de salud pública, como el informe de enfermedades, lesiones, nacimientos y muerte, y para investigaciones de salud pública.
- Podemos usar o divulgar su PHI en una emergencia, directamente o a través de una entidad de asistencia en caso de catástrofe, para encontrar e informar su ubicación y condición a sus seres queridos.
- Podemos divulgar su PHI a las autoridades pertinentes si existe la sospecha de abuso o abandono infantil, o si consideramos que usted puede ser víctima de abuso, abandono o violencia doméstica.
- Podemos divulgar su PHI a un organismo gubernamental de supervisión autorizado por ley a realizar auditorías, investigaciones o acciones civiles o penales.
- Podemos usar o divulgar su PHI en el transcurso de un proceso judicial o administrativo (por ejemplo, para responder a una citación legal o pedido de presentación de prueba).
- Podemos divulgar su PHI a las autoridades pertinentes para que garanticen el cumplimiento de la ley.
- Podemos divulgar su PHI a médicos forenses, examinadores médicos y/o directores funerarios de acuerdo con la ley.
- Podemos usar o divulgar su PHI para la donación de órganos o tejidos.
- Podemos usar o divulgar su PHI con fines de investigación, pero solo de conformidad con la ley.
- Podemos usar o divulgar la PHI para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad.
- Podemos usar o divulgar su PHI si pertenece a la milicia, según lo requieran los servicios de las fuerzas armadas.
- Podemos usar o divulgar su PHI para cumplir con el programa de compensación de los trabajadores y otros programas similares.
- Podemos divulgar su PHI a socios comerciales terceros que prestan servicios para nosotros o en representación nuestra (por ejemplo, proveedores).
- Podemos usar y divulgar su PHI a funcionarios federales para actividades de inteligencia y seguridad nacional autorizadas por ley. También podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados para proteger al presidente, a otros funcionarios o a jefes de estado extranjeros, o para llevar a cabo investigaciones autorizadas por la ley.
- Podemos divulgar su PHI a instituciones correccionales o a oficiales de la fuerza pública, si usted está preso o bajo la custodia de un oficial de la ley (por ejemplo, para que la institución le brinde servicios de atención médica, por cuestiones de sanidad y seguridad de la institución, y/o para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas).
- Podemos usar o divulgar su PHI a su empleador en circunstancias limitadas que tengan que ver principalmente con lesiones o enfermedades relacionadas con el lugar de trabajo, o con la vigilancia médica.

Generalmente, no venderemos, usaremos ni divulgaremos su PHI con fines de comercialización sin su autorización, a menos que lo permita la ley.

Sus derechos con respecto a la información médica protegida (PHI):

Su autorización para otros usos y divulgaciones. Excepto para los fines descritos anteriormente, o para lo que permita la ley, Guardian deberá obtener su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI. Usted tiene derecho a revocar dicha autorización por escrito, excepto en la medida que: (i) hayamos actuado conforme a la autorización antes de la revocación por escrito, (ii) usted haya estado obligado a darnos su autorización como condición para obtener cobertura, y nosotros tengamos derecho, en virtud de otra ley, a objetar una reclamación bajo la cobertura o la cobertura misma.

Según la legislación federal y estatal, ciertos tipos de PHI pueden requerir medidas más estrictas de protección de la privacidad. Este tipo de PHI incluye información relacionada con lo siguiente:

- Pruebas, diagnóstico o tratamiento de VIH/SIDA
- Enfermedades transmisibles y/o venéreas
- Análisis genéticos
- Prevención, tratamiento y derivación por abuso de drogas y alcohol
- Observaciones de psicoterapia

Solo divulgaremos este tipo de información cuando lo permita o lo exija la ley, o luego de obtener su autorización previa por escrito.

Su derecho a recibir un informe sobre los datos divulgados. Un “informe sobre los datos divulgados” es una lista que detalla determinados datos de su PHI que hemos revelado, si los hubiere. Usted tiene derecho a recibir un informe de ciertos datos de su PHI que hayamos divulgado. Este derecho se aplica a datos divulgados con otros fines distintos al tratamiento, pago u operaciones relacionadas con la atención médica, según se describen en esta notificación. Esto no incluye los datos divulgados a usted o para fines de notificación.

Le pedimos que presente su solicitud por escrito completando nuestro formulario. La solicitud puede especificar un período que no exceda los seis años anteriores a la fecha en que realiza la solicitud. Su solicitud debe indicar de qué forma desea recibir la lista (por ejemplo, en formato impreso o electrónico). Puede encontrar nuestro formulario para solicitudes de rendición de cuentas sobre las divulgaciones en www.guardianlife.com/privacy-policy.

Su derecho a obtener una copia impresa de esta notificación. Usted tiene derecho a solicitar una copia impresa de esta notificación, aunque anteriormente haya aceptado recibirla por vía electrónica. Puede obtener una copia impresa de esta notificación enviando una solicitud a la información de contacto que se menciona al final de esta notificación.

Su derecho a presentar una queja. Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante Guardian y la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Si desea presentar una queja ante Guardian, puede hacerlo utilizando la información de contacto que se indica más abajo. Usted no será penalizado por presentar una queja.

Presente cualquier ejercicio de los derechos que se estipulan abajo ante Guardian por escrito utilizando la información de contacto que se indica más abajo. Para algunas solicitudes, Guardian puede cobrar por los costos razonables asociados con el cumplimiento de su solicitud, en cuyo caso, le notificaremos sobre el costo inherente y le daremos la oportunidad de modificar su solicitud antes de incurrir en dichos costos.

Su derecho a solicitar restricciones. Usted tiene derecho a solicitar que se imponga una restricción sobre la PHI que usemos o divulguemos sobre usted, para tratamientos, pagos u operaciones relacionadas con la atención médica, como se describe en esta notificación. A su vez, tiene derecho a solicitar una restricción sobre la información médica que divulguemos acerca de usted a una persona que guarde relación con su atención o con el pago de su atención.

Guardian no está obligado a aceptar su solicitud, pero si la acepta, cumplirá con su pedido hasta que reciba una notificación de parte de usted donde informe que ya no desea que se aplique dicha restricción (excepto que lo exija la ley o en situaciones de emergencia). Su solicitud debe describir de forma clara y concisa: (a) la información que desea restringir; (b) si solicita que se limite el uso, la divulgación o ambos por parte de Guardian; y (c) las personas en quienes desea que se apliquen los límites.

Su derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar que Guardian se comunique con usted de determinada manera o a un lugar específico en relación con su PHI. Por ejemplo, puede solicitar que lo contactemos en su trabajo en lugar de su hogar. Estamos obligados a dar lugar a todas las solicitudes razonables que se presenten por escrito, si especifican claramente que su vida podría correr peligro si se divulgara toda o parte de su PHI.

