



Bienvenido a los

Beneficios en el lugar de trabajo

Todos merecen un Guardian

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

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

Sus opciones de cobertura



Seguro dental

Cuidar sus dientes y su salud de forma integral

Conozca sus beneficios

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

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

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

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE



Seguro dental

Cuidar su dentadura es más que solo cubrir la caries y las limpiezas. También significa tener en cuenta el trabajo dental más costoso y su salud general.

Con el seguro dental, la atención preventiva de rutina puede mejorar su salud en general. Además, usted podrá ahorrar dinero si se requiere algún trabajo dental extensivo.

¿Para quién es?

Todos deben tener acceso a una excelente cobertura dental, por lo que ofrecemos planes integrales que están disponibles a través de los empleadores como parte de sus ofertas de beneficios.

¿Qué cubre?

El seguro dental ayuda a proteger su cuidado bucal general. Esto incluye servicios como limpiezas preventivas, radiografías, servicios restauradores como empastes y otras formas más graves de cirugía bucal si alguna vez las necesita.

¿Por qué debería considerarlo?

Una mala salud bucal no solo es estética, también se relaciona con enfermedades como la diabetes, las enfermedades cardíacas y los accidentes cerebrovasculares. Por lo tanto, aunque el cepillado y el uso del hilo dental diarios pueden ayudar a mantener los dientes limpios, nada debe reemplazar las visitas regulares al dentista.



Mantenerse saludable

Joe visita a su dentista para una limpieza dental de rutina, de modo que cuiden sus dientes y su salud en general.

La salud bucal es más que solo dientes y encías. También es esencial por muchas otras razones de salud y bienestar:

Enfermedad cardiovascular:

Algunas investigaciones sugieren que la enfermedad cardíaca, las arterias obstruidas y los accidentes cerebrovasculares pueden estar relacionados con la inflamación y las infecciones que producen las bacterias bucales.

Osteoporosis: Los huesos débiles y frágiles pueden estar vinculados a la pérdida de dientes.

Diabetes: Las investigaciones demuestran que a las personas con enfermedad de las encías les resulta más difícil controlar sus niveles de azúcar en la sangre.

Enfermedad de Alzheimer: El envejecimiento de la salud bucal se ve a medida que progresa la enfermedad de Alzheimer.

Toda la información contenida aquí es de Mayo Clinic, Oral Health: A Window to Your Overall Health, www.mayoclinic.com, 2021.

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



Su cobertura dental

Opción 1 or 2: COMPREHENSIVE or BASIC, puede ir a cualquier dentista, pero paga menos dinero de su bolsillo cuando escoge un dentista en el PPO. Los beneficios fuera de la red se basan en un percentil de los datos de honorarios vigentes para el código postal del dentista.

Su plan dental	Opción 1: COMPREHENSIVE		Opción 2: BASIC	
Su red es	DentalGuard Preferred		DentalGuard Preferred	
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	2 por familia		2 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	50%	50%	50%	50%
Ortodoncia	50%	50%	No se cubre (se aplica a todos los niveles)	
Beneficio máximo anual	\$2000		\$1000	
Traslado del Máximo	Sí		Sí	
Límite de Traslado	\$800		\$500	
Importe Trasladable	\$400		\$250	
Importe Trasladable Dentro de la Red	\$600		\$350	
Límite Trasladable de la Cuenta	\$1500		\$1000	
Beneficio Máximo de por Vida para Ortodoncia	\$2500		No Aplicable	
Límites de edad del dependiente	26		26	



Su cobertura dental

Una muestra de servicios cubiertos for su plan:

		Opción 1: COMPREHENSIVE		Opción 2: BASIC	
		<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:	2 por año calendario		2 por año calendario	
	Tratamientos con fluoruro	100%	100%	100%	100%
	Límites:	Menos de 19 años		Menos de 19 años	
	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%
	Cirugía periodontal	80%	80%	80%	80%
	Mantenimiento periodontal	80%	80%	80%	80%
	Frecuencia:	Una vez cada 3 meses		Una vez cada 3 meses	
	Reparación y mantenimiento de coronas, puentes y dentaduras postizas	80%	80%	80%	80%
	Tratamiento de conducto/raíz	80%	80%	80%	80%
	Raspado y alisado radicular (por cuadrante)	80%	80%	80%	80%
	Extracciones simples	80%	80%	80%	80%
	Extracciones complejas	80%	80%	80%	80%
Atención mayor	Puentes y dentaduras postizas	50%	50%	50%	50%
	Implantes dentales	50%	50%	50%	50%
	Incrustaciones, incrustaciones oclusales, fundas**	50%	50%	50%	50%
	Coronas individuales	50%	50%	50%	50%
Ortodoncia	Ortodoncia	50%	50%	No se cubre	
	Límites:	Adultos e 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.



Su cobertura dental

Gestione sus beneficios:

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

Busque un dentista:

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

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

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

restauradores, endodónticos, periodónticos y protodónticos. Los servicios, exclusiones, y limitaciones indicados anteriormente no constituyen un contrato y se ofrecen a modo de resumen únicamente. Los documentos del plan de Guardian son el árbitro definitivo de la cobertura. Contrato N° GP-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

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

Programa de recompensas Oral Health Rewards

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

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

Cómo funciona el trasladable máximo *

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

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

* Este ejemplo se creó solo con fines ilustrativos.

** Si un plan tiene un máximo anual diferente para los beneficios de PPO frente a los beneficios que no son de PPO (por ejemplo, \$1,500/\$1,000 para aquellos que no son de una PPO), el máximo que no es de una PPO determina el plan de trasladable máximo. Es posible que no esté disponible en todos los estados. El seguro dental de Guardian está suscrito y emitido por The Guardian Life Insurance Company of America, Nueva York, NY. Los productos no están disponibles en todos los estados. Se aplican limitaciones y exclusiones de la póliza. Las enmiendas o características opcionales pueden generar costos adicionales. Los documentos del plan son los que rigen definitivamente la cobertura. La información proporcionada en estas comunicaciones es solo para fines informativos. Formulario de póliza dental n.º GP-1-DEN-16. GUARDIAN® es una marca de servicio registrada de The Guardian Life Insurance Company of America®©Copyright 2023 The Guardian Life Insurance Company of America.



Traspaso automático

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

Programa de recompensas Oral Health Rewards

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

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

Cómo funciona el trasladable máximo *

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

Máximo anual del plan**	Límite	Monto del trasladable máximo	Monto de importe trasladable solo dentro de la red	Límite de la cuenta de trasladable máximo
\$2,000 Reembolso del máximo de reclamaciones	\$800 Monto de reclamaciones que determina la elegibilidad para el traspaso	\$400 Se agrega dinero adicional al máximo anual de un plan para años futuros	\$600 Se agrega dinero adicional si solo se utilizaron proveedores de la red durante el año de beneficio	\$1,500 El límite que no se puede exceder dentro de la cuenta de trasladable máximo

* Este ejemplo se creó solo con fines ilustrativos.

** Si un plan tiene un máximo anual diferente para los beneficios de PPO frente a los beneficios que no son de PPO (por ejemplo, \$1,500/\$1,000 para aquellos que no son de una PPO), el máximo que no es de una PPO determina el plan de trasladable máximo. Es posible que no esté disponible en todos los estados. El seguro dental de Guardian está suscrito y emitido por The Guardian Life Insurance Company of America, Nueva York, NY. Los productos no están disponibles en todos los estados. Se aplican limitaciones y exclusiones de la póliza. Las enmiendas o características opcionales pueden generar costos adicionales. Los documentos del plan son los que rigen definitivamente la cobertura. La información proporcionada en estas comunicaciones es solo para fines informativos. Formulario de póliza dental n.º GP-1-DEN-16. GUARDIAN® es una marca de servicio registrada de The Guardian Life Insurance Company of America®©Copyright 2023 The Guardian Life Insurance Company of America.



Traspaso automático

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



Nuestro compromiso con usted

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

Información importante



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

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

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

Servicios de idiomas sin costo

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

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

Seguro dental



Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA de Guardian

En este aviso, se describe cómo se puede utilizar y divulgar la información personal de su salud y cómo puede acceder a esta información.