Su derecho a modificar su PHI. Si cree que alguna PHI sobre usted que Guardian posee es inexacta o incompleta, tiene derecho a solicitar que se modifique o corrija dicha PHI. En la solicitud por escrito, debe explicar el motivo que fundamenta su pedido. Guardian se reserva el derecho de rechazar su solicitud: (i) si la PHI no fue generada por Guardian, a menos que la persona o entidad que generó la información ya no esté disponible para modificarla; (ii) si no poseemos la PHI en cuestión; (iii) si usted no tiene permitido inspeccionar ni copiar la PHI en cuestión; o (iv) si la PHI que poseemos de usted es exacta y completa. Si rechazamos su solicitud, puede presentar una declaración escrita para expresar su desacuerdo con nosotros, y la archivaremos junto con su información médica.

Su derecho a acceder a su PHI. Usted tiene derecho a inspeccionar y a obtener una copia de la PHI que conservamos sobre usted en nuestro conjunto de expedientes designados. Podemos rechazar su solicitud de inspeccionar y copiar su PHI en determinadas circunstancias. En el caso de que se le niegue el acceso y tenga derecho a que se revise dicha determinación, un profesional de atención médica autorizado elegido por Guardian revisará la solicitud y el rechazo de esta. La persona que realice la revisión no será la persona que rechazó su solicitud inicial. Guardian promete cumplir con el resultado de la revisión.

Cómo comunicarse con nosotros:

Si tiene alguna pregunta acerca de esta notificación o si necesita más información sobre los puntos tratados en ella, llame al número gratuito que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de Guardian. Si es un agente, llame al 800-627-4200. Todas las demás personas deben llamar al 800-541-7846. También puede escribirnos para enviar sus preguntas o ejercer cualquiera de sus derechos a la siguiente dirección:

Atención: Guardian Corporate Privacy Officer
National Operations

Dirección: The Guardian Life Insurance Company of America
Group Quality Assurance - Northeast
P.O. Box 2457
Spokane, WA 99210-2457

Resumen de beneficios de vida
Número de Grupo: 00532420

Acerca de sus Beneficios:

Su familia depende de usted de muchas maneras y ha trabajado con mucho esfuerzo para asegurar su seguridad financiera. Y si algo le pasará a usted, ¿su familia estará protegida? ¿Serán capaces sus seres queridos de permanecer en su hogar, pagar las facturas, y prepararse para el futuro? El seguro de vida brinda un beneficio financiero en el cual su familia puede confiar. Y obtenerlo en el trabajo es más fácil, más conveniente y más económico que hacerlo por su propia cuenta. Si tiene dependientes financieros, un cónyuge, hijos o padres de edad, tener un seguro de vida es una decisión responsable y sabia. ¡Inscríbese hoy para asegurar su futuro!

Qué cubren los beneficios:

| | VIDA BÁSICO | SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO A PLAZO |
|--|---|--|
| Beneficio del empleado | Su empleador ofrece cobertura de Vida básico a plazo por \$25,000 para todos los empleados a tiempo completo. | Incrementos de \$10,000 hasta un máximo de \$100,000. Consulte la página de Modelo de costos para conocer más detalles. |
| Muerte Accidental y Pérdida de Miembro(s) | Su cobertura de Vida básico incluye cobertura por Muerte Accidental y Pérdida de Miembro(s). | No disponible |
| Beneficio para el cónyuge/pareja doméstica† | N/A | Incrementos de \$5,000 hasta un máximo de \$100,000. Consulte la página de Modelo de costos para conocer más detalles. |
| Beneficio por hijo | N/A | Niños de 14 días a 26 años de edad. Puede elegir una de las siguientes opciones de beneficio: \$5,000, \$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. | Garantizamos la emisión hasta \$25,000 por empleado | Emisión garantizada hasta: Empleado \$100,000. Cónyuge \$10,000. Hijos dependientes \$10,000. |
| Primas | Cobertura pagada por su compañía, si cumple con los requisitos de elegibilidad | Aumento en aniversario del plan una vez que se ingresa a la próxima franja de edad de 5 años |

VIDA BÁSICO

SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO A PLAZO

| | | |
|--|--|--|
| Portabilidad: Le permite llevarse su cobertura con usted si finaliza la relación de trabajo. | Sí, con restricciones de edad y algunas otras, incluyendo evidencia de asegurabilidad | Sí, con restricciones de edad y algunas otras |
| Conversión: Le permite continuar la cobertura de discapacidad una vez que haya finalizado su plan de grupo. | Sí, con restricciones; consultar certificado de beneficios | Sí, con restricciones; consultar certificado de beneficios |
| 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 | 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 extensión de primas hasta de la edad de 65 años, si cumplen las condiciones | Para empleados incapacitados antes de los 60 años de edad, con extensión de primas hasta de la edad de 65 años, si cumplen las condiciones |
| LifeAssistSM: Proporciona un ingreso complementario que se calcula según un porcentaje de su beneficio de seguro de vida hasta una suma específica en dólares si se considera que está incapacitado para realizar actividades de la vida diaria (activities of daily living, ADL). Los beneficios se pagan a los 100 meses o cuando finalice la exención de prima, lo que sea menor. | No | No |
| Disability Assist: Proporciona un ingreso complementario que se calcula según un porcentaje de su beneficio de seguro de vida hasta una suma específica en dólares si se considera que está incapacitado para realizar actividades de la vida diaria (ADL). Los beneficios se pagan a los 100 meses o cuando finalice la exención de prima, lo que sea menor. | No | No |
| 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 | 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

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

Gestione sus beneficios:

Visite www.GuardianAnytime.com para acceder a la información segura sobre sus beneficios de Guardian. Su cuenta en línea se configurará dentro de 30 días luego de la fecha de entrada en vigencia de su plan.

¿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: 00532420

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. Para ayudarlo a determinar sus necesidades, también puede ir a Guardian Anytime y Ver un video:

<https://www.guardiananytime.com/gafd/wps/portal/fdhome/employees/products-coverage/life>

| Monto de póliza seleccionado | Quincenal Primas mostradas | | | | | | | | |
|------------------------------|--|---------|---------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| | 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 | \$.51 | \$.61 | \$.81 | \$ 1.15 | \$ 1.83 | \$ 3.11 | \$ 4.76 | \$ 7.44 | \$ 16.21 |
| \$20,000 | \$ 1.03 | \$ 1.23 | \$ 1.62 | \$ 2.29 | \$ 3.66 | \$ 6.22 | \$ 9.52 | \$ 14.87 | \$ 32.42 |
| \$30,000 | \$ 1.54 | \$ 1.84 | \$ 2.42 | \$ 3.43 | \$ 5.48 | \$ 9.33 | \$ 14.28 | \$ 22.31 | \$ 48.63 |
| \$40,000 | \$ 2.05 | \$ 2.46 | \$ 3.23 | \$ 4.58 | \$ 7.31 | \$ 12.44 | \$ 19.03 | \$ 29.74 | \$ 64.84 |
| \$50,000 | \$ 2.56 | \$ 3.07 | \$ 4.04 | \$ 5.72 | \$ 9.14 | \$ 15.55 | \$ 23.79 | \$ 37.18 | \$ 81.05 |
| \$60,000 | \$ 3.07 | \$ 3.68 | \$ 4.85 | \$ 6.87 | \$ 10.97 | \$ 18.67 | \$ 28.55 | \$ 44.61 | \$ 97.26 |
| \$70,000 | \$ 3.59 | \$ 4.30 | \$ 5.65 | \$ 8.01 | \$ 12.79 | \$ 21.78 | \$ 33.31 | \$ 52.05 | \$ 113.47 |
| \$80,000 | \$ 4.10 | \$ 4.91 | \$ 6.46 | \$ 9.16 | \$ 14.62 | \$ 24.89 | \$ 38.07 | \$ 59.48 | \$ 129.67 |
| \$90,000 | \$ 4.61 | \$ 5.53 | \$ 7.27 | \$ 10.30 | \$ 16.45 | \$ 28.00 | \$ 42.83 | \$ 66.92 | \$ 145.88 |
| \$100,000 | \$ 5.12 | \$ 6.14 | \$ 8.08 | \$ 11.45 | \$ 18.28 | \$ 31.11 | \$ 47.59 | \$ 74.35 | \$ 162.09 |
| Monto de póliza seleccionado | | | | | | | | | |
| Cónyuge/pareja doméstica | | | | | | | | | |
| \$10,000 | \$.51 | \$.61 | \$.81 | \$ 1.15 | \$ 1.83 | \$ 3.11 | \$ 4.76 | \$ 7.44 | \$ 16.21 |
| \$15,000 | \$.77 | \$.92 | \$ 1.21 | \$ 1.72 | \$ 2.74 | \$ 4.67 | \$ 7.14 | \$ 11.15 | \$ 24.31 |
| \$20,000 | \$ 1.03 | \$ 1.23 | \$ 1.62 | \$ 2.29 | \$ 3.66 | \$ 6.22 | \$ 9.52 | \$ 14.87 | \$ 32.42 |
| \$25,000 | \$ 1.28 | \$ 1.54 | \$ 2.02 | \$ 2.86 | \$ 4.57 | \$ 7.78 | \$ 11.90 | \$ 18.59 | \$ 40.52 |
| \$30,000 | \$ 1.54 | \$ 1.84 | \$ 2.42 | \$ 3.43 | \$ 5.48 | \$ 9.33 | \$ 14.28 | \$ 22.31 | \$ 48.63 |
| \$35,000 | \$ 1.79 | \$ 2.15 | \$ 2.83 | \$ 4.01 | \$ 6.40 | \$ 10.89 | \$ 16.66 | \$ 26.02 | \$ 56.73 |
| \$40,000 | \$ 2.05 | \$ 2.46 | \$ 3.23 | \$ 4.58 | \$ 7.31 | \$ 12.44 | \$ 19.03 | \$ 29.74 | \$ 64.84 |
| \$45,000 | \$ 2.31 | \$ 2.76 | \$ 3.64 | \$ 5.15 | \$ 8.23 | \$ 14.00 | \$ 21.41 | \$ 33.46 | \$ 72.94 |
| \$50,000 | \$ 2.56 | \$ 3.07 | \$ 4.04 | \$ 5.72 | \$ 9.14 | \$ 15.55 | \$ 23.79 | \$ 37.18 | \$ 81.05 |
| \$55,000 | \$ 2.82 | \$ 3.38 | \$ 4.44 | \$ 6.30 | \$ 10.05 | \$ 17.11 | \$ 26.17 | \$ 40.90 | \$ 89.15 |
| \$60,000 | \$ 3.07 | \$ 3.68 | \$ 4.85 | \$ 6.87 | \$ 10.97 | \$ 18.67 | \$ 28.55 | \$ 44.61 | \$ 97.26 |
| \$65,000 | \$ 3.33 | \$ 3.99 | \$ 5.25 | \$ 7.44 | \$ 11.88 | \$ 20.22 | \$ 30.93 | \$ 48.33 | \$ 105.36 |
| \$70,000 | \$ 3.59 | \$ 4.30 | \$ 5.65 | \$ 8.01 | \$ 12.79 | \$ 21.78 | \$ 33.31 | \$ 52.05 | \$ 113.47 |
| \$75,000 | \$ 3.84 | \$ 4.60 | \$ 6.06 | \$ 8.59 | \$ 13.71 | \$ 23.33 | \$ 35.69 | \$ 55.77 | \$ 121.57 |
| \$80,000 | \$ 4.10 | \$ 4.91 | \$ 6.46 | \$ 9.16 | \$ 14.62 | \$ 24.89 | \$ 38.07 | \$ 59.48 | \$ 129.67 |
| \$85,000 | \$ 4.36 | \$ 5.22 | \$ 6.87 | \$ 9.73 | \$ 15.54 | \$ 26.44 | \$ 40.45 | \$ 63.20 | \$ 137.78 |
| \$90,000 | \$ 4.61 | \$ 5.53 | \$ 7.27 | \$ 10.30 | \$ 16.45 | \$ 28.00 | \$ 42.83 | \$ 66.92 | \$ 145.88 |
| \$95,000 | \$ 4.87 | \$ 5.83 | \$ 7.67 | \$ 10.87 | \$ 17.36 | \$ 29.55 | \$ 45.21 | \$ 70.64 | \$ 153.99 |

Modelos de costo de vida voluntario continuación

| | < 30 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | 60-64 | 65-69† |
|-------------------------------------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|
| \$100,000 | \$5.12 | \$6.14 | \$8.08 | \$11.45 | \$18.28 | \$31.11 | \$47.59 | \$74.35 | \$162.09 |
| Monto de póliza seleccionado | | | | | | | | | |
| Hijo(s) | | | | | | | | | |
| \$5,000 | \$0.37 | \$0.37 | \$0.37 | \$0.37 | \$0.37 | \$0.37 | \$0.37 | \$0.37 | \$0.37 |
| \$10,000 | \$0.75 | \$0.75 | \$0.75 | \$0.75 | \$0.75 | \$0.75 | \$0.75 | \$0.75 | \$0.75 |

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 prima por cobertura de cónyuge/DP se basa en la edad del empleado. La cobertura del cónyuge finaliza cuando el cónyuge cumple 70 años de edad.

†Se aplican reducciones de beneficios.

Gestione sus beneficios:

Visite www.GuardianAnytime.com para acceder a la información segura sobre sus beneficios de Guardian. Su cuenta en línea se configurará dentro de 30 días luego de la fecha de entrada en vigencia de su plan.

¿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: 00532420

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES:

RESUMEN DE LAS EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DEL PLAN PARA LA COBERTURA DE VIDA Y MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDA DE MIEMBRO (AD&D):

Debe estar trabajando tiempo completo en la fecha de entrada en vigencia de su cobertura. De otro modo, su cobertura entra en vigencia una vez que haya completado un período de carencia específico. Los empleados deben estar trabajando legalmente en los Estados Unidos para ser elegibles para recibir cobertura. Suscripción debe aprobar la cobertura de los empleados con asignaciones temporarias: (a) por más de un año; o (b) en una zona que el Departamento de Estado de Estados Unidos haya declarado peligrosa para viajar. Sujeto a variaciones específicas según el estado. Se requiere prueba de asegurabilidad para quienes se inscriben en forma tardía. La cobertura no entrará en vigencia hasta que no sea aprobada por un suscriptor de Guardian. Esta propuesta se otorga sujeta a una evaluación financiera satisfactoria. Sírvase remitirse al cuadernillo de la póliza para obtener una descripción completa del plan.