Visite <https://www.guardiananytime.com/notice50> para obtener más información.

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE



The Guardian Life Insurance Company of America

10 Hudson Yards New York, NY 10001

Dominion Dental Services, Inc. Administrador de tereceros/procesamiento de correo: P.O. Box 14319 Lexington KY 40512

The Guardian Life Insurance Company of America (denominada en este formulario "Guardian") suscribe coberturas grupales de vida a término, muerte accidental y desmembramiento, discapacidad a corto plazo, discapacidad a largo plazo, dental, de la vista, enfermedad crítica, cáncer e indemnización hospitalaria.

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

Por favor escribir claramente y marcar con cuidado.

Nombre del Empleador GUEST SERVICES, INC.	Número de plan colectivo: 00025746	Beneficios con vigencia a partir de: _____
POR FAVOR MARCAR EL CASILLERO QUE CORRESPONDA <input type="checkbox"/> Inscripción inicial <input type="checkbox"/> Agregar Empleados/Dependientes <input type="checkbox"/> Cancelar/rechazar cobertura <input type="checkbox"/> Modificar información		

Clase: ALL OTHER ELIGIBLE División: _____ Código de subtotal: _____ (Solicítelo a su Empleador)
 EMPLOYEES

Acerca de usted: Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido:	Identificación proporcionada por el Empleador: _____	Número de seguro social ____ - ____ - ____ Debe proporcionar su número de seguro social si se inscribe para la cobertura de vida. Cobertura por discapacidad a corto plazo y / o cobertura por discapacidad a largo plazo.	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____		
Teléfono: (indicar primaria): <input type="checkbox"/> la casa (____) ____ - ____ <input type="checkbox"/> trabajar (____) ____ - ____ <input type="checkbox"/> el telefono movil (____) ____ - ____			
Dirección de correo electrónico: (indicar primaria) <input type="checkbox"/> la casa _____ <input type="checkbox"/> trabajar _____			
¿Está casado o tiene pareja? <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: ____ - ____ - ____	

Acerca de su familia: Incluya los nombres de los dependientes que desea inscribir para que reciban cobertura. Si necesita espacio adicional, sírvase adjuntar una hoja de papel aparte con esta información junto con su formulario de inscripción. Asegúrese de firmar y fechar (mm-dd-aa) el papel y guarde una copia para sus registros. Se puede solicitar más información para dependientes no estándar como un nieto, una sobrina o un sobrino.

Cónyuge opareja doméstica	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____	
Hijo/dependiente 1:	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____	Condición (marque según corresponda) <input type="checkbox"/> Estudiante (educación superior) <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Dependiente no común

Hijo/dependiente 2:	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____	Condición (marque según corresponda) <input type="checkbox"/> Estudiante (educación superior) <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Dependiente no común
Hijo/dependiente 3:	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____	Condición (marque según corresponda) <input type="checkbox"/> Estudiante (educación superior) <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Dependiente no común
Hijo/dependiente 4:	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____	Condición (marque según corresponda) <input type="checkbox"/> Estudiante (educación superior) <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Dependiente no común

<p>Cancelar cobertura:</p> <p><input type="checkbox"/> Cancelar Empleado <input type="checkbox"/> Cancelar Dependientes</p> <p>La fecha de suspensión no puede ser anterior a la fecha en la que se completó y firmó este formulario.</p> <p>Último día de cobertura: ____ - ____ - ____</p> <p><input type="checkbox"/> Extinción de la relación laboral <input type="checkbox"/> Jubilación</p> <p>Último día trabajado: ____ - ____ - ____</p> <p><input type="checkbox"/> Otra razón: _____</p> <p>Fecha del evento: ____ - ____ - ____</p>	<p>Cobertura a cancelar:</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro dental <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge opareja doméstica</p>
<p>Pérdida de otra cobertura:</p> <p><input type="checkbox"/> Extinción de la relación laboral: ____ - ____ - ____</p> <p><input type="checkbox"/> Divorcio ____ - ____ - ____</p> <p><input type="checkbox"/> Muerte del Cónyuge opareja doméstica ____ - ____ - ____</p> <p><input type="checkbox"/> Finalización o vencimiento de la cobertura ____ - ____ - ____</p> <p>Pérdida de la cobertura <input type="checkbox"/> Seguro dental</p>	<p>Me han ofrecido la cobertura anterior y deseo cancelar la inscripción por las siguientes razones:</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy cubierto por otro plan de seguros.</p> <p><input type="checkbox"/> Otros _____</p> <p>(es posible que se solicite información adicional)</p>