El seguro de vida de dependientes no entrará en vigencia si un dependiente, que no sea un recién nacido, debe estar internado en un hospital u otro centro de atención médica o no pudiera llevar a cabo las actividades normales de alguien de su edad y sexo.

No se le pagarán al empleado beneficios anticipados del seguro de vida en las siguientes circunstancias: cuando, por vías legales, se le exija al empleado utilizar el beneficio para pagar a sus acreedores; cuando una orden judicial le exija pagar el beneficio a un tercero; cuando un organismo gubernamental le exija usar el pago para recibir un beneficio gubernamental; o cuando pierda la cobertura de seguro colectivo antes de pagarse el beneficio anticipado.

Vida Voluntario únicamente:

Los beneficios no se pagarán si la muerte del asegurado ocurre como consecuencia de suicidio ocurrido dentro de los dos años de la fecha original de entrada en vigencia del seguro. Esta limitación de dos años también se aplica a cualquier aumento de beneficios. Esta exclusión puede variar conforme a las leyes del estado. Se necesita aprobación de suscripción para las inscripciones tardías y los aumentos de beneficios.

GP- I-R-LB-90, GP- I-R-EOPT-96

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

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

Este documento es un resumen de las principales características de la cobertura de seguro de referencia. Es solo para fines ilustrativos y no constituye un contrato. Los documentos del plan de seguro, que incluyen la póliza y el certificado, conforman el contrato de cobertura. La descripción completa del plan, incluidos los beneficios y todos los términos, limitaciones y exclusiones que se aplican, se incluirán en su certificado de seguro. Los documentos del plan son el árbitro definitivo de la cobertura. Los términos de cobertura pueden variar según el estado y el plan vendido real. Los montos de las primas reflejadas en este resumen son una aproximación; en caso de discrepancia entre este monto y la prima realmente facturada, prevalece esta última.

WillPrep Services

Bonificaciones especiales para los participantes en el plan de vida voluntario

Su empleador ha trabajado con Guardian para que WillPrep Services esté a disposición de los miembros elegibles con planes de Vida Voluntarios. Mantener un testamento actualizado es esencial para asegurar que sus activos sean distribuidos según su voluntad, independientemente del tamaño de su herencia. Quizá está evitando crear un testamento porque cree que no puede darse el tiempo o cubrir los gastos legales. Ahora puede hacerlo con WillPrep Services.

WillPrep Services brinda apoyo y orientación para ayudarlo a preparar adecuadamente los documentos necesarios para preservar la seguridad financiera de su familia. WillPrep cuenta con una variedad de servicios, incluyendo preparación de documentos en línea, una biblioteca de recursos y acceso a profesionales* para ayudarlo con cuestiones relacionadas con:

- | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ▪ Directivas Anticipadas de Atención Médica | ▪ Poder Notarial Financiero | ▪ Testamentos y Testamentos en Vida |
| ▪ Impuestos sobre la Herencia | ▪ Tutela y Curatela | ▪ Biblioteca de recursos |
| ▪ Albacea Testamentario y Validación | ▪ Poder Notarial de Atención Médica | ▪ Fideicomisos |

Si desea más información sobre WillPrep Services, visite www.ibhwillprep.com; Nombre de usuario: WillPrep; Contraseña: GLIC09 o llame al 1-877-433-6789

*La opción de un testamento preparado por un abogado está disponible por un pequeño honorario.

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

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

Resumen de beneficios de discapacidad a corto plazo

Número de Grupo: 00532420

Acerca de sus Beneficios:

Probablemente usted cuenta con un seguro para su automóvil o su hogar, pero ¿y la fuente de ingreso que paga por ese seguro? Usted depende de su cheque de pago para muchas cosas, pero ¿y si repentinamente es incapaz de trabajar debido a un accidente o enfermedad? ¿Cómo llevará la comida a la mesa, pagará su hipoteca o dará calefacción a su hogar? El seguro de discapacidad puede ayudarlo a reemplazar el ingreso perdido y hacer que los tiempos difíciles sean un poco más fáciles. Proteja su activo más valioso: su sueldo; ¡inscríbase hoy!

Qué cubren los beneficios:

| Incapacidad a Corto Plazo | |
|---|---|
| Cantidad de cobertura | 60% del salario hasta un máximo de \$200/semana |
| Plazo máximo de pago: Plazo máximo en el que puede recibir los beneficios por discapacidad. | 12 semanas |
| Inicio de beneficios por accidente: El plazo de discapacidad antes de que comiencen los beneficios. | Día 30 |
| Inicio de los beneficios por enfermedad: El plazo de discapacidad antes de que comiencen los beneficios. | Día 30 |
| Prueba de asegurabilidad: Declaración de salud que le solicita responder algunas preguntas sobre su historia clínica. | 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 \$200 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 |
| 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 retrosección; 12 meses después de la limitación de 2 semanas |
| Dispensa de prima si tuviera una discapacidad: No deberá abonar la prima cuando reciba beneficios. | Sí |

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

- **Definición de ingresos:** Su sueldo cubierto excluye bonificaciones y comisiones.

Modelo de costo quincenal del plan de incapacidad a corto plazo:

Para determinar el nivel de cobertura más apropiado, deberá tener en cuenta sus gastos mensuales básicos actuales. Para ayudarlo a determinar sus necesidades, también puede ir a Guardian Anytime y Ver un vídeo:

<https://www.guardiananytime.com/gafd/wps/portal/fdhome/employees/products-coverage/disability>

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

| | < 25 | 25–29 | 30–34 | 35–39 | 40–44 | 45–49 | 50–54 | 55–59 | 60+ |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Su tarifa de prima | \$0.460 | \$0.550 | \$0.670 | \$0.460 | \$0.420 | \$0.630 | \$0.670 | \$0.840 | \$1.180 |
| <i>Costo de la elección por franja de edad</i> | | | | | | | | | |
| | < 25 | 25–29 | 30–34 | 35–39 | 40–44 | 45–49 | 50–54 | 55–59 | 60+ |
| \$15,000 Salario anual | | | | | | | | | |
| \$173 Beneficio semanal | \$3.67 | \$4.39 | \$5.35 | \$3.67 | \$3.35 | \$5.03 | \$5.35 | \$6.71 | \$9.42 |
| \$20,000 Salario anual | | | | | | | | | |
| \$200 Beneficio semanal | \$4.25 | \$5.08 | \$6.19 | \$4.25 | \$3.88 | \$5.82 | \$6.19 | \$7.75 | \$10.89 |

Gestione sus beneficios:

Visite www.GuardianAnytime.com para acceder a la información segura sobre sus beneficios de Guardian. Su cuenta en línea se configurará dentro de 30 días luego de la fecha de entrada en vigencia de su plan.

¿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: 00532420

RESUMEN DE LAS LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DEL PLAN DE INCAPACIDAD

- La prueba de asegurabilidad se exige para todos los que 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 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 Temporal 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 Temporal de Rhode Island (RI TDI), el Seguro de Incapacidad Temporal de Hawaii (Hawaii TDI) y la Ley Fundamental de Defensa de Puerto Rico (Puerto Rico Defense Base Act).

Contrato N° GP-I-STD-15-1.0 y otros.

Este documento es un resumen de las principales características de la cobertura de seguro de referencia. Es solo para fines ilustrativos y no constituye un contrato. Los documentos del plan de seguro, que incluyen la póliza y el certificado, conforman el contrato de cobertura. La descripción completa del plan, incluidos los beneficios y todos los términos, limitaciones y exclusiones que se aplican, se incluirán en su certificado de seguro. Los documentos del plan son el árbitro definitivo de la cobertura. Los términos de cobertura pueden variar según el estado y el plan vendido real. Los montos de las primas reflejadas en este resumen son una aproximación; en caso de discrepancia entre este monto y la prima realmente facturada, prevalece esta última.



BENEFITS OFFSET NOTICE

Your Guardian Group Disability Policy (Policy) may provide that any Guardian Disability benefits you receive may be offset by Other Income/ Benefits you or your dependents receive while you are receiving Guardian Disability Benefits. This means that Guardian may deduct the amount of any Other/Income Benefit payments made to you or your dependents from your weekly or monthly Guardian Disability Benefit prior to issuing payment. Examples of Other Income Benefits described in your Policy include:

- U.S. Social Security Disability Income or Retirement Benefits
- Disability or Retirement Benefits payable from any other source, including state mandated disability plans, U.S. Railroad Retirement plan or similar U.S./Canadian plan
- Salary earned or paid during your disability period, including sick leave, paid time off, severance payments, bonuses and commissions
- Workers' Compensation benefits
- No-fault motor vehicle coverage benefits
- Distributions, profit sharing, royalties

Upon enrollment, please review your certificate booklet for the full definition of Other Income Benefits and provisions pertaining benefit offsets and overpayment recovery. If you or your dependents are awarded any Other Income Benefits, including lump sum payments while you are receiving Guardian Disability benefits, you should contact Guardian promptly to calculate the appropriate offset amount and prevent an overpayment of benefits.

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

Número de Grupo: 00532420
Resumen de beneficios por Accidente
Acerca de sus Beneficios:

Los accidentes ocurren todos los días. ¿Sabía que alrededor de 39 millones de visitas a la sala de emergencias al año se deben a una lesión? Si sufrió una lesión por un accidente, lo más probable es que tenga gastos que no anticipaba, ¿estará preparado? El Seguro de Accidentes puede ayudarlo a lidiar con esos gastos. Los pagos de beneficio pueden ayudarlo con sus deducibles médicos y copagos, y cubrir los gastos del hogar como provisiones, pagos de hipoteca y guardería, los cuales pueden comenzar a acumularse si se toma un tiempo libre del trabajo. Tendrá cobertura garantizada, así que ¡inscríbese hoy!

¹Injury Facts, Edición 2011, National Safety Council.

Qué cubren los beneficios:

| ACCIDENTES | |
|---|--|
| COBERTURA - DETALLES | |
| Su prima Quincenal | \$6.49 |
| Usted y su cónyuge | \$11.09 |
| Usted y sus hijos | \$11.65 |
| Usted, su cónyuge y sus hijos | \$16.24 |
| Tipo de cobertura de accidentes | Fuera de su empleo |
| Portabilidad: le permite llevarse su cobertura de accidentes con usted si se extingue su relación laboral. El plan con Accidentes Incorporados finaliza a los 70 años de edad. | Incluido |
| MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDA DE MIEMBRO(S) | |
| Monto del beneficio | Empleado \$10,000 Cónyuge \$5,000 Hijo \$5,000 |
| Pérdida catastrófica | Cuadrupleja, pérdida del habla y audición (ambos oídos), pérdida de funciones cognitivas: 100% de Muerte Accidental y Pérdida de Miembro Hemiplejía y paraplejía: 50% de Muerte Accidental y Pérdida de Miembro |
| Transporte público | 200% de beneficio por Muerte Accidental y Pérdida de Miembro |
| Desastre común | 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 |
| 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 |
| Cinturones de seguridad y bolsas de aire | Cinturones de seguridad: \$10,000 - Bolsas de aire: \$15,000 |
| Adaptación razonable de vivienda o vehículo | \$2,500 |
| BENEFICIO DE BIENESTAR: Límite anual | \$50 |
| Límite de edad de hijos | Niños de nacimiento a 26 años de edad |
| CARACTERÍSTICAS | |
| Tratamiento de accidentes en salas de emergencia | \$150 |
| Visita de seguimiento de accidentes - Médico | \$25 hasta 6 tratamientos |

CARACTERÍSTICAS (Cont.)

| | |
|--|---|
| Ambulancia aérea | \$500 |
| Ambulancia | \$100 |
| Aparatos: silla de ruedas, férula para pierna o espalda, muletas, caminador, bota para caminar por encima del tobillo o cuello ortopédico. | \$100 |
| Sangre/Plasma/Plaquetas | \$300 |
| Quemaduras (segundo grado/tercer grado) | 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 |
| Deporte organizado para niños: el beneficio se paga si el accidente cubierto ocurrió mientras su hijo cubierto participa en un encuentro de deporte organizado regulado por una organización, y requiere una inscripción formal para participar. | 20% aumento para beneficios por hijo |
| Coma | \$7,500 |
| Concusión | \$50 |
| Dislocación | Anexo hasta \$3,600 |
| Examen diagnóstico (principal) | \$100 |
| Trabajo dental de emergencia | \$200/corona, \$50/Extracción |
| Manejo del dolor epidural | \$100, 2 veces por accidente |
| Lesiones oculares | \$200 |
| Atención familiar | \$20/día hasta 30 días |
| Fracturas | Anexo hasta \$4,500 |
| Ingreso hospitalario | \$750 |
| Internación hospitalaria | \$175/día - hasta 1 año |
| Ingreso a la unidad de cuidados intensivos de un hospital | \$1,500 |
| Internación en la unidad de cuidados intensivos de un hospital | \$350/día - hasta 15 días |
| Tratamiento en establecimiento de atención de urgencias/consultorio de médico inicial | \$50 |
| Reemplazo de articulación (cadera/rodilla/omóplato) | \$1,500/\$750/\$750 |
| Cartílago de rodilla | \$500 |
| Laceration | Anexo hasta \$300 |
| Alojamiento: el hospital debe estar a más de 50 millas del domicilio del asegurado. | \$100/día, hasta 30 días de estadía en hotel de acompañante |
| Terapia física u ocupacional | \$25/día hasta 10 días |
| Prótesis o dispositivo protésico | 1: \$500 2 o más: \$1,000 |
| Internación en unidad de rehabilitación | \$150/día hasta 15 días |
| Hernia discal con reparación quirúrgica | \$500 |
| Cirugía | Anexo hasta \$1,000 Hernia: \$125 |
| Cirugía - Exploratoria o Artroscópica | \$150 |
| Mango rotador/ligamentos/tendones | 1: \$250 2 or more: \$500 |
| 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. | \$400, 3 veces por accidente |
| Rayos X | \$20 |

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.

ENTIENDA LOS BENEFICIOS DE SU PLAN (Cont.) -

- **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 accidentes 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.