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

	Empleado solamente	Empleado, cónyuge or pareja domestica y dependientes/hijos
Opción 1: COMPREHENSIVE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opción 2: BASIC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No deseo Cobertura Dental porque(marque según correspondan):

Estoy cubierto por otro plan Dental

Mi cónyuge or pareja domestica está cubierto por otro plan Dental

Mis dependientes están cubiertos por otro plan Dental

Firma

- Entiendo que mis dependientes no pueden inscribirse en una cobertura si yo no estoy inscrito en ella.
- Se debe retener la decisión del empleado de elegir o no la cobertura para la hasta el próximo período de inscripción abierta del plan. Si el empleado elige no inscribirse en la cobertura para la , no podrá inscribirse hasta el próximo período de inscripción abierta del plan.
- 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.
- Si renuncia a la cobertura y posteriormente decide inscribirse, es posible que se apliquen sanciones por inscripción tardía. También es posible que deba proporcionar, a su propio cargo, prueba de la asegurabilidad de cada persona. El tutor o la persona designada por este tiene derecho a rechazar su solicitud.
- Entiendo que estará vigente hasta que sea aprobada por Guardian o su suscriptor designado
- Por el presente solicito los beneficios colectivos que he seleccionado más arriba.
- Entiendo que, para recibir las coberturas que he elegido más arriba, debo reunir los requisitos exigidos.
- Acepto que mi empleador 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.
- Certifico que, como Solicitante, he leído la solicitud completa y entiendo que incluir una declaración falsa o errónea en la solicitud puede causar la pérdida de la cobertura establecida en esta póliza.
- Entiendo que debo mantener mi condición de empleado activo o mi cobertura no entrará en vigencia hasta que no cumpla con los requisitos de elegibilidad (según se definen en el cuadernillo de beneficios). Esto no aplica a jubilados elegibles.
- Doy mi consentimiento para recibir comunicación electrónica de Guardian, como correos electrónicos y mensajes de texto, con respecto a mi cobertura. Puedo cambiar esta elección solo mediante una notificación por escrito con 30 (treinta) días de anticipación.
- Doy fe que la información consignada más arriba es cierta y correcta a mi leal saber y entender.

Podría violar la ley estatal toda persona que, con intención de estafar o a sabiendas de que facilita una estafa contra un asegurador, presenta una solicitud o reclamación que contenga declaraciones falsas o engañosas.

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

FIRMA DEL EMPLEADO X _____ FECHA _____

Declaraciones de advertencia de fraude

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

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

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

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

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

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

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

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

Louisiana: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit is guilty of a crime and may be subject to fines and confinements in state prison.

Maine: 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.

Missouri: Cualquier persona que con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona presente una solicitud de seguro o declaraciones de reclamo que contengan información falsa a sabiendas, o que oculte con el propósito de engañar información sobre cualquier hecho material aquí, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y también puede estar sujeto a sanciones civiles, o la negación de los beneficios del seguro sujeto a las condiciones / disposiciones de la póliza.

Oregon: Cualquier persona que con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona presente una solicitud de seguro o declaraciones de reclamo que contengan información falsa a sabiendas, o que oculte con el propósito de engañar información sobre cualquier hecho material aquí, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y también puede estar sujeto a sanciones civiles, o la negación de los beneficios del seguro.

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.

Oklahoma: ADVERTENCIA: Toda persona que, a sabiendas y con intención de perjudicar, estafar o engañar a un asegurador, presente una reclamación para cobrar los ingresos de una póliza de seguros que contenga datos falsos, incompletos o engañosos, comete un delito grave.

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.

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.

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.

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.