Este documento es un resumen de las principales características de la cobertura de seguro de referencia. Es solo para fines ilustrativos y no constituye un contrato. Los documentos del plan de seguro, que incluyen la póliza y el certificado, conforman el contrato de cobertura. La descripción completa del plan, incluidos los beneficios y todos los términos, limitaciones y exclusiones que se aplican, se incluirán en su certificado de seguro. Los documentos del plan son el árbitro definitivo de la cobertura. Los términos de cobertura pueden variar según el estado y el plan vendido real. Los montos de las primas reflejadas en este resumen son una aproximación; en caso de discrepancia entre este monto y la prima realmente facturada, prevalece esta última.

Gestione sus beneficios:

Visite www.GuardianAnytime.com para acceder a la información segura sobre sus beneficios de Guardian. Su cuenta en línea se configurará dentro de 30 días luego de la fecha de entrada en vigencia de su plan.

¿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: 00532420

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.

Este plan no pagará beneficios por lesiones causadas por o en relación con: guerra declarada o no declarada o acto de guerra o agresión armada; participación en una conmoción civil o motín; o comisión o tentativa de un delito; lesiones autoinfligidas intencionalmente en estado de demencia o en pleno uso de facultades; suicidio, en estado de demencia o en pleno uso de facultades; que

la persona cubierta está intoxicada con sustancias legalmente permitidas; que el tratamiento sea prestado o la internación hospitalaria sea realizada fuera de Estados Unidos o Canadá; viajes en vuelos en cualquier tipo de aeronave, incluidas las aeronaves de propiedad del empleador o para el empleado, salvo que sea pasajero con billete pago en transporte público; participación en cualquier tipo de actividad deportiva por compensación o lucro, incluso dirección técnica o arbitraje.

Conducción de vehículos a motor en carreras, prácticas peligrosas o pruebas de velocidad. Participación en ala delta, bungee jumping, sailgliding, paravelismo, parakiting, globo, paracaidismo y/o esquí acuático. Lesiones a hijos dependientes recibidas durante el nacimiento. Accidentes ocurridos antes de cubrir a la persona cubierta en este plan. Enfermedad, mal, dolencia mental o médica o tratamiento quirúrgico.

Contrato N° GP-I-AC-IC-12

Si la prima del seguro de Accidentes se paga antes de impuestos, es posible que el beneficio sea gravable. Comuníquese con su asesor legal o impositivo para consultar el tratamiento impositivo de los beneficios de su póliza.

¡Bienvenido al programa de recompensas de College Tuition Benefit! Su Patrocinador del Plan ha trabajado con Guardian para poner los servicios de matrículas universitarias College Tuition Benefit a disposición de los participantes elegibles que se inscriban en la siguiente opción/ opciones de cobertura:

| Cobertura | Opción |
|-------------|---|
| Plan dental | Opción 1: Low Plan Opción 2: High Plan |

¡Regístrese hoy mismo!

Ahora tiene la posibilidad de crear su cuenta de recompensas y comenzar a acumular sus recompensas de matrícula, que pueden ser utilizadas para pagar hasta un año de matrícula en más de 380 universidades y colegios privados de todo el país. En 2016, los estudiantes del último año de la secundaria presentaron más de \$60 millones en Recompensas de College Tuition Benefit. **Vea cómo funciona:**

- La inscripción anual en este plan le da 2,000 puntos de recompensas de matrícula (1 punto de recompensa = 1 USD de descuento en la matrícula de una red de Universidades y Colegios privados) por cada línea de cobertura adicional de Guardian (hasta cuatro líneas).
- Los participantes en Guardian Dental reciben una bonificación después del cuarto año.
- Estos puntos son para usted, no caducan, y pueden transferirse a sus hijos, nietos, sobrinos y ahijados.

El programa de recompensas de matrícula es proporcionado por College Tuition Benefit. The Guardian Life Insurance Company of America (Guardian) no proporciona ninguno de los servicios relacionados con este programa. College Tuition Benefit no es una subsidiaria ni afiliada de Guardian.

Imprimir y cortar la tarjeta de identificación

| | | |
|---|----------------------------|--|
| Recompensas de College Tuition Benefits: Tarjeta de identificación | D o b l a r | <p>The College Tuition Benefit 435 Devon Park Drive Building 400, Suite 410 Wayne, PA 19087 Teléfono(215) 839-0119 Fax: (215) 392-3255</p> |
| <p style="text-align: center;">Regístrese en www.Guardian.CollegeTuitionBenefit.com</p> <p>Identificación de usuario: Es su Número de plan colectivo de Guardian, el cual podrá encontrar en su folleto de beneficios Contraseña: Guardian</p> | | |



Online Evidence of Insurability

Go to guardiananytime.com/eoi

The screenshot shows the 'Step 1: Select Coverage' page of the Guardian Online Evidence of Insurability process. At the top, there is a progress bar with four steps: 1. Select Coverage, 2. Personal Information, 3. Health Information, and 4. Review. The current step is 'Step 1: Select Coverage'. The page includes a welcome message, instructions on what information is needed, and a disclosure statement agreement. The 'Group ID/Plan Number' field is filled with '00467823'. The 'Planholder Name (Company Name)' is 'VALEO NORTH AMERICA, INC.'. Under 'Select coverage(s) you are requesting', 'Voluntary Life (Employee Paid Coverage)' is selected. A sub-section 'Who is applying for coverage?' has 'Employee' selected, with fields for 'Current insured amount' and 'Additional amount being requested'. A 'CONTINUE' button is located at the bottom right of the form.

1. Click "Yes, I have read and agree to the [Disclosure Statement](#)."

If your employer is located in a state where online EOI is not available (NY, NH, VA and MT) please download the EOI form from GuardianAnytime.

2. Enter Group ID # shown above and click "Enter"

3. Select the coverages you are applying for and fill in your current and new election amounts

HELPFUL TIP: Enter "0" for current amount if this is a new election or if this is a request to increase your short term disability or long term disability coverage.

Click "Continue".

On the following screen, you will:

- Input your personal information
- Answer the health questions
- Review your answers, electronically provide your signature and click "Submit" to receive confirmation (PDF)
- Guardian will soon contact you directly regarding your application.

The Guardian Life Insurance Company of America

guardiananytime.com

New York, NY

2017-44837 (08/19)

ADDITIONAL NOTES: Applicable to coverage requiring full Evidence of Insurability (not applicable to conditional issue amounts. Electronic EOI is not available in the following states: New York, New Hampshire, Virginia and Montana Electronic EOI is available using most internet browsers.

WorkLifeMatters

Su Programa de Asistencia Confidencial para Empleados (EAP) – Ayuda para encontrar equilibrio entre el trabajo y la vida familiar.

WorkLifeMatters proporciona orientación para las cuestiones personales que pueda enfrentar e información sobre cualquier inquietud que lo afecte, se trate de un evento importante en la vida o circunstancias de la vida diaria.

- **Consultas telefónicas gratuitas ilimitadas con un consejero del EAP, disponible las 24 horas de los siete días de la semana en el 800-386-7055.**
- **Referidos para consultas con consejeros locales – hasta tres sesiones sin cargo**
- **Un novedoso sitio Web con más de 3,400 temas y artículos útiles, como salud, cursos de capacitación y un centro legal y financiero**

WorkLifeMatters lo asiste en los siguientes temas:

Educación

- Procedimientos y pruebas de admisión
- Programa de reingreso para adultos
- Planificación universitaria
- Recursos y ayuda financiera
- Elección del jardín de infancia

Salud y bienestar

- Ansiedad y depresión
- Divorcio y separación
- Drogas y alcoholismo

Cuidado y atención de dependientes

- Asistencia en adopción
- Programas en horarios extraescolares
- Guardería y cuidado de ancianos
- Cuidado de ancianos
- Servicios domiciliarios

Sensatez laboral

- Desarrollo profesional
- Gestión eficaz
- Traslado

Asuntos legales y financieros

- Planificación fiscal básica
- Créditos y cobranzas
- Asesoramiento en deudas
- Compra de vivienda
- Inmigración

Si desea más información sobre WorkLifeMatters, visite www.ibhworklife.com; Nombre de usuario: Matters; Contraseña: wlm70101

Los servicios del Programa WorkLifeMatters son prestados por Integrated Behavioral Health, Inc. y sus contratistas. Guardian no presta ninguno de los servicios del Programa WorkLifeMatters. Guardian no tiene responsabilidad ni obligación alguna respecto a la atención o el asesoramiento prestado por otros proveedores o recursos dentro del programa. La presente información se suministra con fines ilustrativos únicamente. No es un contrato. Solo el Acuerdo de Administración estipula los términos, servicios, limitaciones y exclusiones reales. Guardian e IBH se reservan el derecho de interrumpir el programa Work-LifeMatters en cualquier momento y sin aviso. Los servicios legales brindados a través de WorkLifeMatters no se prestarán en relación con o en preparación para cualquier acción contra Guardian, IBH o su empleador.

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

Por favor escribir claramente y marcar con cuidado.

| | | |
|--|---|--|
| Nombre del empleador: MARTIN FAMILY FARMS | Número de plan colectivo: 00532420 | Beneficios con vigencia a partir de: _____ |
| POR FAVOR MARCAR EL CASILLERO QUE CORRESPONDA <input type="checkbox"/> Inscripción inicial <input type="checkbox"/> Reinscripción <input type="checkbox"/> Agregar empleados/dependientes <input type="checkbox"/> Cancelar/rechazar cobertura <input type="checkbox"/> Modificar información <input type="checkbox"/> Aumentar monto <input type="checkbox"/> Modificación de condición familiar | | |

Clase: ALL ELIGIBLE EMPLOYEES División: _____ Código de subtotal: _____ **(Solicítelo a su empleador.)**
 WORKING 30 OR MORE HOURS
 PE

| | | | |
|---|--|---|--|
| Acerca de usted: Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido: | | Número de seguro social ____ - ____ - ____ | |
| Dirección | Ciudad | Estado | Código postal |
| Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____ | Teléfono: () - | |
| Dirección de correo electrónico: | | ¿Está casado o tiene cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fecha de matrimonio/unión: ____ - ____ - ____ |
| | | Tiene hijos u otros dependientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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: ____ - ____ - ____ | Salario anual: \$ _____ | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Acerca de su familia: Sírvase incluir los nombres de los dependientes que desea inscribir para la cobertura. Es posible que se solicite información adicional de los dependientes no comunes, como nietos, sobrinos o sobrinas. | | | |
| Cónyuge (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido): | Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Número de seguro social ____ - ____ - ____ | Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____ |
| Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: | | | |
| Teléfono: () - | | | |
| Hijo/dependiente 1: | <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar | Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Número de seguro social ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____ |
| Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: | | | |
| Teléfono: () - | | | |
| Hijo/dependiente 2: | <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar | Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Número de seguro social ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____ |
| Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: | | | |
| Teléfono: () - | | | |
| Condición (marcar todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Dependiente no común | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| Hijo/dependiente 3: Domicilio/Ciudad/Estado/Codigo postal: Teléfono: () - | <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar | Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Número de seguro social ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____ | Condición (marcar todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Dependiente no común |
| Hijo/dependiente 4: Domicilio/Ciudad/Estado/Codigo postal: Teléfono: () - | <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar | Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Número de seguro social ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____ | Condición (marcar todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Dependiente no común |

| | |
|---|---|
| <p>Cancelar cobertura:</p> <input type="checkbox"/> Cancelar empleado <input type="checkbox"/> Cancelar dependientes La fecha de suspensión no puede ser anterior a la fecha en la que se completó y firmó este formulario. Último día de cobertura: ____ - ____ - ____ <input type="checkbox"/> Extinción de la relación laboral <input type="checkbox"/> Jubilación Último día trabajado: ____ - ____ - ____ <input type="checkbox"/> Otra razón: _____ Fecha del evento: ____ - ____ - ____ | <p>Cobertura a cancelar:</p> <input type="checkbox"/> Seguro dental <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Conyuge <input type="checkbox"/> Hijo(s) <input type="checkbox"/> Plan de Visión <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Conyuge <input type="checkbox"/> Hijo(s) <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Conyuge <input type="checkbox"/> Hijo(s) <input type="checkbox"/> Plan Voluntario de Incapacidad a Corto Plazo |
| <p>Pérdida de otra cobertura:</p> Yo y/o mis dependientes estábamos anteriormente cubiertos en <u>otro plan de seguro</u> . <input type="checkbox"/> Extinción de la relación laboral: ____ - ____ - ____ <input type="checkbox"/> Divorcio ____ - ____ - ____ <input type="checkbox"/> Muerte del cónyuge ____ - ____ - ____ <input type="checkbox"/> Finalización o vencimiento de la cobertura ____ - ____ - ____ Pérdida de la cobertura <input type="checkbox"/> Seguro dental <input type="checkbox"/> Vista | Me han ofrecido la cobertura anterior y deseo cancelar la inscripción por las siguientes razones: <input type="checkbox"/> Estoy cubierto por otro plan de seguros. <input type="checkbox"/> Otros _____ (es posible que se solicite información adicional) |

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

| | | | | |
|---------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---|
| Su prima Quincenal | Empleados solamente | Empleados y cónyuge | Empleados y dependientes/hijos | Empleados, cónyuge y dependientes/hijos |
| Opción 1: Low Plan | <input type="checkbox"/> \$8.13 | <input type="checkbox"/> \$19.00 | <input type="checkbox"/> \$23.08 | <input type="checkbox"/> \$32.21 |
| Opción 2: High Plan | <input type="checkbox"/> \$11.37 | <input type="checkbox"/> \$23.97 | <input type="checkbox"/> \$32.17 | <input type="checkbox"/> \$45.59 |

No deseo esta cobertura. Si no desea esta Cobertura Dental, por favor marque todo lo que corresponda:

Estoy cubierto por otro plan Dental
 Mi cónyuge está cubierto por otro plan Dental
 Mis dependientes están cubiertos por otro plan Dental

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

| | | | | |
|-------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---|
| Su prima quincenal | Empleados solamente | Empleados y cónyuge | Empleados y dependientes/hijos | Empleados, cónyuge y dependientes/hijos |
| Full Feature - Designer | <input type="checkbox"/> \$3.65 | <input type="checkbox"/> \$6.23 | <input type="checkbox"/> \$6.35 | <input type="checkbox"/> \$10.05 |

No deseo esta cobertura. Si no desea esta Cobertura de Vista, por favor marque todo lo que corresponda:

Estoy cubierto por otro plan de Vista
 Mi cónyuge está cubierto por otro plan de Vista
 Mis dependientes están cubiertos por otro plan de Vista

Cobertura de Vida Básica con Muerte y Desmembramiento Accidental (AD&D):
Aplican reducciones de beneficios. Consulte al administrador del plan.

Monto de la póliza

Empleados únicamente

\$25,000

El Monto de Emisión

Garantizada es \$25,000.

DESIGNE SUS BENEFICIARIOS (los beneficiarios principales deben sumar 100%)

Beneficiarios principal:

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

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____

Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: () - _____ Relación con empleado _____

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

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____

Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: () - _____ Relación con empleado _____

Beneficiario Contingente: _____

Número de seguro social: _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____

Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: () - _____ Relación con empleado _____

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

Si esta póliza de Vida Básica reemplazará la póliza de seguro de vida vigente con su empleador actual, consigne el monto de la póliza anterior \$ _____

Notas Importantes:

- Sobre la base de los beneficios del plan y su edad, es posible que le solicitemos que complete un formulario de prueba de asegurabilidad para Vida Básico.

Cobertura de Vida Voluntario a Plazo: Para cubrir a sus dependientes, usted debe estar inscrito. Aplican reducciones de beneficios. Consulte al administrador del plan.

Empleado

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*

*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

*Monto de emisión de garantía

*El monto no podrá superar el 100% del monto del seguro de Vida Voluntario del empleado.

No quiero esta cobertura

Agregar seguro de Vida Voluntario para Hijos

Monto de la póliza

- \$5,000 \$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 para Vida Voluntario.

Designe sus beneficiarios: (los beneficiarios principales deben sumar 100%) Si elige beneficiarios diferentes que no son los mismos que los nombrados para Vida Básico, por favor indicar los nombres más abajo.

Beneficiarios principal:

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

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

Teléfono: () - _____ Relación con empleado _____

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

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

Teléfono: () - _____ Relación con empleado _____

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

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

Teléfono: () - _____ Relación con empleado _____

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

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

Cobertura de Incapacidad a Corto Plazo (STD):

- 30/30 días por accidente/enfermedad/12 semanas

Beneficio semanal

- 60% del salario hasta un máximo de \$200
- No deseo esta cobertura.

Cobertura de Accidentes Para cubrir a sus dependientes, usted debe estar inscrito.

| Su prima Quincenal | Empleados solamente | Empleados y cónyuge | Empleados y dependientes/hijos | Empleados, cónyuge y dependientes/hijos |
|--------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---|
| | <input type="checkbox"/> \$6.49 | <input type="checkbox"/> \$11.09 | <input type="checkbox"/> \$11.65 | <input type="checkbox"/> \$16.24 |

- No deseo esta cobertura.

Designe sus beneficiarios: (los beneficiarios principales deben sumar 100%)

Beneficiarios principal:

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

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

Teléfono: () - _____ Relación con empleado _____

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

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

Teléfono: () - _____ Relación con empleado _____

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

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

Teléfono: () - _____ Relación con empleado _____

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

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

Firma

- La decisión del empleado de elegir o no la cobertura de Vista permanecerá en vigor hasta el siguiente período de Inscripción Abierta del plan. Si el empleado elige no inscribirse en la cobertura de Vista, no será elegible para inscribirse sino hasta el próximo período de Inscripción Abierta del plan.
- Entiendo que la cobertura de seguro de vida para un dependiente, 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 mis dependientes no pueden inscribirse en una cobertura si yo no estoy inscrito en ella.
- Entiendo que los montos de prima que se indican más arriba son estimaciones y tienen fin ilustrativo únicamente.
- 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 indicados en el cuadernillo de beneficios aplicable.
- 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.
- 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.
- Podrán aplicarse exclusiones y limitaciones según el plan. Para obtener datos completos sobre la cobertura, sírvase consultar el cuadernillo de beneficios. Es posible que apliquen limitaciones según el estado.
- 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 pueda deducir primas de mi paga si son necesarias para la cobertura que he elegido.
- Tomo conocimiento y presto mi consentimiento para recibir copias electrónicas de los documentos relacionados con el seguro que corresponde, en reemplazo de copias en papel, en la medida de lo permitido por las leyes aplicables. Yo podría cambiar esta elección mediante previa notificación escrita con una anticipación de treinta (30) días.
- **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: 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 X _____

FECHA _____

Kit de Inscripción 00532420, 0002, SP

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.

Arizona: Para su protección, la ley de Arizona exige que se incluya la siguiente declaración en este formulario. Toda persona que, intencionalmente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el cobro de un siniestro queda sujeta a sanciones penales y civiles.

California: Para su protección, las leyes de California exigen que se incluya la siguiente declaración en este formulario: La falsedad de cualquier declaración en la solicitud no impedirá el derecho de recuperación según la póliza, a menos que dicha declaración falsa haya sido realizada con la intención real de engañar o a menos que haya afectado sustancialmente la aceptación del riesgo o el riesgo asumido por el asegurador.

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.

Connecticut, Iowa, Nebraska, y Oregon: Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una compañía aseguradora u otra persona, presente una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información sustancialmente falsa u ocultara información, con el fin de engañar, relativa a un hecho sustancial, comete un acto de seguro fraudulento, que puede configurar un delito y ser pasible de sanciones civiles y penales.

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.

Kansas: Toda persona que, a sabiendas y con el propósito de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una demanda con información materialmente falsa o que, con fines engañosos, oculte información referente a algún hecho importante en la misma, incurrirá en un delito de acto fraudulento de seguros tal como lo determina una corte de justicia.

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.

Maine, Tennessee y Washington: Es un delito suministrar intencionalmente a una compañía de seguros datos falsos, incompletos o engañosos con el objeto de estafarla. Entre las penalidades impuestas se encuentra el encarcelamiento, multas o la denegación de los beneficios del seguro.

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.

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.

Minnesota: Una persona que presente una reclamación con intención de defraudar o ayude a cometer un fraude contra una aseguradora es culpable de un delito.

New Hampshire: Toda persona que, con el propósito de dañar, defraudar o engañar a una compañía aseguradora, presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, queda sujeta a enjuiciamiento y condena por fraude al seguro, según se indica en N.H. Rev. Stat. Ann. § 638:20.

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.

Pennsylvania: Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una compañía aseguradora u otra persona, presente una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información sustancialmente falsa u ocultara información, con el fin de engañar, relativa a un hecho sustancial, comete un acto de seguro fraudulento, que configura un delito y es pasible de sanciones civiles y penales.

Vermont: Toda persona que, a sabiendas presente declaración falsa en la solicitud de seguro puede incurrir en delito penal y quedar sujeta a sanciones de conformidad con la ley estatal.

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.

